



HAL
open science

Réflexions sur l'intérêt du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'expression de troubles du comportement de la personne âgée démente

Maëva Cofler

► **To cite this version:**

Maëva Cofler. Réflexions sur l'intérêt du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'expression de troubles du comportement de la personne âgée démente. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340285

HAL Id: dumas-01340285

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340285>

Submitted on 30 Jun 2016

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

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

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Dans le silence des mots et les cris du corps »

**Réflexions sur l'intérêt du toucher thérapeutique en
psychomotricité dans l'expression de troubles du
comportement de la personne âgée démente**



COFLER Maëva

Née le 27 septembre 1992 à Marmande (47)

Directrice de Mémoire : Christelle PELLEGE

Juin 2016

Je remercie sincèrement,

Mes maîtres de stage (Mickaël, Sandrine, Marion et Christelle) qui m'ont accompagnée et guidée durant ces années de formation. Je remercie plus particulièrement Christelle PELLEGE pour sa bienveillance, son aide et son soutien dans la rédaction de ce mémoire.

Les résidents de l'Unité Alzheimer pour la confiance qu'ils m'ont accordée et sans qui ce mémoire n'aurait pas existé.

Tous les professeurs et intervenants de l'IFP pour nous avoir transmis leurs savoirs théoriques et pratiques durant ces années de formation.

Mes parents, ma famille, Léo, mes amis, mes camarades de promo et toutes les personnes qui m'ont accompagnée de près ou de loin dans la rédaction de ce mémoire. Un merci spécial à Jeanne pour son soutien et son humour sans faille !

À mes grands-parents.

Sommaire

Remerciements

Sommaire

Avant propos	1
Introduction	2
Chapitre 1 : Du vieillissement naturel à la démence	4
A- Du processus du vieillissement... ..	4
B- ... A l'apparition de la démence	10
C- La maladie d'Alzheimer.....	15
D- La démence et la mémoire	20
E- La démence et les troubles du comportement	27
La Chapitre 2 : Le toucher thérapeutique.....	35
A- La peau et le toucher	35
B- Le toucher dans le développement de l'enfant et chez la personne âgée démente	43
C- Le toucher en psychomotricité	53
Chapitre 3 : Etudes de cas : accompagnement par le toucher lors d'un bain thérapeutique et en séance Snoëzelen.....	57
A- Le contexte de prise en soin	57
B- Etudes de cas : Madame G. et Madame J.....	64
C- Retour sur cette médiation et sur mon cheminement personnel.....	85
Conclusion.....	88
Bibliographie.....	90
Annexes.....	93
Tables des matières.....	96

Avant propos

« Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre, c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. »

P. Verspieren

Introduction

Vieillesse, rides, sagesse, lenteur, fatigue, temps libre, deuils, changements, personne âgée, adaptation, solitude, famille, institution, savoirs, maladie, histoire, dépendance, richesse, démence... sont autant de termes qui ont éveillé ma curiosité d'aller à la rencontre des personnes âgées.

Mon intérêt grandissant pour l'accompagnement de nos aînés a été impulsé lors d'un précédent stage en gériatrie. Stage effectué dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en l'absence de psychomotricien. J'ai pu aller à la rencontre des résidents et prendre le temps de communiquer et échanger sur leur vécu antérieur et en institution. De là, j'ai pu me rendre compte que les modifications psychocorporelles, entraînées par le vieillissement et les maladies qui peuvent y être associées, ne sont pas si évidentes à accepter pour nos aînés. J'ai notamment pu rencontrer des résidents atteints de démence ayant des difficultés de communication et pour lesquels j'ai du trouver des médiateurs pour entrer en relation. Ces problématiques m'ont conduit à me questionner sur les champs d'interventions possibles de la psychomotricité auprès de la personne âgée.

De ce fait, j'ai choisi de réaliser mon stage de troisième année au sein d'une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR). Des personnes âgées, ayant des troubles sévères de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, y sont accueillies.

Lors de mes premières expériences sur le terrain, j'ai été interpellée par la diversité, l'intensité et la présence importante des troubles du comportement. Ceux-ci pouvant être très impressionnants dans leurs expressions. J'en suis venue à me questionner sur les causes de ces troubles, leurs variétés, leurs apparitions, leurs impacts vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui.

Je me suis alors demandée : **Comment et avec quels outils le psychomotricien peut considérer et influencer les troubles du comportement exprimés par la personne âgée atteinte de démence ?**

Les personnes accueillies à l'Unité Alzheimer sont dans un stade avancé de démence, leurs capacités de compréhension et de communication se trouvent être très souvent altérées. Ainsi, je me suis demandée quel pouvait être le lien entre les troubles du comportement et les déficits qu'entraîne la démence et comment je pouvais aborder cette problématique. L'abord

du toucher thérapeutique m'a semblé pertinent étant donné l'altération importante de la communication verbale.

Les troubles engendrés par la démence affectent l'individu dans son intégrité psychocorporelle. Il apparaît ainsi que la psychomotricité a toute sa place dans la prise en soin des personnes âgées démentes à stade avancé, afin de leur permettre d'accéder à un mieux-être, un confort et un apaisement psychocorporel.

Pour répondre à la problématique posée, nous aborderons le vieillissement et la démence puis nous étudierons leurs incidences sur la mémoire et les troubles du comportement. Par la suite, nous approfondirons le toucher thérapeutique, ses spécificités et son importance auprès de l'enfant et la personne âgée démente. Nous continuerons et terminerons par une partie clinique, où nous présenterons deux études de cas afin de mieux comprendre les enjeux de la psychomotricité et du médiateur qu'est le toucher dans la problématique abordée.

Chapitre 1 : Du vieillissement naturel à la démence

Dans ce premier chapitre, nous nous intéresserons à la vieillesse et à la démence tout en se focalisant plus particulièrement sur la maladie d'Alzheimer. Suite à ça, nous aborderons la mémoire et les troubles du comportement.

A- Du processus du vieillissement...

1- Qu'est-ce que le vieillissement ?

Le vieillissement ou sénescence, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est le processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps¹. C'est un processus physiologique normal, complexe, lent et progressif vécu par tout individu depuis sa naissance.

La problématique du sujet âgé est variable selon les individus, la culture et implique des facteurs biologiques, psychologiques, affectifs, culturels, moraux et sociaux.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), depuis le 1^{er} janvier 2016, 18,8 % de la population a plus de 65 ans². Ce pourcentage nous indique que, de nos jours, la population vieillissante représente une part de plus en plus importante dans notre société. Cette augmentation peut en partie s'expliquer par l'élévation de l'espérance de vie qui se révèle être de 78,9 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes.

Etant donnée son augmentation croissante, cette population fait l'objet de plus en plus d'intérêt de la part de la société, des médias et de la sphère politique. Cet intérêt s'exprime au travers des différentes réformes et campagnes mises en place à destination de nos aînés : les plans Alzheimer, la construction d'EHPAD, le vaccin contre la grippe... Ils sont également devenus une cible non négligeable pour les entreprises. Il est courant maintenant de voir des séniors dans les publicités ou de voir apparaître des émissions spécialisées destinées aux personnes âgées.

¹ www.who.int

² http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1581

Mais, à partir de quand sommes nous considérés en tant que « séniors » ?
L'âge adulte se divise en trois périodes : le jeune adulte de 20 à 40 ans, l'adulte moyen de 40 à 60-65 ans et l'adulte vieillissant à partir de 60-65 ans. Sur le plan sociologique, on considère le troisième âge à partir de 60-65 ans et le quatrième âge à partir de 80 ans.

Associé à cela, la personne âgée souffre d'une image péjorative, souvent dévalorisée car reflétant le plus souvent le déclin, la maladie, la solitude, l'ennui et la mort. Effectivement, la vieillesse est une période où les capacités physiques et psychiques s'amenuisent pouvant mener à de lourdes conséquences.

2- Les modifications associées au vieillissement de l'Homme

a- Les conséquences physiologiques

Il ne s'agit pas d'une transformation brutale mais d'un changement qui s'effectue petit à petit dans le temps. Malgré un ralentissement de certaines fonctions, cela n'empêche en rien la personne âgée de vivre agréablement.

Le vieillissement biologique a très peu de rapport avec l'âge. En effet, certains posséderont de bonnes capacités physiques et mentales à un certain âge alors que pour d'autres elles déclineront plus jeunes.

Au niveau corporel

Les premières manifestations que l'on perçoit du vieillissement se distinguent au niveau corporel. La diminution du stock et le ralentissement cellulaire, ainsi que la mort des cellules vont induire des modifications du fonctionnement de l'organisme et de l'apparence corporelle du sujet. Sur le plan physique, le vieillissement peut s'observer par diverses modifications.

Tout d'abord par l'apparition de rides sur le visage et le corps. Les cheveux blanchissent, s'affinent et tombent, causé par la diminution de production de mélanine. Des tâches colorées apparaissent sur l'épiderme ainsi qu'un assèchement et écaillage de la peau.

La réduction de la taille est aussi un phénomène attribuable au vieillissement marquée par un raccourcissement de la colonne vertébrale.

La perte du tissu graisseux sous-cutané est l'un des effets les plus évidents. Il se produit plus particulièrement au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Les tendons et les clavicules deviennent plus proéminents tout comme les côtes et les genoux.

Les muscles s'atrophient et l'usure du cartilage autour des articulations entraîne une raideur des mouvements et un ralentissement des déplacements.

On peut remarquer une prise de poids avec un ralentissement du métabolisme de base, la quantité de calories nécessaires diminue.

Les personnes âgées subissent également une réduction et une déstructuration du sommeil ainsi qu'une réponse lente du système immunitaire lors d'une atteinte de l'organisme.

Concernant les capacités physiologiques, on constate un déclin des capacités cardio-pulmonaires³ et cardiovasculaires ayant une incidence directe sur la force musculaire et la rapidité d'exécution motrice.

Toutes ces modifications corporelles vont entraîner une nouvelle image et manière de vivre son corps. La personne âgée pourra avoir la sensation de ne plus le contrôler, de ne plus le connaître, et par là, elle peut finir par ne plus l'investir. De plus, l'image de ce corps vieillissant que renvoie le miroir peut être source de mal-être.

Au niveau perceptif

La dégradation perceptive est un phénomène résultant d'une multitude de dysfonctionnements sensoriels chez la personne âgée. Ceux-ci, sont en général en rapport avec la détérioration de l'organe sensoriel et de ses composants. Pour chacun d'entre eux, on retrouve une baisse de la rapidité de conduction nerveuse, une diminution significative du volume de la substance blanche et de l'arborisation dendritique.

La vision est soumise à l'apparition de certaines pathologies telles que la presbytie ou la cataracte. Le champ visuel est de plus en plus limité, la sensibilité aux couleurs et l'adaptation aux variations de luminosité diminuent et les mécanismes de traitement des informations visuelles sont atteints. L'activité oculomotrice devient plus lente.

L'audition est marquée essentiellement par une moins bonne discrimination. Les sons aigus ne sont peu ou pas perçus ce qui entraîne une mauvaise perception du discours. Le sujet âgé aura des difficultés dans l'orientation et la localisation d'un son.

Compte tenu des modifications des caractéristiques de la peau, la qualité et la quantité d'informations reçues dans l'espace de manipulation impacteront sur *la perception tactile*. Le seuil de sensibilité s'élève, les capteurs sensoriels des pieds et des mains diminuent et la discrimination est plus difficile. Ainsi on peut percevoir une baisse de la sensibilité proprioceptive, de la discrimination et de la perception de la position du corps dans l'espace.

³ Absorption maximale d'oxygène au repos ou à l'effort.

Concernant le vieillissement *des récepteurs vestibulaires*, on observera une dégradation de la pertinence des récepteurs. Cela aura pour conséquences principales des troubles au niveau de l'équilibre lors de déplacements rapides et complexes du corps et de la tête et une diminution globale des réflexes.

A tout cela s'ajoute une réduction de la sensibilité *gustative* et *olfactive*.

Le déclin progressif de ces structures et fonctions perceptives aura un impact non négligeable sur les relations qu'entretient la personne âgée avec son corps, avec autrui et son environnement. Moins on dispose d'informations sur son environnement, plus on risque de se sentir *en insécurité*, plus on risque de mettre fin à des projets, à ses actions, à ses relations.

Au niveau cognitif

L'atteinte au niveau du cortex cérébral induit une diminution des capacités attentionnelles, mnésiques et de concentration. Cela étant lié à la réduction du temps de réaction et de la vitesse de traitement de l'information. On pourra observer des difficultés de raisonnement et de planification ainsi que des conséquences sur la mémoire de travail et à court terme. Les pertes de la mémoire antérograde et rétrograde peuvent engendrer de l'angoisse chez la personne âgée.

b- Vieillesse et adaptation psychomotrice

Les conséquences au niveau moteur⁴

Les altérations liées au vieillissement des fonctions psychomotrices sont spécifiques à chaque individu. En général, les sujets âgés se caractérisent par des mouvements plus lents, une plus grande variabilité des performances, ainsi que des temps de réactions et de mouvements allongés et plus variables.

On peut observer un *ralentissement psychomoteur* comprenant une diminution de la vitesse de contraction musculaire.

Un déficit de la *sélection et de la programmation de la réponse motrice* se traduisant par une augmentation du temps de réaction. Concernant l'exécution de la réponse motrice, il leur faudrait plus de temps pour réaliser un mouvement.

Avec l'avancée en âge, on peut remarquer les effets du vieillissement sur les différentes caractéristiques et phases de *la marche*. Elle semble plus lente, moins sûre et les réponses aux stimuli de l'environnement sont plus lentes. La marche s'effectue à pas réduits,

⁴ ALBARET J-M., AUBERT E., *Vieillesse et psychomotricité*, Ed. Social, 2001, page 19.

avec des pas plus larges, moins hauts, avec une atténuation de l'amplitude des mouvements articulaires, une réduction de la phase d'appui unipodal en faveur de la phase d'appui bipodal, une posture en légère flexion du tronc avec cyphose accompagnée d'un regard fixé au sol. En plus de ces modifications motrices, la personne âgée doit davantage prêter attention à ses déplacements, entraînant une diminution de sa capacité à pouvoir se concentrer sur d'autres stimuli. Ceci peut en partie expliquer **le seuil important de chutes** lors de la marche.

Le maintien de l'équilibre et la posture devient de plus en plus précaire. La perte d'équilibre, le manque de stabilité, le vertige, l'insécurité et la dépendance peuvent fragiliser la personne âgée dans ses déplacements.

Egalement, la diminution du temps de réaction et le manque de coordination associés à la perte de la masse musculaire et la diminution de l'amplitude articulaire sont responsables de l'apparition **des difficultés de coordination**. En effet on peut remarquer un ralentissement des réflexes posturaux, une perte de l'habileté à coordonner différents groupes musculaires impliqués dans la réalisation d'une même tâche.

Les conséquences psychologiques

Le corps se modifie, des dysfonctionnements apparaissent affectant la personne au niveau corporel. Ces perturbations somatiques s'accompagnent de réactions émotionnelles. En effet, il est difficile de prendre conscience qu'on ne voit plus bien, qu'on entend mal, qu'on est déséquilibré pour marcher etc. Le sujet âgé doit faire face à un corps qui change, devant lequel il est impuissant et qui l'oblige à lutter et s'adapter sans cesse. Son image est en constante modification et ses capacités physiques en déclin. Cela amène souvent à une **perte de l'estime de soi**. Ainsi, il faut faire le deuil d'un corps « passé » et accepter le corps présent.

Le comportement et le caractère peuvent subir d'importantes modifications. Le sujet âgé étant perpétuellement obligé de faire un effort de réadaptation vis-à-vis de son environnement, peut faire preuve d'un **désinvestissement affectif**.

De plus, le **statut social se modifie** avec l'arrivée de la retraite et l'éclatement de la cellule familiale, induisant une perte des habitudes de vie. Les retraités se retrouvent avec beaucoup de temps pour eux, ce qui peut les amener à se considérer comme inutiles et faire émerger des sentiments tels que **la solitude, l'abandon**. La diminution des capacités de déplacement ainsi que la baisse des acuités sensorielles les coupent des relations avec autrui et avec leur environnement, ce qui accentue davantage ces phénomènes.

Dans le cas de déclin physiques importants en institution, et malgré la possibilité de déplacement avec aide, les personnes âgées peuvent vouloir rester dans leur chambre induisant un **isolement et un repli sur soi**.

C'est le cas pour Madame B, résidente en EHPAD, qui refuse catégoriquement de sortir de sa chambre, que ce soit pour aller manger ou aller aux activités. Elle ne peut plus marcher seule et refuse toute aide. Cela limite ses interactions sociales et l'isole des autres résidents.

De plus, la vieillesse implique souvent, à terme, une perte de la verticalité. Cette perte entraîne un grand deuil. En effet, la lecture de notre environnement se fait à travers un rapport vertical. La perte de la verticalité occasionne donc une perte de l'identité, et nécessite une reconstruction de son monde en tant qu'homme assis. La marche, la verticalité représentent les premiers critères de conservation de la santé. De ce fait, il est important de solliciter le plus possible une personne encore valide qui n'investie plus la marche.

Avancer dans l'âge, vieillir, voir son corps changer... tout cela amène à une pensée de plus en plus présente concernant **la mort**. Les personnes âgées sont très souvent confrontées à la perte, au manque et à la mort, qu'il s'agisse de celle d'un proche, de l'entourage ou de la leur. C'est un travail de deuil permanent.

Ainsi, des bouleversements au niveau perceptif, cognitif et moteur ont un impact au niveau psychologique ce qui fragilise la personne âgée. Celle-ci doit sans cesse s'adapter à son corps, à son environnement et passer par des étapes d'acceptation aux vues de tous ces changements.

A l'opposé du vieillissement « typique », on retrouve le vieillissement pathologique, qui, en plus du processus de sénescence normal, comprend la présence de maladie. Bien que la démence touche principalement les personnes âgées, elle n'est pas une composante normale du vieillissement.

B- ... A l'apparition de la démence

La démence est habituellement associée à la personne âgée, à des pertes de mémoire, des troubles cognitifs et une perte d'autonomie.

1- Qu'est ce que la démence ?

Selon l'OMS, la démence est « *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. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive*⁵ ».

La démence atteint donc l'individu dans sa globalité, tant au niveau physique, psychique, cognitif, social et comportemental.

La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance. Par les pressions physiques, psychologiques et économiques qu'elle engendre, elle se retrouve être éprouvante pour les malades mais également pour les familles.

Dans l'ensemble de la population mondiale, il est estimé qu'entre 5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteints de démence à un moment donné. Elle touche 47,5 millions de personnes et 7,7 millions de nouveaux cas apparaissent chaque année⁶. Ce chiffre montre l'importance de la prise en considération de ce phénomène et de l'importance des recherches dans ce domaine. L'OMS considère la démence comme une priorité de santé publique.

Les symptômes de la démence comprennent généralement des déficits cognitifs impliquant la mémoire, l'attention, le langage, le savoir faire (praxies), la reconnaissance (gnosies) accompagnés de troubles psycho-comportementaux : agitation, déambulation, apathie, dépression... Tous ces troubles interfèrent de façon significative avec les activités de la vie quotidienne (perte d'autonomie...) et engendrent un bouleversement familial.

La démence est souvent méconnue et peut susciter une incompréhension qui peut engendrer des obstacles au diagnostic et aux soins.

⁵ www.who.int

⁶ GRISE J., *Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé*, Ed. Les Presses de l'Université Laval, 2014, page 1.

2- Le diagnostic

C'est souvent l'entourage qui remarque en premier les altérations cognitives et comportementales et demande une consultation.

Selon le **DSM IV** les critères diagnostiques sont :

- Apparition des déficits cognitifs multiples manifesté à la fois par :
 - Un **déficit de la mémoire** : c'est-à-dire une diminution de la capacité à apprendre des informations nouvelles (mémoire immédiate) ou à se rappeler les informations précédemment apprises.
 - Une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes :
 - **Aphasie** qui se définit comme un trouble du langage affectant l'expression ou la compréhension du langage parlé ou écrit survenant en dehors de tout déficit sensoriel ou de dysfonctionnement de l'appareil phonatoire.
 - **Apraxie** qui est un trouble acquis du mouvement intentionnel, empêchant la réalisation de certains gestes alors qu'il n'existe ni déficit moteur ou sensitif, ni incoordination, ni trouble majeur de la compréhension.
 - **Agnosie** qui est un trouble de la reconnaissance des objets, des visages résultant d'une ou plusieurs lésions cérébrales.
 - Perturbation des **fonctions exécutives** (planifier, organiser, séquencer, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).
- Ces déficits cognitifs sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent **un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur**.
- Les déficits cognitifs ne sont pas dus à une des causes suivantes :
 - Une affection du système nerveux central qui peut entraîner un déficit de la mémoire et du fonctionnement cognitif comme une maladie cérébrovasculaire, la maladie de Parkinson, de Huntington, un hématome sous-dural, une hydrocéphalie à pression normale, une tumeur cérébrale.
 - Une affection générale pouvant entraîner une démence comme une hypothyroïdie, une carence en vitamine, la pellagre, une hypercalcémie, neurosyphilis, une infection par le VIH...
 - Une affection par une prise de substance.
- Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un délirium.
- La perturbation n'est pas expliquée par un trouble dépressif majeur ou une schizophrénie.

Avant d'émettre un diagnostic, il faut s'assurer que la démence soit progressive et évolue depuis plusieurs mois sans trouble de la vigilance. Il faut également éliminer les pathologies psychiatriques de type dépression grave ou syndrome anxieux généralisé.

La maladie d'Alzheimer est la démence la plus commune. Il existe d'autres formes de maladies apparentées. De ce fait, il est important de faire la distinction entre toutes ces maladies afin d'avoir un diagnostic le plus juste possible.

3- Classification des démences

Il existe plusieurs types de démences. Je les classifierai selon leurs atteintes : au niveau corticale, sous corticale et cortico-sous-corticale. Je détaillerai uniquement les démences auxquelles j'ai pu être confrontée sur mon lieu de stage.

a- Les démences corticales

Les démences corticales s'attaquent aux cellules grises des neurones situées à la surface du cerveau. Elles se caractérisent par une atteinte mnésique progressive et un syndrome aphaso-apraxo-agnosique.

- La maladie d'Alzheimer

La plus connue des démences et la plus répandue est celle de type Alzheimer. Elle représente à elle seule autour de 60% à 65% des cas de démence. L'hippocampe étant le premier à être endommagé, il entraîne une impossibilité à stocker des informations, c'est le début des troubles mnésiques. L'évolution est progressive. Je détaillerai plus précisément la maladie d'Alzheimer dans la prochaine sous partie.

- Les démences des lobes fronto-temporaux

Elle correspond à des affections dégénératives impliquant les lobes frontaux et temporaux, de façon asymétrique ou non. C'est une démence qualifiée de présénile, c'est-à-dire qu'elle survient généralement chez des sujets plus jeunes que ceux atteints par la maladie d'Alzheimer. L'âge de début moyen est d'environ 55 ans. Cette démence peut prendre trois formes cliniques : *la démence fronto-temporale*, *l'aphasie primaire progressive* et *la démence sémantique*.

Dans la démence fronto-temporale, ce sont généralement le conjoint ou l'entourage qui demande une consultation car ils se retrouvent souvent désarçonnés face aux troubles du comportement qui apparaissent. En effet, au début de la maladie, les personnes atteintes

peuvent avoir un trouble du contrôle de soi marqué par une conduite désinhibée verbale et comportementale, une négligence physique, des troubles de l'humeur, une baisse d'intérêt, une perte des convenances sociales... La mémoire est altérée dans un second temps. La progression de la maladie est lente mais évolue inévitablement vers l'aggravation.

L'aphasie primaire se caractérise par une altération progressive du langage et la démence sémantique amène à des troubles de la reconnaissance des objets et des visages.

Les atrophies lobaires font aussi parties des démences corticales.

b- Les démences sous corticales

Les démences sous corticales s'intéressent à l'intérieur du cerveau, elles portent atteintes aux noyaux gris centraux ou à la substance blanche. Elles sont associées à des signes extrapyramidaux et à un ralentissement idéatoire important (bradypsychie).

- Démences associées à la maladie de Parkinson

La démence ne fait pas partie intégrante de la maladie mais certains facteurs liés à l'âge interviennent dans sa constitution. Cette maladie apparaît généralement après 55 ans, quelque soit la durée de son évolution. 30% des personnes atteintes développent une démence.

Les personnes présentent précocement des difficultés de concentration, un ralentissement des fonctions intellectuelles, des troubles portant sur les fonctions visuo-spatiales et visuo-motrices, la mémoire de travail et l'apprentissage procédural. Les fonctions exécutives sont perturbées (élaboration de nouveaux concepts, le maintien d'une tâche cognitive, la résolution de problèmes et la planification). On peut retrouver une dépression et la survenue d'hallucinations.

Dans cette catégorie on retrouve également la paralysie supra-nucléaire et la chorée de Huntington.

c- Les démences cortico-sous-corticales

Il s'agit de démence à la fois corticale et sous-corticale, dégénérative ou vasculaire, associant un syndrome démentiel et des signes moteurs sous-corticaux.

- La démence à corps de LEWY

C'est une démence dégénérative qui apparaît vers 70-75 ans. Elle serait la deuxième cause de démence dégénérative après la maladie d'Alzheimer. Comme celle-ci, son apparition est causée par la présence de dépôts anormaux de protéine à l'intérieur des neurones. Elle se

caractérise par une association d'un syndrome extrapyramidal avec un syndrome sous-cortico-frontal secondaire à l'atteinte sous-corticale.

Il existe deux formes de début, soit elle est marquée par un syndrome parkinsonien (rigidité, tremblements de repos et lenteur) soit par des troubles neuropsychiatriques associés à des troubles cognitifs, à savoir, des hallucinations visuelles, une attention et une vigilance fluctuantes. L'aggravation est progressive ayant une durée d'évolution de cinq à sept ans.

- **Les démences vasculaires**

Contrairement aux démences présentées en amont, la démence vasculaire est non dégénérative. On parle de cette démence lorsqu'à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), une personne présente les troubles caractéristiques de démence. Ainsi les troubles sont provoqués suite à un AVC, par hémorragie ou embolie des vaisseaux du cerveau. Tous les AVC ne conduisent pas à des troubles cognitifs, cela est en fonction de la zone du cerveau touchée et des possibilités de régénération des neurones restants. Les troubles ne s'installent pas non plus de la même manière. On peut être victime d'un seul AVC impliquant des conséquences brutales et dramatiques ou de « micro-AVC », à plusieurs reprises endommageant à terme le cerveau. Dans ce cas là les symptômes s'installent progressivement.

- **Les démences alcooliques**

Cette démence est caractérisée par une prise chronique d'alcool entraînant une atrophie cérébrale dans le lobe frontal affectant aussi bien la substance grise que la substance blanche.

Une consommation excessive d'alcool peut conduire jusqu'à un syndrome de Korsakoff. Il se caractérise par des troubles graves de la mémoire à court terme, à long terme, des troubles d'orientation spatio-temporelle, des troubles de l'humeur et une apathie. Il est possible de voir une amélioration des capacités du patient lors de l'arrêt de la consommation d'alcool mais cela reste insuffisant pour considérer une guérison.

Il existe d'autres types de démences comme les démences infectieuses, toxiques, inflammatoires, neurochirurgicales, post-traumatiques et dysmétaboliques.

La démence de type Alzheimer est la plus représentée au sein de mon lieu de stage, je vais donc la développer plus en détails.

C- La maladie d'Alzheimer

1- Historique et définition de la maladie d'Alzheimer

C'est en 1906 que le neurologue et psychiatre allemand Aloïs Alzheimer identifie la maladie d'Alzheimer. Il est le premier à la décrire comme une affection progressive du cerveau. Les symptômes qui lui sont associés sont d'abord considérés comme faisant partie du déclin « normal », attribuable au vieillissement. C'est la découverte d'un lien entre la détérioration des fonctions cognitives et le nombre de plaques séniles dans le cerveau, qui amèneront les scientifiques à reconnaître la maladie d'Alzheimer en tant que maladie à part entière.

La maladie d'Alzheimer est un problème de santé mondial majeur. Selon l'OMS près de 35,6 millions de personnes sont atteintes et ce nombre doublera d'ici 2030 pour atteindre 65,7 millions. La maladie d'Alzheimer est la démence la plus répandue. En France, 900 000 individus sont concernés par la maladie⁷. La fréquence augmente avec l'âge. 5% des personnes âgées de plus de 65 ans et 20% des personnes de plus de 80 ans en sont atteintes. Elle est classée à début précoce si elle se déclare avant 65 ans et à début tardif si les symptômes apparaissent après cet âge.

Les premiers déficits observables sont les troubles mnésiques. Par la suite, on verra l'apparition de la triade aphaso-apraxo-agnosique touchant le langage, les praxies et lesgnosies. D'autres fonctions vont être altérées comme la planification d'actions, l'orientation dans le temps et dans l'espace. La personne démente peut également devenir apathique, avoir des sautes d'humeur, être dépressive. A un stade avancé elle perdra l'autonomie nécessaire aux actes de la vie quotidienne comme se laver, manger et s'habiller. L'évolution de la maladie est caractérisée par un déclin continu et significatif par rapport au fonctionnement antérieur.

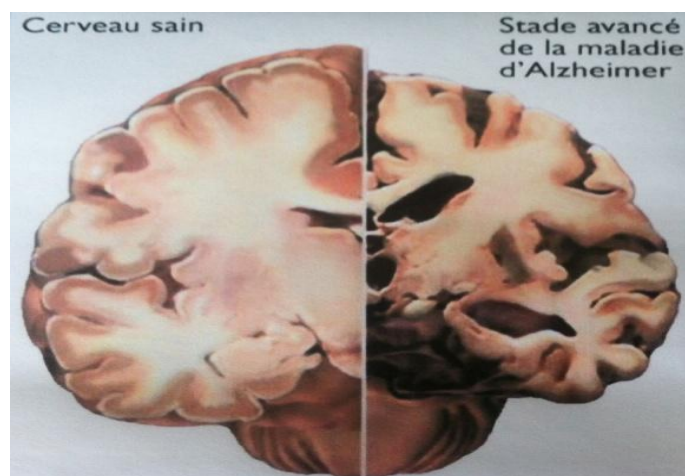
2- Physiopathologie

Les mécanismes neurobiologiques de la maladie d'Alzheimer

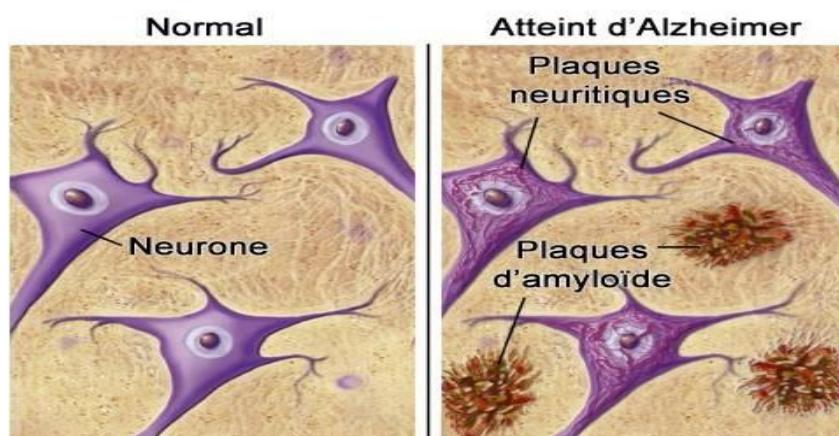
Les lésions cérébrales spécifiques à la maladie d'Alzheimer sont les « *plaques séniles* » (ou plaques amyloïdes) et les « *dégénérescences neurofibrillaires* ». Ces dernières sont chacune associées à une protéine : *la peptide bêta amyloïde* pour les plaques amyloïdes et *la protéine tau phosphorylée* pour les dégénérescences neurofibrillaires.

⁷<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>

Dans un premier temps, elles perturbent le fonctionnement des neurones et leurs connexions, et en définitive, provoquent leur mort. Contrairement à la plupart des autres cellules, les neurones ne se reproduisent pas et leur perte est définitive. De ce fait, on pourra observer, à terme, une atrophie du cerveau.

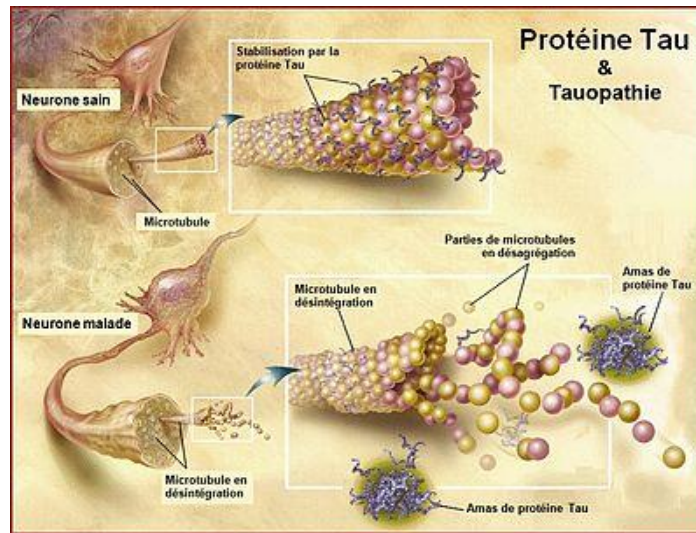


La protéine bêta, naturellement présente dans le cerveau, s'accumule au fur et à mesure des années jusqu'à former des plaques amyloïdes.



Il semblerait que l'accumulation de cette protéine induise une toxicité pour les cellules nerveuses, se traduisant par l'augmentation de la phosphorylation d'une protéine de structure des neurones, la protéine tau.

Ce phénomène affecterait l'hippocampe, une structure cérébrale qui constitue le siège de la mémoire à court terme. La phosphorylation de la protéine tau entraîne une désorganisation de la structure des neurones et une dégénérescence dite « neurofibrillaire » qui entrainera elle-même, à terme, la mort de la cellule nerveuse.



Ce processus est très lent, il peut prendre plusieurs dizaines d'années à s'établir avant que des symptômes de la maladie n'apparaissent.

La mort neuronale va venir envahir petit à petit l'ensemble du cortex, avec à la fin le versant pariétal et occipital pur. Les aires primaires d'intégrations sensorielles seront touchées à la fin. En conséquence, apparaissent en même temps les troubles cognitifs et psycho-comportementaux.

Ainsi il y a une préservation de l'intégrité des aires sensorielles, elles sont épargnées longtemps dans la démence. Cela nous dévoile une piste de travail nous permettant de nous appuyer sur les systèmes de représentations perceptifs ou les systèmes de mémoire sensoriels.

3- Manifestations cliniques

Il existe 3 phases dans la maladie :

- **Stade léger** : La personne vit à domicile, le diagnostic est difficile. Ce stade comprend des oublis, une atteinte de la mémoire à court terme, des questions répétitives, une perte d'intérêt pour les activités de loisir, une altération des fonctions instrumentales.
- **Stade modéré** : Marque le début de la maladie pour beaucoup. Début de la perte d'autonomie et des troubles psycho-comportementaux. On retrouve une aggravation des déficits cognitifs, une aphasie, un syndrome dyséxecutif, une altération des activités quotidiennes.
- **Stade sévère et très sévère** : La personne a besoin d'aide à domicile renforcée ou entre en institution spécialisée. On retrouve une agitation, des troubles psycho-

comportementaux, une altération des cycles veille/sommeil et une dépendance plus ou moins totale.

Plus de 15 à 18 ans se passe entre le premier et le dernier stade. Des variations individuelles existent engendrant une évolution différente suivant les individus.

4- Les plans Alzheimer

La maladie d'Alzheimer, au vu de sa forte augmentation et l'urgence qu'il en découle, est devenue un problème de Santé Publique. En France, trois plans « Alzheimer et maladies apparentées » ont été créés.

Le premier plan de 2001-2004 a fait apparaître les centres nationaux de référence, les équipes spécialisée Alzheimer et les EHPAD. Il a permis la mise en place des premières consultations Alzheimer dans les hôpitaux et la création de l'allocation personnalisée d'autonomie. Il est composé de six axes :

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

Le second plan de 2004-2007 a vu le jour dans la continuité du premier. Il a permis de développer les maisons d'intégration pour l'accueil des malades d'Alzheimer et de créer des métiers spécialisés comme gestionnaire de cas complexes et technicien coordinateur de l'aide psychosocial aux aidants. A partir de là, la maladie est reconnue comme une affection longue durée et cela a permis la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Les consultations mémoires sont mises en place dans les hôpitaux et des centres mémoire de ressources et de recherches.

Il expose dix objectifs :

- Reconnaître la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées comme une maladie à parti entière et promouvoir le respect de la personne malade,
- Anticiper les besoins des malades et des familles et faciliter l'adaptation de l'offre aux besoins,
- Faciliter le diagnostic précoce et sa qualité afin de ralentir l'évolution de la maladie et de prévenir ses complications,
- Mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour les malades à un stade précoce et les familles,
- Mieux accompagner les malades qui vivent à domicile,

- Adapter les établissements d'hébergement pour personnes âgées pour prendre en compte la spécificité de cette maladie,
- Développer la formation des professionnels et aider les bénévoles,
- Faciliter la prise en charge des malades en situation de crise,
- Prendre en compte la spécificité des patients jeunes,
- Favoriser les études et la recherche clinique.

Le troisième plan de 2008-2012, regroupe 3 axes majeurs couvrant à la fois les aspects sociaux, médicaux et de recherche :

- Améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles
- Comprendre pour pouvoir agir
- Mobiliser pour un enjeu de société

Un quatrième plan de 2014-2019 intitulé Le Plan Maladies Neuro-Dégénératives, incluant la maladie d'Alzheimer est mis en place. Il comprend trois grandes priorités :

- Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades
- Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants
- Développer et coordonner la recherche

Comme nous l'avons vu, la maladie d'Alzheimer est une maladie complexe, touchant une grande partie de la population vieillissante et devenant une problématique politique importante.

Le diagnostic de démence ne peut être exposé s'il n'existe pas de troubles de la mémoire. Dans la maladie d'Alzheimer, le cortex est le premier à être affecté au niveau de l'hippocampe engendrant les premiers signes annonciateurs de démence, les plaintes mnésiques.

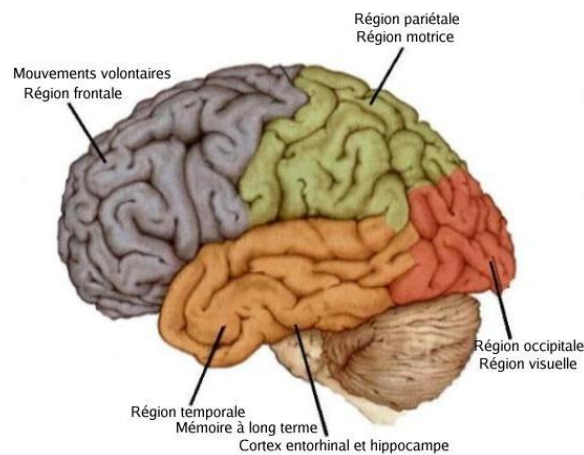
D- La démence et la mémoire

A mesure que l'on vieillit, nous constatons un déclin progressif de la mémoire. Ce phénomène est associé au vieillissement cérébral. Toutefois, il arrive que ce déclin soit plus rapide avec des conséquences plus importantes. C'est le cas dans la démence. D'après l'OMS, elle entraîne « *une altération progressive de la mémoire ainsi que de la formation et de l'enchaînement des idées, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne depuis au moins six mois* ».

Le sujet peut alors présenter des troubles de la mémoire qui l'affecteront dans sa manière de vivre, dans son identité et dans ses relations. Etant donné son importance et ses conséquences, nous allons expliciter les différents types de mémoire et leurs fonctionnements pour ensuite observer ses retentissements.

1- Le cerveau et la mémoire

La mémoire permet de stocker les informations, les sensations perçues par l'organisme, soit provisoirement (mémoire immédiate) soit à long terme. Ceci dans le but de conserver des souvenirs et des connaissances acquises. Plusieurs régions du cerveau interviennent dans ce processus, grâce aux transmissions entre les neurones (cellules nerveuses) qui les constituent. Il s'agit de 4 lobes : frontal, temporal, pariétal et occipital. Ces derniers sont connectés et chacun possède des spécificités.



Le lobe temporal traite la mémoire verbale⁸ et la mémoire visuelle. Il contrôle les apprentissages récents et la mémoire immédiate. Il représente, avec l'hippocampe, le centre de la mémoire et du langage. Une atteinte de ce lobe entraîne ainsi des troubles de la mémoire et du langage (perte du mot).

⁸ Souvenirs associés à ce que l'on a lu, dit ou entendu.

Le lobe pariétal permet d'effectuer des tâches ou d'utiliser des outils dans un ordre cohérent et logique (comme conduire une voiture). Il contrôle aussi la faculté à comprendre des informations spatiales (emplacement des lieux, objets...). De plus, il assure la perception, la reconnaissance et l'interprétation des informations sensibles du toucher. Son atteinte crée une altération des gestes élaborés et des troubles de l'orientation topographique.

Le lobe occipital contrôle la vision comprenant la faculté d'associer les couleurs, les formes, les angles et les mouvements de manière cohérente. Ce lobe n'est pas directement touché dans la maladie d'Alzheimer, cependant les zones visuelles voisines, qui permettent d'associer les éléments de la vision, peuvent être atteintes entraînant des troubles de la perception. Ainsi les personnes ne reconnaissent plus les objets, les visages...

Le lobe frontal est considéré comme le siège de la pensée, de la volonté, de la planification, du sens moral et de la motricité volontaire. Son atteinte provoque des troubles du comportement (dépression, apathie...) et des fonctions exécutives (planification, jugement, raisonnement, stratégie). Son atteinte peut également induire le réflexe de *grasping*⁹, souvent observé chez le sujet dément et présent chez tous les nouveau-nés. C'est un réflexe de préhension ou d'agrippement. Dans la démence, la personne attrape tout ce qui lui est présenté ou ne lâche pas la main de la personne qui lui tend. La main expose une contraction en flexion quand sa paume est stimulée.

Madame G., résidente au sein de l'UHR, atteinte de la maladie d'Alzheimer, présente ce réflexe. Durant les prises en soin, si quelque chose lui stimule la paume de la main, elle referme celle-ci de manière vive et ferme. Il est difficile de la lui faire rouvrir.

2- Processus de la mémoire

L'Homme est un être biologique, psychologique et sociologique. La mémoire est en lien avec ces 3 dimensions. Elle est individuelle, dépend de notre histoire, de notre vécu.

La mémoire suit un processus en 3 étapes :

- **L'encodage** par les organes des sens, c'est l'entrée de l'information. La création de la trace mnésique dépend de la répétition, du contexte et des émotions.
- **Le stockage** de l'information, la consolidation se faisant grâce à l'hippocampe. Il s'agit de la transformation de la trace mnésique dans le but qu'elle reste en mémoire. Le stockage permet de créer des liens avec les informations déjà mémorisées.
- **La récupération**, c'est à dire se souvenir de l'information. Une fois l'information enregistrée, nous pouvons la réactiver par des informations en lien avec ce souvenir.

⁹ Le réflexe de grasping est un réflexe archaïque présent chez le nourrisson. Lorsque l'on met un doigt ou un objet dans la paume de la main du nouveau-né, il la referme solidement.

3- Description et fonctionnement

Différents types de mémoire sont à l'œuvre chez l'être humain. D'après Atkinson et Shiffrin, la mémoire est composée de 3 registres :

La mémoire sensorielle qui ne dure que quelques fractions de seconde et concerne toutes les informations apportées par nos sens (visuelles, auditives, cutanées...). Elle est un passage obligé pour le stockage dans la mémoire à court terme.

La mémoire à court terme enregistre temporairement les événements de vie. Sa capacité de stockage est limitée (pas plus de 7 ou 8 éléments) et dure seulement quelques dizaines de secondes. Elle permet d'effectuer des traitements cognitifs à court terme tels que raisonner, lire, écrire, calculer et de passer à la mémoire à long terme.

La mémoire à long terme sert d'une part à emmagasiner tous les événements significatifs de notre existence, et d'autre part à retenir le sens des mots et les habiletés manuelles apprises. Sa capacité est illimitée et peut durer des jours, mois, années voire toute une vie. Toutefois elle peut être infaillible, déformant parfois les faits et sa fiabilité décroît avec l'âge.

Nous pouvons rajouter **la mémoire de travail** qui est une mémoire à court terme. Elle permet de réaliser des opérations cognitives sur des informations stockées temporairement. La trace mnésique est de courte durée.

Ainsi, la stimulation d'un organe récepteur entraîne une information. Cette information est détectée par les sens et peut être soit ignoré, soit perçu et entrer dans la mémoire sensorielle. Lorsque l'on porte attention à une information, elle peut passer dans la mémoire à court terme. Un effort doit être effectué pour l'entretenir, sinon le souvenir s'efface rapidement. Le fait de retenir un souvenir un certain temps dans la mémoire à court terme permettrait probablement d'être transposé dans la mémoire à long terme pour un stockage plus durable. Ce processus est facilité par un travail de répétition mentale de l'information. Une fois dans la mémoire à long terme, l'information peut y rester pendant une longue période. Toutefois, la durée qui sépare l'évènement mémorisé et son rappel, son degré d'intégration avec les autres connaissances... peuvent rendre des souvenirs difficiles à récupérer.

La sensation arrive donc dans un système qui a un vécu et une mémoire qui donne une couleur particulière à cette sensation : la perception. Celle-ci dépend de notre état d'attention, d'écoute et de disponibilité et elle est liée aux émotions. La perception localise la sensation en s'appuyant sur la représentation.

L'émotion est un facteur essentiel de la mémoire, la consolidation étant facilitée par l'émotion.

La mémoire à long terme peut être subdivisée en deux systèmes de mémoire contenant elles-mêmes deux sous types de mémoire :

La mémoire explicite regroupant des informations dont nous sommes conscients d'avoir et que nous pouvons verbaliser. Dans celle-ci se trouve **la mémoire sémantique** qui représente le savoir, où l'individu stocke ses connaissances. Elle est indépendante du contexte spatio-temporel de son acquisition et dépourvue de charges émotionnelles. Et **la mémoire épisodique** (région de l'hippocampe) qui permet de se rappeler des événements personnellement vécus dans un lieu à un instant donné. Ainsi le sujet mémorise l'évènement mais aussi le contexte lié à celui-ci. La charge émotionnelle vécue au moment des faits conditionne la qualité de la mémorisation.

La mémoire implicite contient des informations retenues de manière inconsciente, à un niveau automatique. Dans celle-ci nous retrouvons **la mémoire procédurale** qui renferme les procédures sensorimotrices ou cognitives acquises par la répétition. Elle conserve les informations qui se manifestent directement dans l'action et qui ne sont pas accessibles à la conscience. Et **la mémoire affective** qui engage la personne personnellement à travers le souvenir de l'émotion et de la sensation. Un évènement ayant une dimension émotionnelle est immédiatement et plus ou moins durablement mémorisé.

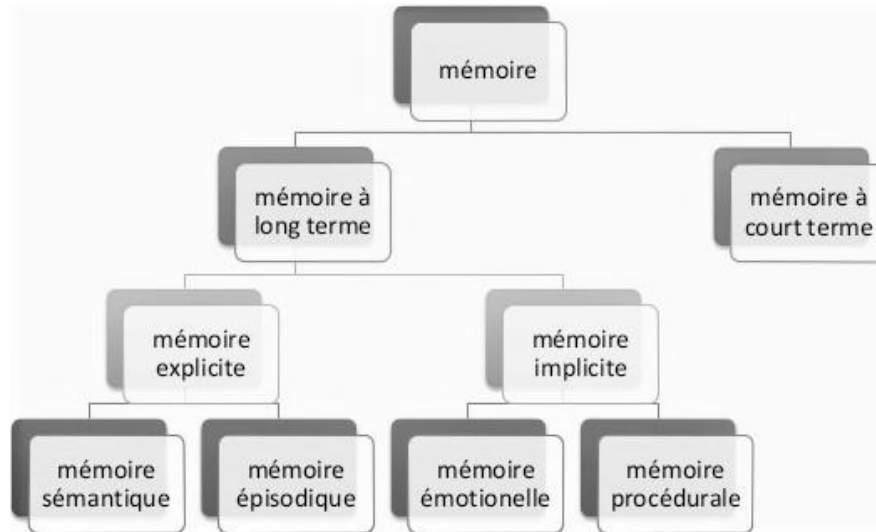
Nous possédons également **une mémoire émotionnelle**. Selon E. Jacobson, l'émotion est une réponse du système neurovégétatif et endocrinien à un évènement vrai ou imaginé, interne ou externe. Une des caractéristiques de l'émotion est son aspect spontané, impulsif. L'émotion est le cadre de référence à travers lequel l'être humain **perçoit la réalité**. La réalité perçue est toujours subjective, selon la coloration de la conscience de l'individu. L'émotion est à la base de la **motivation**.

Ainsi, nous sommes **des êtres d'émotions**. Nous en ressentons avant notre naissance et nous en ressentirons jusqu'à notre mort. Elles nous rendent sensible au monde, enrichissent nos pensées, nous font agir. Elles définissent nos relations, nos désirs.

De ce fait, « *de toutes nos mémoires, la plus précoce, la plus solide est la mémoire émotionnelle, 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, etc¹⁰* ».

¹⁰ GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude*, Ed. Daniel Radford, page 155.

Schéma récapitulatif des différents types de mémoire :



4- Qu'en est-il dans la démence ?

Avec l'évolution de la maladie, *la mémoire à court terme* (immédiate) est atteinte et n'est plus fonctionnelle. Le sujet a des difficultés à créer de nouveaux souvenirs du fait de l'impossibilité d'encoder et stocker l'information. Il est également possible que des traitements médicamenteux altèrent la phase de stockage.

La mémoire épisodique, dont le siège est l'hippocampe, est la première à être atteinte. Elle s'efface progressivement du plus récent au plus ancien.

La mémoire sémantique est elle aussi altérée dans les phases avancées. La personne oubliera les connaissances acquises durant le long de sa vie. On observera la présence d'un manque du mot ou des difficultés à se rappeler des connaissances générales. La communication deviendra de plus en plus difficile et laborieuse.

La mémoire procédurale est épargnée plus longtemps, une personne peut donc avoir accès à l'information sous forme de procédures liées à l'action.

La mémoire sensorielle/émotionnelle est rarement atteinte.

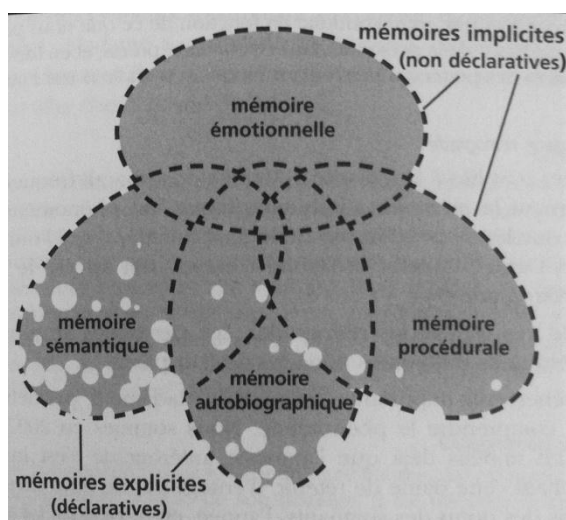
Le développement de la démence, et plus particulièrement dans la maladie d'Alzheimer, nous l'avons vu, touche le cortex et entraîne la disparition progressive de la « mémoire qui sait, qui se souvient », la mémoire cognitive, au profit de la « mémoire qui ressent », *la mémoire émotionnelle*. Le sous cortex n'étant pas atteint, le réseau limbique et émotionnel reste efficace. C'est pour cette raison que les personnes atteintes de démence sont souvent encore réceptives aux émotions et aux sensations.

Dans une étude récente, Ikeda et al. ont observé que des patients Alzheimer (même à un stade avancé de la maladie) restaient capables de se souvenir de manière relativement précise d'un

évènement chargé émotionnellement, alors qu'ils éprouvent des difficultés mnésiques importantes concernant des évènements neutres et plus récents¹¹. Nous pouvons penser que les émotions facilitent la mémorisation et restent en mémoire. Ainsi, travailler sur celles-ci permettrait aux sujets déments d'une part de solliciter leur mémoire émotionnelle en relation avec des souvenirs anciens et d'autre part de pouvoir conserver d'autres informations par le biais de l'émotion.

Les émotions positives sont donc une condition indispensable lorsque nous rencontrons et communiquons avec une personne démente, dans le but qu'elle se sente bien, rassurée, en sécurité. Il est essentiel de garder en tête que toute rencontre confronte chacun à ses propres émotions en résonnances avec celles d'autrui.

Schéma récapitulatif des mémoires atteintes dans la démence



De plus on verra rapidement apparaître une *désorientation spatio-temporelle* causée par l'atteinte de la mémoire. Le sujet ne connaît plus la date, l'époque, son âge, ne sait plus où il se trouve, où est sa chambre...

Le temps n'est plus repéré, les résidents peuvent vivre des souvenirs anciens, dans le présent.

C'était le cas pour Mme. L., résidente à l'UHR, durant un repas thérapeutique. Cette dame acceptait de s'asseoir avec nous mais refusait catégoriquement de manger. Elle devait aller préparer le repas à son mari qui l'attendait à la maison. Malgré des tentatives de diversions, Mme. L quitta la pièce sans manger et elle ne mangera pas le midi ce jour là.

Ce souvenir, cette habitude de vie, semble réellement être vécu dans le présent bien que ce soit un évènement appartenant au passé.

¹¹ <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.459.1845&rep=rep1&type=pdf#page=73>, page 145.

Etre face à ces situations, peut amener à penser que ces personnes atteintes de démence « perdent la tête ». Mais ce n'est pas le cas, elles revivent des souvenirs passés dans un temps qui ne correspond pas à ces souvenirs. Leurs attitudes sont tout à fait cohérentes à ce que l'on peut appeler « leur monde interne », leur histoire. Selon Naomie Feil « *le non sens a toujours du sens* ».

En outre, la mémoire est au cœur de tous les comportements humains (apprentissage, langage, adaptation à l'environnement...). Son atteinte, entraînera la perte de qui on est, de qui sont les autres, de notre capacité à raisonner, à penser et à terme une ***dissolution progressive de la conscience identitaire*** de l'individu. Ainsi, les troubles de la mémoire impactent de manière non négligeable la conscience de soi et d'autrui, tout cela altérant le ***schéma corporel et l'image du corps***.

Tous ces déficits peuvent générer certaines ***angoisses***, un mal-être, qui participeront à la venue et à l'expression de ***troubles du comportement***.

E- La démence et les troubles du comportement

1- Qu'est ce qu'un trouble du comportement ?

Selon la Haute Autorité de Santé il s'agit « *de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne et pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées*¹² ».

Ils sont fréquents, signalent le plus souvent ***une rupture par rapport au fonctionnement antérieur*** du patient, ils sont fluctuants en intensité ou épisodiques, interdépendants et souvent associés.

Ils peuvent avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie et l'adaptation du sujet à son environnement, sur la qualité de prise en charge (risque de maltraitance ou négligence), sur une prescription médicamenteuse inappropriée, sur un risque accru d'hospitalisation et sur la qualité de vie ainsi que l'état de santé psychocorporel des aidants.

Suivant l'endroit du cerveau qui est atteint, on voit apparaître des troubles du comportement. Nous allons voir maintenant, plus précisément, de quels troubles du comportement il s'agit.

2- Les troubles du comportement¹³

Les signes et les symptômes psycho-comportementaux sont répartis en trois catégories : troubles anxieux et troubles de l'humeur, troubles comportementaux, symptômes psychotiques.

Troubles anxieux et troubles de l'humeur

- ***L'anxiété et les phobies***

L'anxiété est un état psychologique et physiologique caractérisée par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Les manifestations anxieuses peuvent s'exprimer dès le début de la maladie.

La peur de rester seul constitue un symptôme phobique comme la peur du noir, de la foule etc.

¹²http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

¹³ LANDREVILLE P, ROUSSEAU F, VEZINA J, VOYER P., *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Ed. Edisem, 2005, pages 5 à 38.

- ***La dépression***

Il est difficile de déceler un état dépressif lorsque la personne est démente. La nature des symptômes n'est pas similaire et est différente en fonction des états évolutifs de la démence. On constate une baisse de moral et une aversion d'activité pouvant affecter le comportement, les émotions et le bien-être physique.

Les troubles de l'humeur avec dysphorie, la perte d'appétit, le sentiment de culpabilité et les idées suicidaires sont plus fréquents dans les démences légères. Pour les démences graves on retrouve plus des troubles motivationnels (perte d'énergie, désintérêt, troubles de la concentration). Pour les démences à stade avancé se pose la question de savoir si les symptômes dépressifs sont moins fréquents ou plus difficilement identifiables.

- ***La labilité émotionnelle***

Elle se définit par des changements soudains ou des fluctuations rapides des manifestations émotionnelles. Ainsi la personne pourra passer d'un état dépressif et anxieux à un état d'irritabilité ou d'agitation.

Les troubles comportementaux

- ***L'agitation***

L'agitation consiste en une activité verbale ou motrice inadaptée qui ne peut s'expliquer par l'état de confusion du patient, et qui n'est pas l'expression d'un besoin apparent.

L'agitation peut se regrouper en 4 catégories : moteurs et verbaux non agressifs, moteurs et verbaux agressifs. Elle est considérée comme le syndrome le plus persistant au cours de l'évolution démentielle et elle augmenterait avec les stades évolutifs.

- ***Le syndrome crépusculaire***

Il consiste en une agitation plus fréquente ou plus intense en soirée. Ainsi on peut remarquer une exacerbation temporelle spécifique le soir et la nuit.

- ***L'irritabilité et l'agressivité***

L'irritabilité est une réaction de mécontentement intense suscitée généralement par une frustration jugée inacceptable, injuste ou inconvenante.

L'agressivité se définit comme une action qui implique l'émission de stimuli délétères à un autre objet, un autre organisme ou à soi-même et qui n'est clairement pas accidentelle. Il y a deux sortes d'agressivités : verbale et physique. L'apparition de ces comportements agressifs peut être brusque et soudaine ou s'inscrire dans des situations contextuelles particulières.

- ***Les réactions d'opposition***

Le comportement d'opposition se caractérise par la résistance active ou passive du sujet à accomplir certains actes ou à participer à certaines activités. Chez la personne démente, ce

comportement apparaît souvent dans les activités de la vie quotidienne ou lors des activités occupationnelles.

- ***L'errance, la déambulation***

On la retrouve fréquemment chez des sujets déments ayant des capacités locomotrices fonctionnelles. Elle consiste en des déambulations répétées presque continues que la personne amorce de sa propre initiative et qui peuvent ou non comporter un danger pour elle. Ces déambulations doivent être sans but apparent ou rationnel et sont parfois incluses dans l'agitation ou l'hyperactivité motrice. Ces comportements peuvent se manifester tout au long de l'évolution de la démence.

- ***Les comportements intrusifs***

Ils regroupent deux conduites relationnelles : les demandes répétées et le comportement de cramponnement. Les demandes répétées représentent des émissions vocales interrogatives adressées à une personne en particulier sans tenir compte de sa disponibilité. Elles sont qualifiées d'intrusives et répétitives suivant leur fréquence et circonstances d'apparition. Les comportements de cramponnement consistent en des comportements locomoteurs en vue de maintenir ou conserver la proximité physique avec une personne familière.

- ***Les comportements ritualisés***

Ils recouvrent un ensemble d'actes relativement élaborés dont la forme est stéréotypée et le but constant. Ils peuvent devenir obsessionnels. Ces comportements se manifestent précocement dans la démence et sont rares aux stades avancés.

- ***Les comportements vocaux répétitifs***

Il s'agit d'émissions sonores (verbales ou vocales) d'intensité variable, émises intentionnellement ou non, de manière constante ou intermittente et qui sont perturbantes pour l'entourage.

- ***Les comportements sexuels inappropriés***

Ils regroupent les manifestations dits d'hypersexualité, de désinhibition sexuelle ou de conduites sexuelles inappropriées.

- ***Les conduites alimentaires inappropriées***

Il s'agit des changements d'appétit, de variation du poids ou des habitudes alimentaires. Elles se manifestent conjointement ou en l'absence de déficits dans les actes et les gestes nécessaires à la consommation des aliments.

- ***Les mouvements anormaux répétitifs***

Ils comportent les stéréotypies motrices et les dyskinésies bucco-linguo-faciales.

Les stéréotypies sont des troubles moteurs anormaux qui perturbent, parasitent la coordination. Elles se manifestent au niveau des membres supérieurs et inférieurs ainsi que le tronc par la répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte sans but.

Les dyskinésies se manifestent au niveau de segments du visage se traduisant par des mouvements de langue, des lèvres, des joues, des mâchoires et des paupières.

- ***L'apathie et l'indifférence***

Dans la démence l'apathie se manifeste souvent par la perte d'initiative, la réduction des relations sociales, l'indifférence, l'amimie, des comportements passifs ou figés. Elle est souvent associée à la dépression.

- ***Les troubles du sommeil***

Ils se caractérisent par un rythme inversé jour/nuit, sommeil/éveil ou un cycle irrégulier changeant d'un jour à l'autre. Ils peuvent apparaître dès les premiers stades de la démence et augmenter au cours de l'évolution.

Les symptômes psychotiques

Les symptômes psychotiques sont plus fréquents aux stades modérés à graves des démences mais leur présence est transitoire (2 à 3 mois) chez la majorité des sujets.

- ***Les idées délirantes***

Dans les démences elles sont caractérisées par des thèmes stables et constants de persécution, de suspicion, de préjudice, de jalousie ou d'abandon. Elles doivent être distinguées des confabulations qui sont composées de souvenirs autobiographiques temporellement sortis de leur contexte.

- ***Les hallucinations***

Elles sont caractérisées par une perception sensorielle en l'absence de stimuli externes qui procure la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle. Dans les démences elles sont essentiellement visuelles et auditives et sont moins fréquentes que les idées délirantes.

- ***Les illusions et fausses identifications***

Ce sont des perceptions inexactes ou une interprétation erronée d'un stimulus extérieur réel, soutenues avec une conviction délirante. Il y a plusieurs types de fausses identifications : les troubles de l'image spéculaire c'est-à-dire la non reconnaissance ou la fausse identification de sa propre image dans un miroir ou sur une photo ; une présentation de verbalisations confabulatoires ou délirantes avec parfois des réactions violentes face à son image ; une fausse reconnaissance d'autrui...

Ainsi, comme nous l'avons vu, au fur et à mesure que les lésions s'étendent dans les différentes régions du cerveau, certaines fonctions sont perdues, ce qui explique les symptômes et les changements de comportement constatés chez les personnes démentes. De plus, tous les troubles des comportements sont exacerbés par l'angoisse. Calmer l'angoisse, rassurer la personne, permettent de mieux appréhender les troubles qui deviennent moins importants.

3- Les outils d'évaluation

Si le trouble persiste durant plusieurs jours, il est nécessaire de l'objectiver à l'aide d'un outil tel que l'**Inventaire NeuroPsychiatrique** (NPI). C'est un inventaire de 12 symptômes apparentés, qui évalue leur fréquence et leur sévérité, ainsi que le retentissement sur l'aidant ou le professionnel. Il existe en version courte avec une passation plus rapide : le NPI-Réduit et une version destinée aux équipes soignantes en établissement : le NPI-ES (voir annexe).

En cas d'agitation l'**échelle de Cohen-Mansfield** peut être utilisée en complément du NPI. Elle évalue plus particulièrement des comportements tels que l'agressivité physique, les déambulations et les cris.

4- Les étiologies

Les troubles du comportement peuvent avoir une origine multifactorielle telle que:

- **L'environnement et l'entourage** (les aidants et professionnels),
- **Propres à la personne** (somatiques, personnalité),
- **Propres à la maladie** (neurobiologiques, cognitifs).

Tous ces facteurs sont souvent intriqués et interagissent entre eux.

Il est primordial de chercher en priorité les causes somatiques et psychiatriques :

- **Les causes somatiques** sont les premières à être recherchées en raison de leur potentielle gravité et des réponses thérapeutiques rapides qui peuvent être apportées. Il peut s'agir d'une douleur, une infection... dont les conséquences psychologiques, cognitives et comportementales sont nombreuses. Cela peut également être une cause iatrogène liée à un médicament.

- **Les causes psychiatriques.** Dans ce cas là il faut rechercher un épisode dépressif ou anxieux ou une décompensation d'une maladie psychiatrique préexistante qui peut se manifester par des troubles du comportement (cris, déambulation, opposition, agitation...).

Les troubles peuvent aussi être révélateurs *d'une angoisse, d'un mal-être profond*. Il est donc nécessaire de porter une attention particulière aux facteurs déclenchants (changement de lieu de vie, modifications de l'environnement, contraintes...), prédisposants (déficits sensoriels, handicaps physiques...), ainsi qu'aux facteurs de personnalité (caractère, éléments de vie...), relationnels (attitudes des soignants et aidants comprenant leur degré d'information et de formation, capacité de communication...) et environnementaux (lieux imposés, organisation de la journée) qui ont entraîné un trouble.

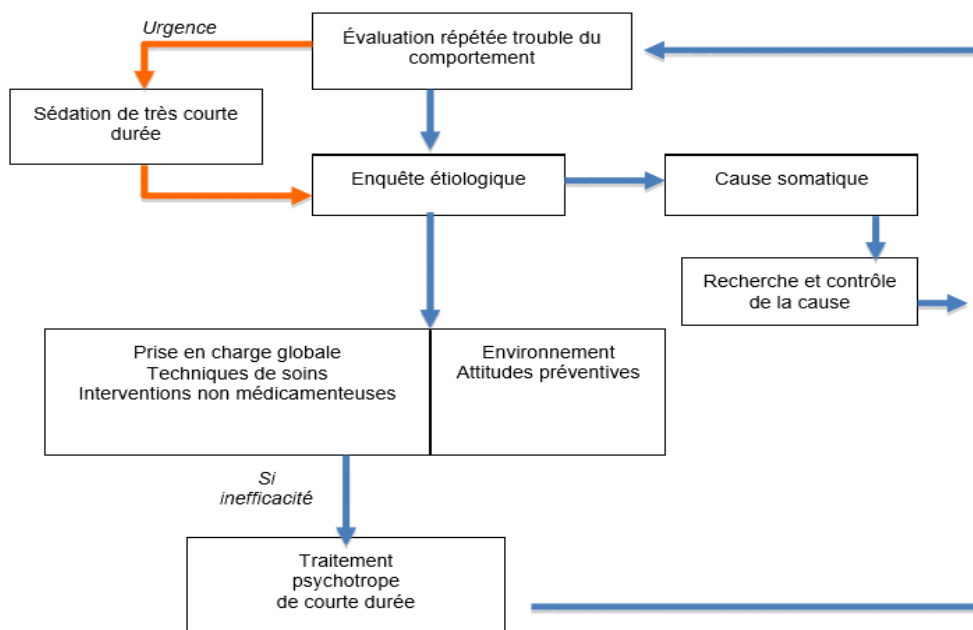
Aux vus de la souffrance de la personne démente, de l'épuisement de son entourage ou des soignants et du coût économique, ces troubles psychocomportementaux représentent des problèmes importants pour tous ceux qui sont touchés de près ou de loin par la démence. Certains troubles peuvent être atténués, radiés ou évités avec une prise en charge adaptée (médicamenteuse ou non).

5- Les prises en soin médicamenteuses et non médicamenteuses

La prise en charge doit être globale. Les objectifs principaux sont d'assurer la sécurité du patient et de son entourage, de maintenir un niveau de stress le plus bas possible, et de respecter la dignité et la volonté du patient.

Même si l'on ne sait pas encore comment arrêter l'évolution et guérir la démence, il existe différents médicaments et approches thérapeutiques pouvant soulager certains troubles et symptômes ainsi qu'améliorer la qualité de vie des patients.

L'image qui suit représente l'arbre décisionnel du traitement des troubles du comportement perturbateurs proposée par la Haute Autorité de Santé.



En première intention, il est essentiel d'utiliser **des techniques de soins appropriées** aux troubles du comportement qui permettront de prévenir le déclenchement ou la majoration des troubles et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux.

Nous pouvons, par exemple, **adapter les attitudes de communication** telles qu'éviter de transmettre plusieurs messages à la fois, utiliser les gestes pour faciliter la communication, utiliser des questions fermées ou encore laisser la possibilité au sujet de faire ses choix, préserver l'intimité lors des soins, rassurer et réconforter la personne, chercher des alternatives lorsqu'un soin peut être à l'origine d'un trouble du comportement etc.

De la sorte, avant la prescription de médicaments, **des stratégies s'appuyant sur l'environnement** peuvent être mises en place pour éviter, retarder, apaiser ou diminuer l'expression des troubles.

Monsieur S, résident à l'UHR. ne dormait plus la nuit, était agité, déambulait dans le lieu de vie et semblait être à la recherche de contact avec les soignants. Pour apaiser cette agitation entraînant des troubles du sommeil, son lit a été déplacé dans le lieu de vie pour qu'il puisse se sentir rassuré par la présence des soignants et ainsi trouver le sommeil.

Les interventions non médicamenteuses concernent une prise en charge globale de la personne et peuvent être associées à plusieurs types d'interventions comme la psychomotricité, l'ergothérapie, l'orthophonie... Ces interventions agissent sur la qualité de vie, le langage, la cognition (stimulation cognitive), la stimulation sensorielle et l'activité motrice. Elles sont proposées en individuel ou en collectif.

Toutefois, il est fréquent que les prises en soin thérapeutiques ne suffisent pas et que les troubles du comportement deviennent ingérables et dangereux pour la personne concernée et autrui. **Des traitements médicamenteux** sont prescrits afin de pallier l'expression du trouble et assurer la sécurité des résidents.

Les catégories de médicaments fréquemment prescrits sont les psychotropes comprenant les antidépresseurs, les antipsychotiques ou neuroleptiques, les anxiolytiques, les thymorégulateurs et les anticonvulsivants.

Monsieur D, atteint de démence mixte (type Alzheimer et vasculaire) présente une déshinhibition sexuelle. Il embrasse, fait des attouchements sexuels sur des résidentes souvent en incapacité de se défendre. Il est arrivé qu'il réalise ce comportement à l'égard d'une dame en visite. Suite à l'échec de stratégies (diversion lorsque cela arrive, le laisser un moment seul aux toilettes...), il semblerait que seule la camisole chimique pourrait remédier à ce trouble.

Comme nous l'avons vu tout au long de ce chapitre, le vieillissement engendre des modifications qui fragilisent la personne âgée. Il arrive qu'à ces bouleversements se rajoute une démence ayant pour conséquence l'accentuation des troubles cognitifs. La mémoire se détériore progressivement, la communication devient confuse, les praxies et l'activité motrice sont de plus en plus difficiles à réaliser, la reconnaissance de soi et des autres devient complexe. Tous ces déficits impactent de manière considérable l'intégrité psychocorporelle de la personne démente et participent au développement de troubles de la communication, de leur identité, leur schéma corporel, leur image du corps et au niveau de la conscience de soi. De plus, ils génèrent l'apparition d'angoisses pouvant induire et amplifier l'expression des troubles du comportement.

En tant que psychomotricien, nous sommes amenés à observer, analyser et essayer de comprendre quelles peuvent être la source des troubles et comment y remédier. Ainsi, nous considérons les troubles du comportement en tant qu'expression d'un mal être physique et/ou psychique que la personne ne peut exprimer verbalement. De surcroît, les processus perceptifs sont perturbés dans la démence ce qui entraîne des tensions d'ordre émotionnel (colère, tristesse...). Tensions qui s'expriment chez la personne par le biais des troubles du comportement. Ces deux expressions (psychocorporelle et émotionnelle) expriment un mal-être qui semble être en lien avec des troubles de sécurité interne. De ce fait, le psychomotricien cherchera à ramener cette sécurité en proposant une prise en soin thérapeutique adaptée.

Les sens participent à cette sécurité interne. Se pose alors la question suivante : Comment, en tant que psychomotricien pouvons nous agir sur l'apaisement des troubles du comportement ? Quels outils pouvons-nous utiliser qui soient adaptés à cette population ? Au vu des troubles cognitifs importants et du fait de l'altération de la communication verbale, une approche sensorielle me paraît pertinente à approfondir. J'ai donc choisi de m'intéresser à l'intérêt du toucher thérapeutique, que nous allons maintenant développer.

La Chapitre 2 : Le toucher thérapeutique

« On peut être sourd, aveugle, muet, avoir perdu le sens du goût, mais peut-on vivre sans (être) touché ?¹⁴ »

Dans ce second chapitre, nous nous intéresserons au toucher. Nous verrons son importance dans le développement de l'enfant, et ce qu'il en est chez la personne âgée démente. Nous nous attacherons ensuite à expliquer en quoi la formation du psychomotricien induit une approche spécifique du toucher.

A- La peau et le toucher

1- La peau

La peau nous enveloppe. Elle représente la surface sensible la plus étendue de notre corps, définissant le contour et une limite de ce dernier. Elle se développe à partir de l'ectoderme qui se trouve être le même tissu embryonnaire que le système nerveux. Elle est « *elle-même en étroite connexion avec les organes des sens externes et avec les sensibilités kinesthésique et d'équilibration*¹⁵ ». De plus, elle présente à autrui les caractéristiques physiques variables selon l'âge, le sexe, l'ethnie, l'histoire personnelle... Ainsi, on peut dire qu'elle est « *aux yeux des autres un reflet de notre bonne ou mauvaise santé organique et un miroir de notre âme*¹⁶ ».

La surface de la peau comporte des récepteurs sensoriels qui reçoivent et répondent à des stimulations extérieures. Ces stimulations permettent la croissance de la peau, son développement et l'évolution de sa sensibilité.

a) La peau, un organe sensoriel

Nous sommes sensibles et réceptifs au toucher grâce au grand nombre de récepteurs sensoriels situés à la surface de notre peau : les mécanorécepteurs. Ceux-ci fournissent des informations provenant de l'environnement relatives à la chaleur, au froid, à la douleur, au tact, à la pression ainsi qu'à la proprioception et la discrimination. Ils informent le système

¹⁴ PRAYEZ P., SAVATOFSKI J., *Le toucher apprivoisé*, Ed. Lamarre, 2002, page 6.

¹⁵ ANZIEU D., *Le moi-peau*, page 36.

¹⁶ Ibid, page 39.

nerveux central sur les sensations de toucher, de vibration et de tension cutanée et sont sensibles aux déformations de la peau.

Des récepteurs se situent à la surface de la peau et d'autres plus en profondeur. Les récepteurs superficiels sont ceux de Merkel et de Meissner qui vont permettre *la discrimination des objets* avec le toucher. La quantité des récepteurs sur nos mains et nos doigts est multipliée par 10. Lors d'un toucher, cela nous permet d'avoir une certaine sensibilité et ainsi de pouvoir percevoir les informations au niveau tonique.

A l'inverse, dans la profondeur, il existe ceux de Pacini et Ruffini qui vont *évaluer la pression*. Ceux-ci seront stimulés en fonction de l'intensité du toucher.

Ainsi les récepteurs peuvent être sensibles à divers stimuli, tels que des effleurements, des pressions légères ou fortes, des vibrations... Ils sont répartis sur toute la surface de la peau de manière hétérogène.

Les éléments qui constituent la peau ont une représentation très importante dans le cerveau. **L'Homunculus sensoriel de Penfield** nous expose la représentation proportionnelle des fonctions tactiles dans le cortex.



*Homunculus
de Penfield*

Comme on le voit sur cette image, la projection des mains et des lèvres sont plus importantes et étendues témoignant d'un nombre plus élevé de récepteurs sur ces zones.

La peau possède également des fonctions d'ordre corporel et psychique.

b) La peau, ses fonctions corporelles et psychiques

La peau enveloppe nos organes mais c'est également un organe à part entière. Elle possède différentes fonctions, aussi bien psychique que corporelle.

D'après Ashley Montagu la peau assure **quatre fonctions physiologiques**¹⁷ :

- Elle protège les parties qu'elle recouvre contre les agressions mécaniques et les radiations et évite l'intrusion de substance et de corps étrangers.
- Elle est un organe sensoriel.
- Elle est un régulateur thermique.
- Elle est un organe métabolique et intervient dans le métabolisme des réserves de graisses et dans celui de l'eau et du sel.

La peau a une remarquable faculté d'adaptation et de résistances aux changements de l'environnement.

Elle assure d'autres fonctions, telles que l'entretien du tonus, la stimulation de la respiration, la circulation ... En conséquence, la peau « *forme la base, la toile de fond de l'ensemble des perceptions et expériences du sujet* ». ¹⁸

Esther Bick parle de la peau comme une « peau psychique ». A la naissance, les informations sensorielles arrivent de manière anarchique et l'enfant ne peut pas les intégrer. C'est grâce aux situations de portage et d'enveloppement dans les bras de sa mère que le bébé va vivre cet objet contenant comme une peau, et cette peau psychique va être à l'origine de sa pensée et de *son identité*. C'est dans ce lien au corps que se constitue la capacité pour l'enfant de se contenir lui-même, c'est-à-dire d'accéder à la notion d'intérieur et de différenciation entre soi et la mère, chacun étant contenu par sa peau respective.

Didier Anzieu, en s'appuyant sur la théorie de « peau psychique » d'Esther Bick, développe le concept de **Moi-peau** pour parler d'enveloppe psychique. Il va établir un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du moi.

Il définit le Moi-peau comme étant « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu sur le plan figuratif* ¹⁹ ». Ainsi, c'est par ses expériences sensori-motrices et le portage avec l'objet maternant, son contact, *son toucher*, que l'enfant va pouvoir développer un *sentiment de contenance, d'enveloppe à la fois corporelle et*

¹⁷ MONTAGU A., *La peau et le toucher*, Ed. Le Seuil, page 11.

¹⁸ SAVATOFSKI J., PRAYEZ P., *Le toucher apprivoisé*, page 123.

¹⁹ ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, page 61.

psychique. Par là, la peau n'est pas seulement qu'une enveloppe physiologique, elle détient aussi une fonction psychologique.

Anzieu décrit les fonctions du Moi-peau :

- La fonction de *maintenance du psychisme*. Elle fait référence au *holding* de Winnicott, c'est-à-dire à la façon dont la mère soutient le corps du bébé. La fonction psychique se développe par l'intériorisation de ce holding maternel. Ainsi, par les soins corporels, les paroles, le dialogue tonico-émotionnel, l'entourage permet à l'enfant d'acquérir un *état d'unité* et de *solidité*.
- La fonction *contenante*. Elle s'effectue principalement par le *handling* maternel de Winnicott, c'est-à-dire la façon dont l'enfant est manipulé, soigné, traité. Le Moi-peau contient l'appareil psychique et les pulsions corporelles de l'individu. Les soins prodigués à l'enfant lui donnent des informations sensorielles, tactiles et sonores lui permettant *d'intérioriser le monde extérieur*.
- La fonction de *pare-excitation*. C'est la mère qui jouerait ce rôle de pare-excitation, de filtre, permettant au bébé de *ne pas être débordé* et recevoir des stimulations internes et externes trop importantes qu'il ne pourrait pas supporter de par son immaturité psychique. En grandissant, l'enfant pourra distinguer et organiser ces stimulations.
- La fonction d'*individuation du soi*. La peau nous est propre et se différencie selon les individus. Le Moi-peau apporte le *sentiment d'être unique* à l'individu.
- La fonction d'*intersensorialité*. Le Moi-peau permet de relier les différentes sensations entre elles, qui ont des origines diverses : sonores, visuelles, kinétiques. Cette fonction amène à la constitution d'un *sens commun*, se référant à l'enveloppe tactile ainsi qu'au toucher.
- La fonction d'*inscription des traces sensorielles tactiles*. Par cette fonction, la Moi-peau renvoie en miroir une image de la *réalité du sujet* par le biais d'un axe biologique concernant toutes les marques corporelles du sujet, en tant qu'être humain unique. Mais aussi d'un axe d'ordre social, lorsque le sujet mettrait en exergue les marques qu'il s'est créées au cours de son histoire en tant qu'individu faisant parti d'un groupe social.

Ainsi, la peau a une place privilégiée dans les premières relations, c'est par elle que s'effectuent les échanges entre le bébé et son environnement. Toutes ces fonctions sont au service de la *construction du Moi* de l'enfant.

C'est au travers de la peau que le toucher prend tout son sens.

2- Le toucher

D'après le Larousse, le toucher se définit comme « *mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur* ».

Dans cette définition, le toucher se définit comme l'action ou l'acte de sentir quelque chose par le biais de la main. C'est donc un acte dynamique, proximal, informant sur des sources en contact direct avec l'organisme.

Toutefois, le toucher peut être considéré d'un point de vue actif et passif : la réciprocité. En effet, quand nous touchons, nous sommes également touchés en retour. Le côté actif comprend l'exploration du fait de toucher, le côté passif, c'est-à-dire le récepteur, s'adresse directement à la peau.

Le toucher induit des éléments sensoriels conduisant à des changements au niveau nerveux, musculaire ou mental qui s'apparentent à une émotion. De ce fait, le sens du mot toucher renvoie au phénomène mécanique, mais qui implique aussi le phénomène émotionnel. Il existe donc sur les modes *passif, moteur et émotionnel*.

Chacun de nous possède un rapport particulier et personnel avec le toucher. Ce rapport se construit en fonction de *notre environnement, notre personnalité, nos relations sociales, nos expériences vécues* dès le stade du fœtus mais aussi selon *notre culture*.

En effet, le toucher aura une valeur et un sens dissemblables selon les cultures, il sera induit, senti, perçu et vécu différemment. Dans certaines, il est intégré et fait entièrement partie de la communication. Dans d'autres, il est réfréné et peut être l'objet d'interdit. C'est souvent le cas en Occident, « *dans notre société, le toucher est sans doute le plus réprimé de tous les sens²⁰* ». Il est devenu un interdit intériorisé. On renonce à ce mode de communication essentiellement utilisé dans l'enfance, au bénéfice du langage oral. On va parler plutôt que toucher tout en continuant d'être en lien.

Des disparités existent aussi dans des familles ayant la même culture. Dans certaines, les contacts tactiles seront présents et nombreux entre tous les membres et dans d'autres ils seront réduits au minimum.

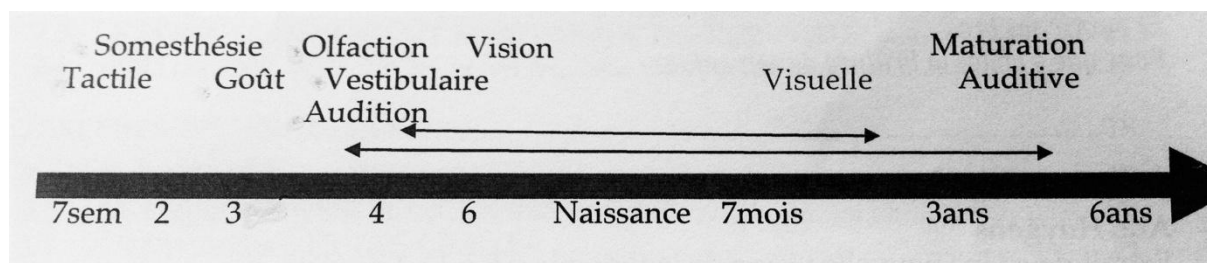
a) Le toucher, un sens tactile

L'Homme est muni de cinq sens : *la vision, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher*. Ces sens nous donnent en continu des informations sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure. Par nos interactions permanentes avec notre milieu, ils nous permettent d'avoir une grande capacité d'adaptation face à tous nos événements de vie.

²⁰Ibid, page 4.

Les systèmes sensoriels se développent très tôt étant donné qu'ils apparaissent dès la vie intra-utérine et prolongent leur maturation après la naissance. Ils ne sont pas fonctionnels au même moment et suivent une hiérarchie dans leur maturation.

Schéma du développement des systèmes sensoriels chez l'être humain



Le toucher est le premier sens à se développer chez le fœtus, dès la 8^{ème} semaine de gestation. Certaines parties du corps sont capables d’y réagir et c’est à la 11^{ème} semaine que le corps devient entièrement réceptif. Il apparaît avant les autres systèmes sensoriels, « ... en vertu de la loi biologique selon laquelle plus une fonction est précoce, plus elle a de chance d’être fondamentale²¹ ».

Le nourrisson explore essentiellement de manière tactile et en particulier par l’intermédiaire de la bouche qui se trouve être une zone très précocement réactive. Plus tard, les mains deviendront les membres privilégiés avec lesquelles il appréhendera le toucher.

Le goût est stimulé in utéro et est fonctionnel dès le 6^{ème} mois. Le liquide amniotique change en fonction de l’alimentation de la mère permettant au fœtus de découvrir différents goûts.

L’odorat est un sens très important qui va permettre la fonction d’attachement. A la naissance le bébé reconnaît l’odeur de sa mère ce qui lui permet de s’apaiser.

L’audition est fonctionnelle vers la fin du 7^{ème} mois, sa maturation s’étend entre 4 mois ½ et 3 ans. In utéro, le fœtus entend les sons de l’environnement externe de manière assourdit et les bruits internes.

La vue est opérante vers le 7^{ème} mois. A la naissance, le fœtus voit sur 25 cm. Ce n’est qu’à 5 ans que son acuité visuelle atteint les 10/10. Le regard va permettre la fonction d’attachement précoce.

L’enfant vit d’abord dans un univers morcelé. C’est grâce à la coordination de chaque modalité sensorielle qu’il pourra unifier sa perception du monde et y donner du sens.

²¹ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, Paris, 2006, page 36.

Nos systèmes sensoriels peuvent être classés en fonction de l'origine de l'information, selon trois types :

- **La sensibilité extéroceptive** qui nous informe sur l'environnement, elle comprend les 5 sens que nous venons de voir (vision, audition, somesthésie générale, olfaction, gustation).
- **La sensibilité intéroceptive** qui nous indique l'état de nos organes internes.
- **La sensibilité proprioceptive** qui nous informe sur la position des nos différents membres du corps par rapport aux autres, qu'ils soient immobile ou en mouvement. Ses récepteurs sont situés au niveau des articulations, des muscles et de la peau.

Ce système est un point d'encrage qui, lorsqu'il est défaillant, comme il peut l'être dans la démence, entrave l'accession *au sentiment d'unité et d'être*.

b) Le fonctionnement physiologique du toucher

Le cerveau est l'aboutissement d'une longue évolution, d'après le neurologue P. Mac Lean nous pouvons le séparer en « 3 cerveaux » :

- **Le cerveau reptilien** qui gère les fonctions nécessaires à notre survie. Il répond de manière immédiate aux stimuli de l'environnement et du corps, veille au maintien de notre équilibre intérieur (homéostasie).
- **Le cerveau limbique** ou cerveau émotionnel contient les bases de nos émotions et de nos mémoires. Il donne aux informations, aux perceptions et aux pensées leur tonalité affective. Il peut exciter, motiver ou au contraire inhiber, démotiver, une partie des facultés du cortex. Il stocke certains souvenirs, participant à faire de nous des êtres d'expérience, qui agissent en fonction de ce qu'ils ont vécu et mémorisé.
- **Le cortex** qui regroupe le raisonnement, le langage, l'intégration des expériences, siège de la représentation mentale. Il permet d'intégrer notre propre corps sous la forme d'une intelligence sensori-motrice.

Ces trois cerveaux sont en permanente interaction et participent au fonctionnement d'un seul cerveau, qui possède ses propres modes de liaisons et relations entre ces 3 et qui est spécifique à chaque individu.

Le fonctionnement du toucher

Comme nous l'avons vu, la peau contient des récepteurs sensoriels (extérocepteurs) qui permettent les relations avec le monde extérieur. La stimulation de ces récepteurs donne naissance à un influx nerveux. Grâce aux synapses²², cet influx remonte, de neurones en

²² Extrémités du neurone où le courant, en arrivant, libère un neuromédiateur permettant à l'information de passer dans le neurone suivant.

neurones, jusqu'au thalamus (à la base de notre cerveau, dans sa partie reptilienne) pour être analysé. A cet endroit, l'information est dupliquée et diffusée à la fois vers : *l'amygdale* (dans le cerveau limbique) en une progression rapide et vers *le cortex*, où elle arrive plus tardivement. L'amygdale effectue une analyse très rapide en fonction des mémoires émotionnelles et affectives ; le cortex, lui, l'analyse de manière plus fluide et lente en tenant compte de tous les éléments rationnels, du contexte, de notre expérience, de nos réflexions. La compréhension et la reconnaissance émotionnelles s'effectuent donc avant la réflexion cognitive.

Chez le sujet dément, les informations stockées dans le cortex sont atteintes alors que la mémoire émotionnelle, gérée par l'amygdale est préservée. Le cerveau limbique est donc le dernier touché. De ce fait, les informations reçues de notre environnement se traitent préférentiellement sur le plan émotionnel et de manière très vive. Cela peut aider à l'explication, par exemple, de réactions interprétées comme « excessives » chez les sujets déments.

A la fin de l'atelier musique, Monsieur S. souhaite accompagner Madame C. en dehors de la salle d'activité. Pour lui montrer son intention, il lui prend la main. Mme C., surprise par ce geste, se met à crier, l'insulter et à lui tordre les doigts.

Nous pouvons penser que Mme C., au vu de la situation, a rapidement analysé sur un mode émotionnel, l'intention de M. S., pensant probablement à une agression.

Incontestablement, le cerveau est indissociable du corps, ils évoluent ensemble et échangent les informations en permanence. La peau, qui est à la fois une enveloppe, une protection et une surface sensible, lui fournit une information essentielle à la construction de son sentiment d'identité : elle lui indique la limite entre le monde et lui. Le corps lui permet de recevoir les informations provenant de l'environnement, celui avec lequel nous nous présentons aux autres, qui nous permet de communiquer, de ressentir des émotions, d'agir sur notre environnement...

B- Le toucher dans le développement de l'enfant et chez la personne âgée démente

1- Le toucher dans le développement de l'enfant

Les différents canaux sensoriels commencent à s'exercer avant la naissance signifiant que le fœtus, reçoit in utéro, des impressions auditives, olfactives, proprioceptives, gustatives. Pendant neuf mois, le fœtus se développe au sein de la cavité utérine de la mère. Cet espace est un lieu de stimulations sensorielles qui sont avant tout tactiles.

C. Potel, en reprenant les propos de Cyrulnik, nous parle de deux formes de toucher que le bébé perçoit in-utéro. La première est sous forme de *vibrations*. Lorsque la mère parle, « *la structure physique de sa parole se transforme en toucher, stimulant le fœtus et déclenchant un comportement exploratoire avec ses mains et sa bouche*²³ ». La bouche étant surreprésentée dans l'Homunculus de Penfield, elle est, à ce stade, la partie du corps la plus sensible. La deuxième forme de toucher serait transmise par *les mouvements*, les variations de postures de la mère qui marquent contre le dos du fœtus, des vibrations, des frottements, qui le poussent à changer de position. Ce toucher mettrait le fœtus *en interaction avec les émotions* de la mère.

Le fœtus est toujours en contact avec sa mère et massé par le liquide amniotique. Ses interactions permanentes, passant par le toucher, développent les modalités de la sensorialité du fœtus qui laisseraient une trace, « *des empreintes qu'elles pourraient laisser dans notre organisation ultérieure*²⁴ ».

« *Les sensations cutanées introduisent, dès avant la naissance, les petits de l'espèce humaine dans un univers d'une grande richesse et d'une grande complexité, univers encore diffus mais qui éveille le système perception-conscience, qui sous-tend un sentiment global et épisodique d'existence et qui fournit la possibilité d'un espace psychique originaire*²⁵ ».

Le bébé effectue son premier contact physique ex-utéro avec sa mère et y réagit. James L. Halliday a écrit que « *les premiers mois qui suivent la naissance sont la prolongation directe de l'état intra-utérin ; l'enfant a donc besoin de maintenir un contact étroit avec le corps de la mère pour satisfaire les exigences de sa sensibilité kinesthésique et musculaire* ». Ainsi, ce contact de peau à peau permet à l'enfant de sentir la chaleur, l'odeur et d'entendre la voix de sa mère. Cette dernière le berce, le caresse ce qui induit une régulation, un apaisement et rassure le nourrisson.

²³ POTE C., *Psychomotricité, entre théorie et pratique*, Ed. In press, page 163.

²⁴ Ibid.

²⁵ ANZIEU D., *Le moi-peau*, page 34.

A la naissance, le nouveau-né présente une immaturité physiologique, Wallon parle de **néoténie**. Cet état d'inachèvement rend nécessaire que les parents comprennent les besoins indispensables du bébé, il ne peut vivre seul et a besoin de son entourage, de son environnement pour pouvoir se développer. Par là, les parents doivent adopter une écoute et une attitude adaptées envers leur enfant pour répondre à ses besoins indispensables. Winnicott dira « *Un bébé seul, ça n'existe pas* ».

Lorsque le nouveau-né arrive dans le monde extérieur, il est assailli de stimulations sensorielles. De part son immaturité neuronale, il est en incapacité de les recevoir, les identifier et les intégrer. C'est sa mère, par le biais de paroles, de gestes, de massages qui va jouer le rôle de pare-excitation. Bion parle de la **fonction Alpha**. L'enfant ressent des informations brutes (impressions, sensations, émotions), appelés élément Bêta, qu'il ne peut pas mentaliser. La fonction alpha, établit par la mère, va permettre de transformer ces contenus bruts, impassables, en contenus psychique qui sont « bons à penser ».

A travers ce toucher mère/enfant se joue également ce que John Bowlby appelle ***l'attachement***. L'attachement est un besoin primaire et impératif de l'enfant au même titre que le besoin alimentaire. Il définit comme comportement d'attachement, tout comportement visant à induire et maintenir le contact entre le nouveau-né et la personne qui s'occupe de lui. Ces conduites se retrouvent dans le besoin de succion, d'étreinte, de cri, de sourire et d'aller vers l'autre. Ainsi le nourrisson, par ses actions, souhaite induire et faire perdurer un contact physique qui est important pour lui. Toutes les manières de regarder, parler, toucher l'enfant, constitueront les supports de communication qui vont permettre l'établissement de la relation. Cela constituera un étayage affectif, un socle émotionnel sur lequel l'enfant construira *sa confiance en soi* et son *estime de soi*.

Winnicott aborde deux perspectives dans lesquelles l'environnement doit intervenir pour permettre la maturation du Moi de l'enfant :

- **Le holding**, qui veut dire maintien, est la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce sont les soins maternels qui lui sont apportés qui soutiennent le Moi de l'enfant encore immature. Cette fonction va aboutir à la construction du *Self* de l'enfant. Le holding va mettre en place le sentiment d'exister et de se sentir comme un être différencié.

- **Le handling** signifie le maniement. Il représente la manière dont l'enfant est traité, soigné et manipulé. Celui-ci participe au développement du fonctionnement mental ainsi que la reconnaissance de l'interaction et la relation soma-psyché.

Grace à ces fonctions, le bébé peut se sentir en sécurité, rassuré, contenu, ce qui va permettre qu'il s'investisse lui-même.

Ce sentiment de continuité d'être, que Winnicott appelle le self, va permettre l'émergence du ***sentiment d'identité***. Le self s'accompagne du sentiment d'estime de soi, le narcissisme. Ce

sentiment d'identité se constitue en se reposant de façon permanente sur les processus d'identification d'autrui et à autrui, c'est ce qui permet de constituer ce processus d'identité.

L'enfant communique d'abord avec son corps, c'est un être de langage mais qui est d'abord corporel. Va s'instaurer entre celui-ci et sa mère un dialogue non-verbal d'ordre tonique. Julian de Ajuriaguerra parle de **dialogue tonico-émotionnel** en approfondissant la notion de « **dialogue tonique** » proposé par Wallon. En effet, du fait de son immaturité, le nourrisson est complètement dépendant de la mère et va communiquer ses émotions, son état, par des vocalises et des réactions toniques. La mère interprétera ces signaux et y répondra de manière corporelle (variations toniques, mimiques, tonalité de la voix...). Ce dialogue tonico-émotionnel sera le reflet des états émotionnels des deux êtres avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre. Cela va participer à nourrir la corporéité de l'enfant.

Ainsi, le toucher entre un nouveau-né et sa mère est un élément incontournable au bon développement psychocorporel du bébé. Toutefois, que se passe-t-il lorsqu'un enfant se retrouve privé de contact ? Spitz a observé que des nouveau-nés privés de tout contact et étant seulement satisfaits de leur besoin alimentaire pouvaient développer un état de détresse important pouvant entraîner la mort. Il parle d'**hospitalisme**. Un bébé qui n'est pas touché n'aura pas de stimulation de ces récepteurs et ces derniers ne deviendront pas sensibles. De plus, le toucher permet au système nerveux de se développer, ce qui fait qu'une carence de toucher pourra induire des troubles tels que des *retards de développement psychomoteur*, un *dysfonctionnement de ses limites corporelles* et de son *schéma corporel* ainsi que de son *rapport aux autres*. De ce fait, la privation de contact, de toucher va induire des conséquences graves chez le nourrisson.

En outre, pour vivre, le bébé a inévitablement besoin d'être touché, pris dans les bras, rassuré par le biais des caresses, des étreintes lui apportant des sensations sécurisantes dont il a besoin et qui lui procure la sensation d'exister. C'est un mode de contact naturel et privilégié chez l'enfant.

De ce fait, le toucher par la peau, « *de tous les organes, c'est le plus vital : on peut vivre aveugle, sourd, privé de goût et d'odorat. Sans l'intégrité de la majeure partie de la peau, on ne survit pas*²⁶ ».

Le toucher laisse des empruntes qui fait que, chez l'adulte, « *sa communication à l'autre, intégrant ou non le toucher, est souvent en écho de la façon dont il a été lui-même touché, enfant*²⁷ ». Cela nous fait comprendre que le rapport que l'on entretient avec ce sens est personnel et connoté de nos expériences antérieures, notamment durant l'enfance. Les caractéristiques de la relation avec l'adulte qui ont pris soin de nous, sources d'émotions, vont

²⁶ Ibid, pages 35-36.

²⁷ POTEL C., *Psychomotricité, entre théorie et pratique*, page 126.

influer sur toute notre vie relationnelle. C'est à partir de laquelle nous ressentirons émotionnellement les gestes, les paroles et les regards des autres. Ces sensations seront, plus tard, modulées en fonctions de nos critères et valeurs ainsi que par les critères de la société. De ce fait, le toucher *n'est pas un sens privilégié chez tous les individus*.

M. D, résident à l'UHR, présente des troubles du comportement tels qu'une désinhibition, une déambulation et un comportement pouvant être agressif. Ce monsieur a toujours refusé de participer aux ateliers thérapeutiques et accepte difficilement le contact. Malgré les bienfaits que pourrait apporter ce médiateur, une prise en soin psychomotrice axée sur le toucher thérapeutique ne serait pas adaptée pour ce résident étant donné son aversion pour celui-ci. Le toucher n'est donc pas un sens privilégié pour tous.

Progressivement, les corps prendront de la distance et le toucher laissera place au langage. Les mots deviendront assez rapidement privilégiés dans le mode de communication. Cette séparation facilitera la défusion mère/enfant et la constitution du Moi/non Moi.

Au regard de toutes ces théories, on peut penser que tout ce qui se joue dans les premiers mois, les premières années de vie va avoir un impact considérable sur le développement futur de l'enfant. Cette période sensible va laisser des traces mnésiques au niveau cutané, musculaire et émotionnel. Ces traces seront « *d'autant plus agissantes qu'elles seront souterraines, profondément inconscientes puisque recouvertes par les acquisitions ultérieures, et peu accessibles par le langage symbolique et l'expression verbale*²⁸ ».

Ainsi, le toucher pour le nouveau né est l'équivalent d'un langage, il a du sens. Tout passe par les sens et ce n'est qu'après que tout s'élabore. C'est la façon dont va être reçu, traité, organisé toutes les informations sensorielles qui vont ensuite permettre une perception qui sera ensuite transformée en représentation. Il va permettre de passer à un stade du tout somatique à la naissance d'une élaboration psychique.

Egalement, le toucher contribue à l'intégration psychocorporelle du nourrisson participant à l'élaboration de son schéma corporel et son image du corps.

²⁸ PRAYEZ P., *Le toucher apprivoisé*, page 124.

2- Qu'en est-il dans la démence ?

« *La régression qui accompagne toute maladie réveille le tout petit enfant qui sommeille en chaque adulte*²⁹ ». Nous pouvons établir un lien entre le nouveau-né et la personne âgée démente à stade avancé. Pour les deux, les sensations et les affects sont directement inscrits dans le corps, sans symbolisation possible et de ce fait, le langage corporel prime. Tout deux sont dans un état archaïque et expriment par le biais de leur corps leur état affectif et émotionnel à autrui.

Les bouleversements physiques, psychologiques et sociaux liés au vieillissement peuvent être responsables de l'isolement chez nos aînés entraînant un ***manque de contact physique***, de toucher. De ce fait, plus on avance dans l'âge, moins il y a de contact avec autrui.

Pourtant, « *plus une peau est touchée, caressée, plus le seuil de la sensation s'abaisse, plus elle devient sensible et réceptive*³⁰ ». Le toucher comme les autres sens, peut perdre de sa sensibilité s'il n'est pas suffisamment stimulé.

De plus, en institution, le toucher est souvent dédié aux soins techniques tels que la toilette, les pansements... et non dans une recherche de bien-être et de plaisir. « *Le toucher est sans doute l'un des tout premiers sens à apparaître, c'est le plus souvent, avec le grand âge, le dernier à disparaître*³¹ », cela révèle bien l'importance de ce sens chez une personne.

a) Selon Marion PERUCHON

Dans la démence, toutes les fonctions du Moi-peau sont mises à mal par le dysfonctionnement global qu'entraîne la maladie. Marion Peruchon, psychologue clinicienne travaillant dans le champ de la gérontologie psychanalytique, se pose la question des rapports entre les altérations physiologiques dues à l'âge auxquelles se rajoute la démence et la modification du moi-peau³².

Il en ressort que la fonction de maintenance du psychisme, qui se développe par l'intériorisation du holding maternel ne peut plus être garantie en raison de la désintégration massive du processus démentiel. On peut remarquer, chez certains sujets, ***une angoisse de perte de l'objet-support*** se traduisant par un ***agrippement démesuré à l'autre***.

La fonction contenante ne joue plus son rôle. Les limites du dedans et dehors ne sont plus assurées ce qui entraînent de ***grandes confusions et des angoisses liées à la fuite du contenu*** (perte des représentations de mots : « je perds mes mots, je deviens folle »). La

²⁹ Ibid, page 125.

³⁰ Ibid, page 4.

³¹ Ibid, page 6.

³² PERUCHON M., « *Du moi-peau : applications à la gérontologie et à la ritualité* », Psychologie clinique et projective, N° 7, pages 45-54.

mémoire fait défaut, la personne démente ne pourra plus mémoriser de nouveaux événements et donc le rôle conservateur du moi-peau ne peut plus avoir lieu.

La fonction de pare-excitation aussi ne tient plus son rôle amenant *des angoisses d'intrusion, de vol...*

La fonction d'individuation de soi, construite à travers la stabilité des limites et des repères ne peut plus se maintenir. Cela est illustré par *les troubles de l'identité* avec l'oubli du nom de leur enfants, leur propre nom, ne reconnaissant plus leur enfant ou prenant celui-ci pour leur conjoint ou inversement.

Et également la fonction d'intersensorialité est défaillante ce qui favorise le fonctionnement indépendant et anarchique des organes. Il y a une non reconnaissance d'objet et de leur fonction, *l'environnement devient comme étranger*.

Des perturbations de cette fonction de Moi-peau risquent d'entraîner un défaut de la sécurité de base qui pourra engendrer une vulnérabilité, une fragilité, des troubles du comportement ainsi que des troubles de l'image du corps et du schéma corporel.

On peut alors faire l'hypothèse qu'au travers du toucher thérapeutique, le psychomotricien pourrait induire une sécurité, une contenance (en reprenant les fonctions de handling et de holding), un soutien ce qui permettrait à la personne démente de s'apaiser, de vivre son corps et son environnement de manière plus sereine. Et par là, entraîner une réduction, un apaisement au niveau des troubles du comportement.

b) Pistes de soin par l'intermédiaire du toucher en réponse aux impacts psychocorporels et aux troubles du comportement de la démence

Au niveau du schéma corporel

Julien de Ajuriaguerra nous donne une définition du schéma corporel : « *Edifié sur des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remanié 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* ».

Le schéma corporel se construit tout au long de notre vie par le biais de nos expériences. Ainsi, la structuration et la représentation de la conscience du corps s'effectue à partir de sensations intéroceptives et extéroceptives. C'est par celles-ci que notre schéma corporel est perpétuellement remanié avec, en plus, les données du passé intégrées au sein de notre mémoire (sensorielle, épisodique, sémantique et procédurale).

Dans la démence, les atteintes cognitives et les troubles du comportement peuvent entraîner une certaine restriction voire une perte totale de la marche et du mouvement. De ce fait le corps est moins sollicité et devient de plus en plus désinvesti. Plus les mouvements sont rares et plus le schéma corporel va se déstructurer rapidement.

De plus, l'atteinte de la mémoire va entraîner une réduction de la capacité à créer de nouvelles représentations et celles déjà présentes vont se désagréger. Avec ça, le sujet ne pourra plus identifier et nommer les différentes parties de son corps. La réactualisation du schéma corporel est interrompue, tous les événements vécus par le corps vont être oubliés. De ce fait, le corps du sujet peut devenir étrange, inconnu. Le schéma corporel est altéré, seuls restent les sensations et les programmes moteurs.

Pistes de soin au travers du toucher sur le schéma corporel

Le toucher thérapeutique va tenter de redonner une *prise de conscience du corps* en passant par *la sensation*. En effet, il va induire des sensations qui se veulent agréables favorisant un *réinvestissement corporel*. Pour cela, le psychomotricien s'attachera à induire chez le sujet des sensations d'enveloppement, de contenance et de solidité qui permettront une réunification du schéma corporel. Accompagner le toucher par des verbalisations des membres stimulés sollicitera la mémoire sémantique et participera à ce réinvestissement.

De plus, il « peut permettre de réveiller la mémoire corporelle, de libérer les émotions retenues depuis longtemps, de réorganiser la structure corporelle et, partant, de modifier la relation entre le patient et sa vie³³ ».

Au niveau de l'image du corps

Françoise Dolto fait le lien entre schéma corporel et image du corps. Selon elle, « *le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine, l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire³⁴* ». Elle définit l'image du corps comme une construction inconsciente, imaginaire résultant de nos expériences émotionnelles, affectives, relationnelles que nous projetons sur notre propre corps. De plus, « *c'est grâce à notre image du corps portée par - et croisée à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui³⁵* ».

Dans la démence, l'image du corps est altérée. Les atteintes du vieillissement sensoriels et les perturbations cognitives induites dans la démence altèrent la représentation du corps du sujet et entraînent une dévalorisation de l'image du corps. Le corps change, devient « ingérable », voire étranger. Ce sentiment peut entraîner une perte d'estime de soi et

³³ CHARPENTIER E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, page 11.

³⁴ DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Ed. du Seuil, page 22.

³⁵ Ibid.

à terme, une perte d'identité chez le sujet dément. Dans un stade avancé de la maladie, les sujets désinvestissent complètement leur corps.

Piste de soin au travers du toucher sur l'image du corps

Le toucher, par les sensations agréables associées à la notion de plaisir qu'il induit, favorisera une revalorisation du corps et de l'image du corps. En effet, le fait de revivre des sensations positives pourra permettre de renouer des liens avec un corps qui est encore capable de sentir et ressentir des choses, un corps présent et fonctionnel. Le corps peut être réinvesti comme un lieu de plaisir et cette fonction revalorisante du toucher tentera de retrouver une image du corps moins brisée au sujet.

Au niveau du tonus

Le tonus se définit comme « *l'état de légère contraction musculaire qui n'aboutit pas au mouvement mais assure la résistance à la pesanteur, qui fixe les articulations dans une position déterminée et donc maintient la posture lors de l'exécution du mouvement. Cette contraction est isométrique, permanente et volontaire*³⁶ ». Aussi, le tonus est étroitement lié aux émotions. Lorsque nous ressentons une émotion, celle-ci s'accompagne toujours de manifestations toniques et vice versa, lorsque nous modulons notre tonus, par la relaxation par exemple, l'état émotionnel peut être impacté. H. Wallon nous dit que « *les émotions, sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire*³⁷ ».

Comme nous l'avons vu, la personne âgée à une force musculaire réduite avec une modification du tonus postural, une altération de la motricité globale et de coordination. Ces modifications peuvent induire un trouble de l'équilibre qui pourra lui entraîner des chutes. De plus, avec la démence et l'apparition des troubles du comportement, le tonus sera modulé en fonction de l'état émotionnel. En effet, si le sujet est angoissé, cela peut se refléter par une déambulation et donc une certaine hypertonie, ou s'il exprime plus une anhédonie, une dépression, on pourra plutôt observer une certaine hypotonie de l'axe et des membres.

Pistes de soin au travers du toucher sur la fonction tonique

Le toucher fait appel au dialogue tonico-émotionnel. Le psychomotricien, par son écoute et son observation fine du langage corporel va allier son tonus à celui de la personne afin de l'accompagner dans ses modifications toniques. « *Nos émotions sont particulièrement sollicitées quand nous rencontrons un être dans une relation de peau*³⁸ », ainsi, ce dialogue va

³⁶ ALBARET J.M., GIROMINI F., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Ed. De Boeck-Solal, page 36.

³⁷ Ibid. page 175.

³⁸ POTEL C., *Entre théorie et pratique*, page 128.

induire des émotions, des états toniques qui seront en résonance entre les deux sujets. De ce fait, le psychomotricien pourra déceler des tensions et s'ajustera afin de rendre ce moment le plus opportun à une disponibilité et une détente psychocorporelle.

Le toucher peut être procuré par le biais d'un médiateur (une balle, un foulard...) permettant une certaine distance entre les deux sujets. Le psychomotricien s'adaptera à la distance que la personne peut tolérer en fonction de sa bulle de confort³⁹. Ainsi, « *le toucher traverse l'espace de protection et introduit une relation d'intimité*⁴⁰ ».

En outre, le toucher va tenter de favoriser une détente caractérisée par une baisse de l'état tonique et un relâchement musculaire.

Le contact de l'autre sur la peau va entraîner des réactions émotionnelles. Le toucher est à double tranchant, il peut être vécu comme apaisant, agréable ou alors comme une agression. Dans ce cas, il est préférable d'y mettre fin et de passer par d'autres canaux de communication.

Au niveau de la communication

Lorsque nous communiquons de manière verbale, notre corps s'exprime simultanément afin d'appuyer ou infirmer notre discours. Le langage passe d'abord par le corporel avant le verbal. Selon F. Dolto, nous communiquons avec notre corps à 85% et on ne retient que le corporel. Le corps et les attitudes non-verbales nous indiquent notre disponibilité. C'est la communication non verbale. Corraze la définit comme « *l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain* ». Elle fait référence à toutes les dimensions du langage corporel : le regard, les gestes, le tonus, la posture, les expressions faciales, les réactions de prestances et le contact cutané.

Par nos sens, nous recevons tout ce qui accompagne la parole, notre regard perçoit tout ce que le corps de l'autre nous communique, l'oreille entend les intonations de la voix... Cela participe à enrichir notre communication. De plus, tous ces phénomènes sont associés à notre monde émotionnel. Nos émotions s'expriment à travers des manifestations neurovégétatives, notre posture, nos gestes..., témoignant ainsi d'un lien très étroit entre la communication non verbale et les émotions.

Bien souvent dans la démence, alors que la communication verbale a disparu, la communication non-verbale perdure. Elle va jouer un rôle essentiel dans le maintien de l'échange tant au niveau de l'expression que de la compréhension. Les gestes, les mimiques, les regards, la tonicité, les attitudes... peuvent renforcer voire remplacer nos paroles. Ainsi, « *le corps est vecteur d'expression. Il véhicule nos affects, nos émotions, tout un langage infra*

³⁹ J'appelle « bulle de confort » l'espace que la personne âgée démente accepte entre elle et une autre personne sans que ce soit vécu comme intrusif et désagréable.

⁴⁰ POTEL C., *Entre théorie et pratique*, page 126.

verbal qui occupe une place importante dans la communication, même s'il n'emprunte pas le chemin des mots⁴¹ ». Les sujets déments sont particulièrement réceptifs à cette communication et perçoivent les émotions communiquées par le corps.

Mme P., résidente à l'UHR, a pour habitude de venir nous voir, la psychomotricienne et moi, dans le bureau durant la rédaction de comptes rendus. Ce jour là, nous étions pressés par le temps et devons faire vite. Mme P. ouvre la porte à ce moment ; nous l'invitons à entrer. Après un instant, elle nous dit « Je vois bien que je vous dérange, je repasserai plus tard ». Ainsi Mme P., malgré ses difficultés de compréhension, a pu comprendre par le biais de la communication non-verbale et notre langage corporel (état tonique, postures, intonation de la voix, attitudes...) que nous étions occupées et donc pas disponibles. De plus, cette dame présente des troubles au niveau langage. Dans cette situation elle a pu s'exprimer dans un langage cohérent et adapté.

Pistes de soin au travers du toucher sur la communication

La peau étant un organe particulièrement réceptif, on la considère comme un organe de communication. La peau est chargée de notre vécu, notre histoire, ainsi en touchant la peau, nous touchons l'Être de la personne. La rencontre tactile entre le psychomotricien et la personne atteinte de démence va permettre la mise en place d'une communication non-verbale lorsque la parole s'avère inefficace. Cette communication s'établit à travers le dialogue tonico-émotionnel, les modulations toniques, les réactions, les émotions ainsi que par la voix et le regard.

Le toucher possède une particularité : il induit une réciprocité, celui qui touche est lui-même touché. Il permet l'élaboration « d'une prise de conscience, une découverte de son corps, puis peu à peu une maîtrise de la relation à l'autre ; d'abord avec le thérapeute puis avec les autres dans son environnement habituel⁴² ».

Ainsi, la démence altère des fonctions importantes dans la vie d'un individu. Elle touche au corps propre, en relation avec autrui et son environnement. Ces troubles contribuent à l'émergence d'angoisses, de peur et de ce fait à l'expression de trouble du comportement.

De surcroît, il est possible qu'une personne se mette à douter de son identité causé par l'absence de relation avec les autres Hommes. La question qui se pose est : suis-je bien encore un homme si plus personne ne me regarde, ne me parle, ne me **touche** ?

⁴¹ POTEL C., *Le corps et l'eau*, Ed. Eres, page 18.

⁴² THIVEAUD M., *Le toucher en thérapie de relaxation psychomotrice*, Thérapie psychomotrice et recherches, N°121, page 14.

Comme nous l'avons vu, les nourrissons ne peuvent pas grandir et se construire s'ils ne sont pas en contact avec des hommes. Avec la vieillesse, la démence, les relations deviennent problématiques, plus rares et même disparaissent... Le toucher devient alors un toucher « utile », notamment en institution. Il est primordial de garder en tête qu' « *en te regardant, en te parlant, en te touchant, je te reconnais comme homme... et tu me reconnais comme homme en me renvoyant mon regard, en me répondant, en me touchant à ton tour*⁴³ ». L'homme, même à l'état le plus avancé de démence, qui ne communique et ne bouge plus, continue de percevoir, et reste un être de relation. Le toucher peut être un élément de réponse pouvant avoir une incidence sur la personne, permettant d'apaiser les troubles et de se sentir considéré, reconnu et exister dans les mains de l'autre.

C- Le toucher en psychomotricité

Qu'est ce qui fait la différence entre un toucher pratiqué par une personne lambda et celui fait par un psychomotricien ?

Pour répondre à cette question nous allons reprendre la définition du mot « toucher ». Il se définit comme « *mettre sa main au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur, etc.*⁴⁴ » ou encore « *être, entrer en contact physique avec quelque chose, quelqu'un*⁴⁵ ». La référence au toucher véhicule des représentations diverses, au-delà des enjeux thérapeutiques. Il renvoie à des vécus personnels, à des raisonnements groupales et culturelles pouvant faire référence à la sexualité génitale.

En psychomotricité, le toucher thérapeutique est une médiation corporelle, sensorielle, incluant des indications, des objectifs et un cadre thérapeutique précis. Le psychomotricien est conscient du caractère ambigu qu'induit ce médiateur et fera en sorte de garder une présence et une distance juste et adaptée. Toutefois, il est difficile de savoir ce que ressent la personne qui reçoit le toucher et ce que ça provoque chez elle.

De plus, le psychomotricien possède une vision, une lecture psychomotrice qui lui est propre. Il s'intéresse à la manière dont le sujet perçoit son corps, se le représente ainsi que la manière dont il s'en sert pour investir son environnement, exprimer ses émotions et entrer en relation. Le sujet est pris en compte dans **sa globalité**. De ce fait, le psychomotricien considère la personne dont il prend soin, comme étant capable de penser, ressentir, éprouver et non pas seulement par le biais de sa maladie. Pour différencier l'approche psychomotrice, nous nous intéresserons à la formation du psychomotricien, au cadre thérapeutique et à la distance relationnelle.

⁴³ GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude*, Ed. Bibliophane, page 41.

⁴⁴ Dictionnaire Larousse.

⁴⁵ Ibid.

1- L'élaboration d'un savoir-faire et d'un savoir-être psychomotricien

L'étudiant en psychomotricité bénéficie d'un enseignement théorico-clinique incluant des cours théoriques, des pratiques corporelles et des stages.

Par les ateliers proposés durant sa formation, il expérimente un certain nombre d'états corporels et apprend à y être particulièrement attentif. De plus, « *cette exploration s'accompagne d'une verbalisation nécessaire à la prise de conscience et à la connaissance*⁴⁶ ». Cela lui permet d'être sensibilisé à une écoute corporelle qui va passer par la sensorialité et la communication non-verbale. De ce fait, il va pouvoir développer son vécu et sa conscience corporelle et donc mieux *se connaître*. Il est important de se connaître soi-même pour percevoir ce que l'on peut renvoyer à l'autre.

Un atelier de « toucher-massage » est proposé durant sa troisième année. L'étudiant va expérimenter la pratique du toucher en étant receveur et en le pratiquant sur autrui. En proposant un toucher, il va apprendre à être attentif à la communication non-verbale et de ce fait, il modulera ses gestes, son corps en fonction de ce qu'il perçoit, de ses ressentis. En étant receveur, il va pouvoir éprouver, sentir et ressentir ce qu'induit le toucher.

Ainsi, le toucher tient d'un *savoir-faire* issu de l'expérience qui s'acquiert avec le temps et la pratique et requiert également d'un *savoir-être* qui ne peut venir que d'une prise de conscience des ressentis personnels. Les deux sont entremêlés. *En apprenant à faire, il apprend à être psychomotricien.*

2- Le cadre thérapeutique

Pour toute thérapie corporelle, il nous faut définir un cadre. Celui-ci va se construire à partir de la mise en place d'un projet et des indications posées. Il est pensé, réfléchi et établi par le psychomotricien.

Le cadre comprend le lieu, l'aménagement du lieu, la durée de la séance, la périodicité. Il va délimiter la séparation entre le dedans et le dehors. C. Ballouard nous dit qu'un cadre contenant est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître.

Le cadre définit les places et rôles de chacun. Il implique des règles implicites et explicites connues des deux individus. Dans le cadre d'un toucher thérapeutique, les actes seront contraints par des interdits clairement posés. C'est-à-dire que le toucher « *ne s'adresse*

⁴⁶ POTEL C., *Etre psychomotricien*, Ed. Eres, page 427.

qu'à la surface du corps, et à la peau, ne s'autorisant aucune exploration des muqueuses, cavités et invagination, prohibant toute intervention intrusive. Il ne s'adresse pas plus aux zones intimes et sexuelles, respectant l'interdit de la séduction⁴⁷ ». Également, le toucher s'accompagne d'une invitation à la verbalisation du sujet, à l'écoute de sa pensée et de sa parole.

Le psychomotricien est garant de la sécurité psychique et physique du sujet.

3- Le toucher et la distance relationnelle

Chaque personne possède une « bulle » autour d'elle. Celle-ci nous signale la distance que nous tolérons entre une personne et nous-mêmes. Dans nos interactions, nous adaptons cette bulle en fonction du degré d'intimité que nous entretenons avec notre interlocuteur. Si jamais quelqu'un d'inconnu entre dans cette bulle alors qu'il n'y a pas été autorisé, la personne peut avoir la sensation d'une intrusion dans son intimité et de ce fait peut devenir agressive.

Le psychomotricien, en l'ayant vécu durant sa formation, est conscient de cette distance, il est réceptif à ses ressentis et à ce qu'il perçoit de l'autre. Il reste attentif à garder et respecter une « juste distance » avec le sujet.

L'anthropologue E. T. Hall s'est intéressé à la perception culturelle de l'espace et a développé la notion de proxémie. La proxémie représente la distance physique qui s'établit entre deux personnes lors d'une interaction. Cette distance est établie selon les normes culturelles des individus en fonction de la situation dans laquelle ils se trouvent. La classification des différentes distances relationnelles chez l'homme selon Hall a été réinterprétée par Mabilot. Il décrit 4 distances. *La distance public* de 3,6 à plus de 7 mètres, *la distance sociale* de 125 à 360 centimètres (cm), *la distance personnelle* de 45 à 125 cm et *la distance intime* en corps à corps ou de 15 à 45 cm. Dans le cadre d'un toucher thérapeutique, nous nous situons dans la distance dite « intime ». L'auteur nous indique que si une intrusion a lieu dans cette bulle, elle peut provoquer une gêne, du stress ou encore être considérée comme une agression.

De ce fait, il est nécessaire et impératif de demander l'accord de la personne pour pouvoir entrer dans sa bulle afin de ne pas être intrusif et générer des angoisses.

En outre, le toucher thérapeutique regroupe l'ensemble des approches utilisant le toucher comme médiation. Dans sa pratique, le psychomotricien s'appuie sur des techniques, des outils et doit également posséder des qualités indispensables. Il doit faire preuve d'une

⁴⁷ GIROMINI F., ALBARET J-M., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques*, Ed. DeBoeck-Solal, page 299.

écoute attentive, d'une attitude empathique⁴⁸, d'une écoute corporelle, d'une disponibilité et de créativité. Il est impliqué autant corporellement que psychiquement, « *la médiation corporelle se voit ainsi fondée sur l'invitation et l'engagement dans l'interaction corporelle, à l'éprouvé d'un corps-en-relation*⁴⁹ ».

⁴⁸ D'après C. Rogers, l'empathie est la capacité de percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composant émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ». Le psychomotricien tentera alors de se mettre à la place de l'autre tout en ayant un regard différent et une distanciation par rapport à lui-même afin de pouvoir percevoir et reconnaître les indices verbaux et non-verbaux suggérant des états émotionnels.

⁴⁹ POTELE C., *Entre théorie et pratique*, page 31.

Chapitre 3 : Etudes de cas : accompagnement par le toucher lors d'un bain thérapeutique et en séance Snoëzelen

A- Le contexte de prise en soin

L'institution dans laquelle j'ai réalisé mon stage durant 8 mois est une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR). Celle-ci a ouvert ses portes en février 2002, d'abord en tant qu'Unité de Soins de Longue Durée et depuis janvier 2013 en tant qu'UHR. Elle est rattachée au centre hospitalier intercommunal.

L'unité Alzheimer est un lieu de vie accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, à un stade avancé, avec des troubles du comportement ayant de fortes répercussions sur la vie quotidienne. Les personnes sont donc dépendantes au niveau physique et psychique.

Actuellement, vingt-sept résidents sont accueillis au sein de la structure. L'Unité est entièrement agencée au rez-de-chaussée. La connaissance d'un code est nécessaire pour la sortie assurant la sécurité des résidents (notamment pour ceux qui déambulent).

L'Unité dispose d'un lieu de vie de 240 m², espace le plus grand de la structure, dans lequel se déroulent les principales activités des résidents : les repas, les activités, divers échanges entre les résidents et les soignants ainsi que les visites des familles ou de l'entourage. Une cuisine américaine est ouverte sur ce lieu de vie, permettant de garder une certaine dynamique lors des différents temps de la journée. Les résidents peuvent, s'ils le souhaitent, aider les soignants à mettre la table, nettoyer... Cela permet également une stimulation sensorielle lors de la préparation des repas.

Trois petites unités distinctes (verte, jaune, bleue), dans lesquelles sont situées les chambres des résidents, entourent et sont ouvertes sur le lieu de vie.

L'Unité dispose de trois jardins sécurisés : un jardin avec une fontaine, un avec des arbres fruitiers et un autre axé sur la stimulation sensorielle et motrice. Chaque chambre donne accès à un des trois jardins et tous les résidents peuvent aller et venir selon leurs envies.

Le lieu de vie donne également sur les bureaux des infirmiers, du médecin, de la psychomotricienne, de la cadre de santé et de la salle de réunion. Nous avons à disposition une salle d'activité, une salle Snoëzelen et une salle où ont lieu les bains thérapeutiques. Ces deux dernières sont généralement utilisées par la psychomotricienne.

La conception de l'environnement physique de l'Unité est adaptée à la population accueillie, les éléments tels que l'espace, la déambulation, la luminosité, les couleurs, les sources de bruits... sont pris en compte.

1- La population accueillie

Une personne est admise à l'UHR à condition qu'elle réunisse les critères d'admissibilité suivant :

- Avoir une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (critères DSM IV)
- Des troubles du comportement sévères mesurés par un score strictement supérieur à 7 à un des items de l'échelle NPI-ES, concernant seulement les troubles perturbateurs suivants : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, désinhibition, exaltation de l'humeur/euphorie, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant.
- Avec une échelle de retentissement du NPI-ES à 5
- Mobile, capable de se déplacer seule, y compris en fauteuil roulant
- N'ayant pas de syndrome confusionnel⁵⁰

A chaque nouvelle entrée d'un résident dans l'institution, un projet de vie personnalisé est mis en place afin de proposer une prise en soin adaptée. Le projet de vie est établi avec l'aide d'un proche du résident, qui est invité à retracer l'histoire de la personne afin de répertorier les habitudes de vie, les goûts, les activités et les éléments autobiographiques. Ces informations sont réunies dans le dossier du résident comprenant aussi les antécédents médicaux et les examens réalisés et il doit être connu de tous les professionnels de l'Unité. Chaque nouvel élément est nécessairement transposé dans le dossier, il est donc mis à jour régulièrement.

Les résidents ayant une baisse significative de leurs troubles du comportement et ne rentrant plus dans les critères du NPI (tous les critères du NPI-ES étant inférieurs à 3 pendant un mois) sont généralement transférés dans une autre institution (EHPAD...).

Pour veiller au bon fonctionnement de l'Unité, une équipe pluridisciplinaire est présente au sein de la structure.

⁵⁰ C'est un syndrome clinique fréquent caractérisé par une désorganisation aiguë de l'ensemble des fonctions cognitives et comportementales, mais n'étant pas due à des lésions structurelles du cerveau.

2- L'équipe

L'équipe soignante, principalement impliquée dans le quotidien des résidents, se compose d'infirmier(e)s (IDE), d'aides-soignant(e)s (AS), d'aides médico-psychologiques (AMP) et d'agents des services hospitaliers (ASH). Elle est sous la direction d'une cadre de santé. Un médecin gériatre, une psychologue à 50% et une psychomotricienne à 80% sont également présents. Les spécificités de ces différents professionnels permettent un regard croisé et un accompagnement global du résident. La construction du projet de vie personnalisé du résident prend sens et devient cohérent par les observations et l'apport de chaque professionnel.

Afin d'assurer une présence permanente et une continuité dans les soins, l'équipe soignante (IDE, AS et ASH) est présente sur trois temps de la journée : le matin (6h45-14h15), l'après-midi (13h45-21h15) et la nuit (20h45-7h15). Des réunions sont organisées afin de transmettre les informations et les événements importants.

Plusieurs types de réunions sont réalisées au sein de l'Unité :

Des transmissions : elles se déroulent quotidiennement et à chaque changement d'équipe soignante permettant d'assurer le suivi de la santé et des soins prodigués aux résidents ainsi que de communiquer et échanger sur les éventuelles situations « problématiques ».

Des réunions de synthèse : elles sont organisées en équipe tous les vendredis avec pour objectif de refaire un point sur l'état de santé global d'un résident et de ses capacités. Cela permettra d'améliorer la connaissance des intervenants sur les différentes prises en soin (la toilette, les repas, les ateliers thérapeutiques...) en apportant une vision globale du résident. Ces réunions vont permettre une mise à jour des dossiers des résidents et des projets de soin, et une mise en sens d'évènement ou comportement.

Groupe copilote humanitude : à raison d'une par mois avec pour objectif de réévaluer les techniques de prise en soin (mise en place de toilettes évaluatives...).

Des réunions d'ajustement : elles ont lieu tous les vendredis avec un membre de chaque profession, dans l'optique d'évaluer l'accompagnement global du résident (prises en soin thérapeutiques, troubles du comportement, ateliers...) afin d'ajuster le soin (en attendant la synthèse).

Des réunions avec la nutritionniste : une fois par mois afin de mettre en place ou d'ajuster les stratégies alimentaires.

La maladie progressant de plus en plus et altérant les capacités du sujet de manière globale, les personnes accueillies au sein de l'UHR n'ont pas de perspective de guérison. Les soignants intervenant auprès des résidents essaient de préserver au mieux leur autonomie en valorisant et stimulant les capacités restantes, en améliorant leur qualité de vie et en proposant

des activités adaptées. Tout cela dans le respect de leur individualité, de leur personnalité et de leur dignité. Dans cette optique de soin, tout soignant entrant à l'Unité est formé à la prise en soin de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ainsi qu'aux diverses techniques de soin relationnel. Le nouveau soignant travaille en binôme avec un professionnel expérimenté, le temps de son adaptation.

Toute l'équipe est donc formée aux savoirs, attitudes spécifiques, compréhension et adaptation face aux difficultés des résidents accueillis, en référence à la philosophie de soin de l'Humanité proposée par Y. Gineste et R. Marescotti.

3- Philosophie de soin de l'Unité

L'Humanité

En reprenant les propos de A. Jacquard, Y. Gineste et R. Marescotti définissent l'humanité comme l'ensemble des particularités qui permet à un homme de se reconnaître comme faisant partie de l'espèce humaine (humanité) ou de reconnaître les autres comme faisant partie de l'espèce humaine. Selon eux, un être humain ne peut vivre que s'il est en lien d'humanité avec les autres.

Cette philosophie utilise **la capture sensorielle** comme élément fondamental pour aborder le soin. Elle comprend trois étapes :

- Les préliminaires, incluant le regard, la parole et le toucher. **Le regard** est le premier canal de mise en humanité, il doit exprimer amour, tendresse, fierté, reconnaissance. De plus, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont une vision en « tunnel », elle ne voit pas sur les côtés, le regard doit donc être proche, axial, horizontal et doit durer dans le temps. **La parole** accompagne le regard. Elle comprend le ton et les mots. Le ton doit être audible, doux et calme et les mots choisis sont toujours dans un registre positif. **Le toucher** vient conclure la mise en relation, c'est le fondement du soin car il fait parti de la communication non-verbale. Il doit être contenant et sur un mode relationnel.

- **Le rebouclage sensoriel** qui consiste à utiliser le regard, la parole et le toucher en boucle et en harmonie afin d'apaiser le sujet.

- **La consolidation émotionnelle**. Dans la démence, la mémoire émotionnelle est préservée à un stade avancé. Cette mémoire leur permet « d'enregistrer » la qualité

émotionnelle du moment vécu, de l'apaisement ressenti. Le soignant peut alors aider à cette consolidation positive en évoquant, à la fin du soin, des mots positifs, valorisants.

En outre, la capture sensorielle est un moyen d'entrer en relation avec la personne âgée démente afin de prendre soin. Cette méthode peut être utilisée durant différents temps de soin tels que durant la toilette, le repas ou encore lors de *l'apparition de troubles du comportement*.

Cette méthode vise à favoriser le bien-être du sujet, la qualité de soin et la communication verbale et non-verbale.

La théorie de la Validation

Au sein de l'UHR, la méthode de la validation développée par Naomi FEIL, est souvent employée par les soignants.

Elle postule « *qu'il est possible d'entretenir une relation de qualité avec les personnes âgées dites démentes et entreprend de développer une pratique, qui manifeste le droit imprescriptible de tout être humain au respect de sa dignité, de son intégrité et de sa liberté d'expression⁵¹* ».

Cette méthode a pour objectif de maintenir une communication avec les personnes atteintes de démence afin de les accompagner dans une relation respectueuse de leur identité, tout en reconnaissant dans leur comportement, la manifestation de leur besoin d'exister en tant qu'individu. Elle s'appuie sur des techniques de communication verbales et non-verbales et sur une attitude empathique dans lesquelles le soignant valide les émotions du résident. En améliorant la communication, des liens authentiques sont maintenus contribuant à construire une relation de confiance et un sentiment de sécurité.

Ainsi, par ce biais, les soignants visent à restaurer le sentiment de valeur de la personne, de réduire l'anxiété et d'améliorer le bien-être.

4- La place de la psychomotricité

La psychomotricité

La psychomotricité possède un large champ d'intervention, s'intéressant à tous les âges de la vie : du prématuré à la personne âgée. Elle est donc indiquée dans l'intervention auprès de la personne âgée atteinte de démence.

⁵¹ MUNSCH-ROUX K., MUNSCH F., « *La méthode de validation de Naomi Feil. Une pratique thérapeutique innovante en gérontologie ?* », Gérontologie et société, 2008, N° 126, pages 189-204.

La démence affecte la personne dans sa globalité, tant au niveau physique que psychique, et altère son identité, son histoire, ses affects, ses relations et ses capacités intellectuelles. De ce fait, nous pouvons considérer les troubles entraînés par la démence comme étant un trouble psychomoteur. Celui-ci se définissant comme « *des expressions somatiques, corporelles ou comportementales, du fonctionnement du sujet, dont les origines peuvent être diverses et dont la présence affecte les potentialités du sujet, qu'elles soient de l'ordre de la cognition, de la créativité ou des moyens d'expression et de communication qui, habituellement, empruntent le canal du corps : un corps sensible, un corps en mouvement, un corps dans l'espace, un corps en relation*⁵² ».

Dans ce contexte, la psychomotricité va aider la personne à redevenir sujet et à agir sur son environnement par le biais d'un réinvestissement corporel. Elle peut également intervenir pour faire diminuer l'angoisse et les troubles du comportement.

En conséquence, le psychomotricien se met au rythme de la personne pour l'accompagner dans la reconnaissance de ses potentialités mises en relation dans les trois sphères du lien : relation à soi, à l'autre, et relation à l'environnement.

En psychomotricité, l'accent est particulièrement mis sur le langage corporel. Le psychomotricien va s'appuyer sur son propre vécu corporel, ses ressentis, son expressivité corporelle et sa sensorialité pour être au plus près de ce que nous « dit » l'Autre par le biais de son corps.

La psychomotricité au sein de l'UHR

Le soin en psychomotricité est présent depuis l'ouverture de l'Unité Alzheimer en 2002. Dans ce cadre, il s'adresse aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées afin de favoriser et maintenir le plus longtemps possible les fonctions psychomotrices, préserver l'autonomie, diminuer les troubles du comportement, favoriser la communication verbale et non-verbale ainsi que les liens sociaux et assurer le bien-être psychocorporel des résidents.

Au sein de l'Unité, la psychomotricienne met en place des ateliers thérapeutiques individuels ou en groupes.

Les ateliers sont répartis en trois catégories :

- Les ateliers sollicitant ***les fonctions cognitives*** : orientation journal, proverbes, questions-réponses...
- Les ateliers sollicitant ***les fonctions sensorielles*** : toucher-massage, bain, Snoëzelen, musique, promenade, cuisine, chant...
- Les ateliers sollicitant ***les fonctions motrices*** : gym douce, ballon, parcours moteur, atelier manuel, promenade, cuisine, jardinage.

⁵² POTEL C., *Etre psychomotricien*, Ed. Eres, 2010, page 194.

La psychomotricienne s'appuie sur l'histoire de vie de chaque résident (mentionnant les habitudes de vie, les intérêts et les loisirs) dans le but d'adapter les soins et de proposer un accompagnement en psychomotricité qui puissent avoir du sens et susciter, éveiller et impulser un désir chez les résidents.

La participation aux ateliers thérapeutiques peut être active ou passive (en tant qu'observateur). Les résidents peuvent refuser de participer et/ou de partir quand ils le souhaitent.

Les horaires des ateliers sont programmés afin de permettre la ritualisation, faisant partie intégrante du cadre spatio-temporel.

Après chaque atelier, un compte rendu écrit est réalisé pour chaque résident dans son dossier de soin informatisé.

La passation de bilan psychomoteur n'est pas effectuée au sein de l'Unité étant donné la prépondérance des troubles et des difficultés de communication. De plus, une incompréhension des consignes ou une mise en échec favoriseraient l'émergence d'émotions négatives et d'angoisses.

L'observation clinique est donc priorisée. Elle permet d'apporter des renseignements sur le fonctionnement du résident et ses compétences. La psychomotricienne profite des moments de la vie quotidienne et des ateliers thérapeutiques pour pouvoir observer et identifier au mieux les capacités motrices et relationnelles des résidents.

B- Etudes de cas : Madame G. et Madame J.

1- Madame J

a) Présentation et histoire de vie

Mme J. est née le 12 août 1926 en Italie à côté de Venise. Elle est âgée de 90 ans lorsque je la rencontre. Elle a été admise à l'UHR le 3 novembre 2015 suite à une fugue et à des troubles du comportement. Elle présente une démence mixte (neuro-dégénérative et vasculaire).

Mme J. est une dame au visage accueillant, les cheveux grisonnants et des yeux bleus dissimulés derrière des lunettes rondes. Son poids est en harmonie avec sa taille. Elle est toujours bien vêtue, elle semble faire attention à son apparence. Qu'elle soit assise ou en position verticale, sa tête et son regard sont souvent dirigés vers le sol, entraînant une position en cyphose au niveau dorsal et des épaules affaissées. Lorsqu'elle marche, ses pas sont lents, courts et réguliers. Elle est dans une hypotonie de l'axe et des membres, comme refermée sur elle-même. Elle peut toutefois fixer intensément du regard.

Mme J. est arrivée en France à l'âge de 4 ans. C'est la 4^{ème} d'une fratrie de 6 enfants. Il lui reste actuellement une sœur qui habite dans la même région et qui a également une démence de type Alzheimer.

Mme J. a le niveau du certificat d'études. Son institutrice ne voulant pas la présenter à l'examen par rapport à ses origines italiennes, elle n'a pas pu poursuivre d'études, à son grand regret. A l'âge de 13 ans, elle a été femme de ménage dans une famille bourgeoise. C'est là où elle va apprendre à tenir un intérieur, la couture, la broderie, le tricot...

Son mari était militaire, la famille vivra en caserne. Il était assez autoritaire et la vie conjugale était difficile car il partait six mois de l'année. Ils eurent 3 enfants : 2 garçons et une fille. Un des deux garçons décéda à l'âge de 27 ans d'un accident de moto. Elle a 7 petits enfants et 3 arrière-petits-enfants. Le décès de l'aîné des enfants a été très difficile pour Mme J. Elle avait besoin d'en parler, de verbaliser et son époux ne l'y autorisait pas. Elle ira tous les jours au cimetière pendant 9 ans. Son époux décéda en 2002, elle l'a accompagné à domicile jusqu'au bout.

Mme J. a toujours été hyperactive à la maison, aimait recevoir et cuisiner pour les autres. Elle est décrite comme quelqu'un de gai, gentil, plutôt réservé. Elle était le pilier de la famille. Ses valeurs semblent être la famille et la religion catholique. Le journal, les fleurs et

le jardin sont ses passions. Quand elle angoissait, elle se calmait en jardinant. Elle aime les animaux, le tricot, la couture, la broderie et aimait lire des romans.

Elle allait chez le coiffeur et a toujours pris soin d'elle. C'est une dame pudique. Elle préfère le sucré au salé, n'aime pas trop la viande et le poisson.

Avant son arrivée à l'Unité, Mme J. a vécu 3 mois chez sa fille suite à un épisode de fugue en pleine nuit à son domicile. Elle marche, déambule, est toujours continente et a besoin d'aide pour les activités instrumentales. Elle présente des troubles du sommeil, une asthénie et une désinhibition verbale. Elle n'entend pas bien, n'a jamais voulu être appareillée et a des problèmes de vision du fait de son cancer à l'iris (nous n'avons pas plus d'information concernant ce cancer).

Suite à une absence de sa fille, Mme J. est restée 5 jours dans un accueil temporaire. Durant ce séjour, elle déambule jour et nuit, est insomniaque, angoissée avec nécessité d'une présence permanente. Les soignants remarquent une augmentation des troubles du comportement avec agressivité verbale, physique, troubles du sommeil et hallucinations visuelles devenues ingérables. Elle est alors accueillie au sein de l'Unité de Gériatrie Aigüe (UGA). Au vu des troubles du comportement et l'impossibilité d'une surveillance continue à domicile, la prise en soin à l'UHR semble être indiquée pour cette résidente.

b) Anamnèse

Il ya 40 ans, Mme J. a été opérée d'une hystérectomie. Elle a également subi des chirurgies à l'œil gauche (mélanome de l'iris), à la cheville gauche et s'est faite une fracture au poignet gauche. Actuellement elle présente une hypothyroïdie, une surdité et une insuffisance veineuse avec ulcères variqueux cicatriciels.

Les évaluations

- Évaluation cognitive :

Le bilan neuropsychologique est devenu impossible.

Une première consultation est effectuée en 2003, suite à un syndrome dépressif révélant un MMS⁵³ de 27 sur 30. Elle est suivie depuis 2008 en consultation mémoire. Le MMS en 2011 est de 20 sur 30. En 2012, il sera de 19 sur 30, en 2013 de 15 sur 30 avec début de troubles du comportement et le dernier sera effectué en 2014, avec un résultat de 14 sur 30.

⁵³ Test qui évalue les capacités mnésiques et les fonctions cognitives d'une personne. Élément diagnostique pour les démences et notamment la maladie d'Alzheimer.

- Évaluation psychique :

Les soignants ont utilisé le NPI-ES pour évaluer les troubles du comportement de Mme J. en décembre 2015. Il en ressort un score de 62 sur 144. Mme J. présente des hallucinations visuelles peu angoissantes, de l'agitation, un syndrome anxio-dépressif, une labilité de l'humeur, des troubles du sommeil et de l'appétit.

Mme J. est autonome dans ses déplacements et ne manifeste pas de douleur.

Observation psychomotrice : arrivée et évolution de Mme J. au sein de l'Unité

Lorsque Mme J. entre à l'Unité, elle est souriante, communique avec les résidents et les soignants. La première semaine se passera bien. Je remarque qu'elle est en demande d'interactions, elle sollicite beaucoup les soignants de manière verbale et cherche à s'occuper, à ce qu'on lui dise quoi faire. Nous pouvons déjà remarquer de part ses déambulations, ses allers-venus, que Mme J. est dans l'agir, le mouvement, sûrement en lien avec son passé actif.

Lors de notre première rencontre, Mme J. me donne l'impression d'une dame gentille, communicante, ne voulant pas déranger et laissant son tour aux autres. C'est une dame qui suscite chez moi un sentiment de sympathie, d'attachement.

« Bon d'accord mais maintenant on fait quoi ? » est une phrase qu'elle a répété un bon nombre de fois. Étant donné son activité passée, elle ne semble pas réceptive lorsqu'on lui propose de se reposer et de prendre du temps pour elle.

Mme J. semble avoir besoin d'une présence, d'être rassurée et valorisée. Elle a pu dire « je sais que je ne suis rien ». Les bouleversements liés au vieillissement, ajoutés à son arrivée en institution ont très certainement favorisé cette dépréciation. En effet, la perte de repères, des habitudes, de ne plus vivre avec sa fille, ne plus avoir de projets ont fait émerger ce sentiment d'abandon, d'être perdue et de ce fait cette dévalorisation.

Lorsqu'elle n'est pas occupée, elle devient anxieuse, angoissée et son comportement se modifie. Elle est anosognosique, ainsi ne comprend pas pourquoi elle doit rester là.

Je remarque qu'elle prend plaisir à s'occuper et aider les résidents qui se trouvent en difficultés, ou à aider les aides soignantes dans leurs tâches. J'ai pu l'observer en train de soutenir un résident pour marcher ou aider à plier le linge.

Sa fille lui rend visite régulièrement, ses petits enfants et arrières petits-enfants viennent occasionnellement. Après chacune de ces visites, Mme J. semble perturbée et agitée.

Petit à petit, des troubles du comportement plus importants sont apparus. Mme J. présente désormais une humeur triste, une anhédonie, des troubles du sommeil, une agitation motrice, elle déambule beaucoup et peut avoir un comportement agressif : opposition au soin avec « menaces » si on insiste. On remarque la présence de pleurs, de plaintes spontanées (dit qu'elle est malheureuse), elle se rabaisse souvent, se dévalorise. Une fluctuation de l'humeur importante est remarquée.

Elle est très anxieuse au moment du coucher. Il semble qu'elle ait peur de se retrouver seule. Elle peut faire des nuits blanches et vient souvent voir les soignants dans le lieu de vie.

Elle a peu d'appétit et les soignants ont des difficultés à maintenir une alimentation et une hydratation adaptées.

Dès le début de mon stage, j'ai pu assister à des ateliers thérapeutiques auxquelles Mme J. participait : atelier journal suivi d'un repas thérapeutique, chants, musique, gym douce, marche, ballon... Elle se joint avec plaisir aux activités de groupe et apprécie les ateliers où elle est dans l'agir. Elle semble également apprécier la relation duelle, privilégiée avec le soignant.

J'ai pu remarquer qu'elle était très *sensible à l'environnement* et à *l'ambiance* autour d'elle. Elle apprécie beaucoup les promenades à l'extérieur. Dès qu'elle est en présence d'un soignant et que celui-ci s'occupe d'elle, elle devient souriante, communique, et peut exprimer des envies, des choses qu'elle aime...

En échangeant avec Mme J., je me suis aperçue que *le toucher* est un sens important pour elle, l'utilisant souvent pour communiquer. Elle accompagne fréquemment ses paroles d'un toucher. Par exemple, elle pose sa main sur mon bras, sa tête sur mon épaule ou encore exprime le souhait de me faire une bise. De plus, elle semble apprécier d'être touchée, cela induit souvent un sourire, une présence plus importante et donc une communication plus soutenue.

Le visuel paraît aussi être un sens important pour elle, explorant beaucoup visuellement.

Dans la salle d'activité, elle porte souvent son attention vers les stickers de fleurs collés aux murs ainsi qu'aux faux bouquets sur la table. Ces objets ayant des couleurs vives, lui ont permis de se remémorer des souvenirs connotés émotionnellement et de les exprimer. Elle a pu dire qu'elle adore les fleurs, qu'elle les trouve magnifiques et qu'elle aimait s'occuper de son jardin. Cela influence son humeur, la rendant plus positive et joyeuse.

c) Indication et objectifs

Actuellement, le projet de soin de Mme J. au sein de l'UHR est orienté vers un mieux-être, le respect de son rythme de vie, de sa fatigabilité, un apaisement des troubles du comportement (dévalorisation, déambulation...) ainsi que vers une stimulation adaptée de ses capacités cognitives, sensorielles et motrices encore efficaces.

Des ateliers thérapeutiques et des sorties (en dehors de l'Unité Alzheimer) lui sont proposés.

Étant donné son intérêt pour les couleurs, l'importance du toucher et du visuel, sa demande de présence et de relation auprès d'un soignant, son besoin de se sentir utile et du fait qu'une revalorisation narcissique semble très importante, il m'a semblé, avec l'aval de la psychomotricienne, qu'un suivi thérapeutique en Snoëzelen pourrait être adapté à cette dame. Suite à une réunion pluridisciplinaire, il a été décidé que Mme J. puisse bénéficier de séances en Snoëzelen, à raison d'une par semaine.

Les objectifs des séances en Snoëzelen pour Mme J. :

- Créer une relation et maintenir une communication verbale et/ou non-verbale.
- Etablir un espace d'écoute, de plaisir, de revalorisation et renarcissisation.
- Rendre Mme J. actrice, en lui donnant l'envie et le désir « d'aller vers ».
- Rechercher une détente psychocorporelle.
- Redécouvrir et reconstituer les différentes enveloppes sensorielles qui constituent l'intégrité psychocorporelle du sujet : permettre de se sentir exister à travers le ressenti corporel.
- Consolider le schéma corporel.
- Diminuer les troubles du comportement et l'anxiété.

d) La médiation : Le concept Snoëzelen

Le concept Snoëzelen a été créé en 1970 aux Pays-Bas, grâce à deux hollandais : J.Hulsegge et A.Verheul. Snoëzelen est issu de deux mots : « snueffelen » qui veut dire sentir, flairer et « doezen » qui signifie dans un état de calme.

A sa création, il concernait principalement un public polyhandicapé. De nos jours, cette démarche s'ouvre à d'autres publics et est désormais proposée à la personne âgée démente. Ce concept est reconnu par l'Agence Régionale de la Santé comme une thérapie non médicamenteuse.

Snoëzelen est avant tout une philosophie d'approche de la personne. C'est un espace rassemblant des stimulations sensorielles multiples procurées par des matériaux, objets et autres, permettant l'éveil sensoriel. Cet espace dans lequel règne une ambiance particulière est favorable à la création d'une relation privilégiée. D'après les auteurs, l'objectif principal est d'apporter de la vie en stimulant les sens.

Il se base sur trois principes fondamentaux :

- **La détente psychocorporelle** comme moyen d'ouverture au monde. Le cadre est très important, il doit insuffler une atmosphère sécurisante et contenant.
- **Les propositions sensorielles** comme moyen de communication par le biais d'une stimulation des différents sens tels que l'ouïe, la vue, le toucher, le vibratoire.

- **Le relationnel** constituant les notions de partage, d'accompagnement, de rencontre tout en respectant le rythme de la personne.

Ainsi, le Snoezelen propose une expérience sur la perception du monde externe qui s'organise autour du système sensoriel : voir, entendre, toucher, sentir. Il tend à accompagner la personne dépendante en respectant son rythme, ses choix, en donnant priorité aux expériences sensorielles par une présentation sélective des stimulations et en favorisant la recherche de plaisir, de satisfaction, de détente.

Ce concept favorise un nouveau vécu sensorimoteur stimulé par le désir d'une nouvelle relation avec l'environnement. Il utilise la stimulation des sens accompagnée d'une communication privilégiée. La personne se retrouve dans un bain sensoriel. D'après Damasio, « *un cerveau qui fonctionne correctement est un cerveau stimulé* ». La stimulation agissant au niveau sensoriel, cognitif et émotionnel. De la sorte, par le biais de ces stimulations et explorations sensorielles, nous essayons d'aller du cognitif au sensoriel, à l'émotion. Le but étant de quitter le cognitif pour se centrer sur la sensation.

Le personnel soignant utilisant la salle doit être formé à cette approche. A l'Unité, seule la psychomotricienne propose des séances, en raison du manque de temps des autres soignants.

La salle Snoezelen est munie d'un matelas à eau, d'un canapé, d'un fauteuil vibrant, d'une colonne à bulle, de fibres optiques, d'un projecteur, d'un diffuseur d'odeur, d'une chaîne hifi, d'objets de massage et de musique, de livres et de diverses lampes (voir annexe).

e) Prise en soin psychomotrice

Il a été convenu, avec ma maître de stage, que nous interviendrons chacune notre tour. Nous sommes donc trois dans la pièce. Mme J. semble avoir pris en compte la présence des deux soignants mais cela ne semble pas la perturber.

A chaque fois que nous lui proposons, Mme J. accepte de nous suivre jusqu'à la salle.

La salle est préparée en amont, avec la mise en marche des éléments précédemment cités. Je prends soin de laisser une intensité de lumière dans la pièce équivalente à celle du couloir pour éviter un contraste trop fort qui risquerait d'entraîner une émotion négative. Je baisse l'intensité de la lumière lorsque je sens que Mme J. s'est familiarisée à la salle et aux stimulations.

Le cadre est très important, il doit créer une atmosphère de détente, de sécurité et de stimulations douces. Ce cadre va permettre la mise en place d'une relation contenante, sécurisée

entre le soignant et le résident. De plus, les propositions sensorielles sont un moyen de communication et non un simple éveil. L'accompagnateur doit veiller à stimuler un sens après l'autre afin d'éviter la sur-stimulation. Le fait que Mme J. accepte d'entrer dans cette pièce, qui peut paraître assez étrange à première vue, témoigne de la confiance qu'elle m'accorde, qu'un lien est créé.

En début de séance, Mme J. me parle, se pose des questions sur son environnement, les objets... Elle est dans une logorrhée (mais ses nombreux néologismes rendent ses propos souvent incompréhensibles). J'ai l'impression que ce flux verbal est une manière de créer une défense vis-à-vis de cette situation qu'elle ne contrôle pas et qui lui demande un laisser-aller. J'utilise la méthode de *la validation*, concept développé par N. Feil, afin de maintenir la communication, de l'accompagner de manière authentique dans ses ressentis, et par ce biais, installer une relation de confiance. Ainsi, en validant ses propos, Mme J. aura le sentiment de se sentir écoutée, comprise, et cela pour favoriser une baisse de son anxiété.

Au niveau visuel

De manière générale, Mme J. entre spontanément dans la pièce et observe avec curiosité les différents éléments. Elle est très réceptive aux stimulations visuelles, explore beaucoup visuellement et verbalise. Elle a pu dire « qu'est ce que c'est joli », « c'est merveilleux », « c'est un joli spécial », semblant émerveillée et prononçant des « oh lala, que c'est magnifique » à plusieurs reprises.

La vue nous permet de percevoir globalement le monde qui nous entoure. Le regard en dit long sur la façon dont la personne vit son environnement et analyse les informations qu'elle reçoit. Ainsi, je remarque par son observation soutenue, que Mme J. utilise ses yeux comme si elle touchait du regard. Le toucher, ici, prend une autre dimension, il se fait de manière indirecte, à distance. A ce moment, je suis dans une position d'observatrice, tout en soumettant une présence rassurante et une disponibilité. Je laisse Mme J. explorer la salle à son rythme, en verbalisant lorsque je pense que cela est nécessaire.

Son attention se porte fréquemment vers les fibres optiques, l'image de deux papillons projetée sur le mur et la colonne à bulles. Je la sens comme fascinée par les couleurs. A plusieurs reprises, elle s'est assise à côté de la colonne à bulles, la regardant longuement. Elle a pu me parler du mouvement des bulles et des couleurs qu'elle observait. Les bulles qui montent et descendent le long de la colonne permettent une répétition du mouvement. Elle a un effet hypnotique qui permet de focaliser le regard et diminuer l'angoisse. De plus, lorsque la personne regarde cet objet immobile induisant des mouvements internes de bulles perpétuels, elle se projette elle-même dans ce mouvement et ne ressent plus le besoin d'être dans l'agir pour calmer ses angoisses. Par le biais de cet objet, Mme J. a pu s'asseoir, se poser, apaiser ses angoisses ainsi que verbaliser des souvenirs et parler d'événements positifs. Cela nous démontre bien, que la perception visuelle a une grande importance dans la vie émotionnelle d'un individu.

Également, Mme J. peut fixer durant un certain temps son regard dans les yeux de son accompagnatrice. Dans ce regard intense, profond, elle me fait passer beaucoup d'émotions. L'expression toucher par le regard utilisé en amont, prend ici tout son sens. Je ressens une certaine gratitude, comme si ses yeux me remerciaient d'être là pour elle, de m'occuper d'elle. Parfois, son regard se durcit et à ce moment, il me semble percevoir une certaine détresse, une peine, comme si elle me disait « je ne sais pas ce que je fais là, je ne suis plus bonne à rien ». Puis son regard se perd, semble absent, perdu dans des souvenirs, des moments passés.

Le regard participe au lien d'attachement d'un bébé avec sa mère. Cette fonction permet des échanges émotionnels forts et communique une sécurité, un sentiment d'exister à l'enfant. Les altérations qu'entraîne la démence rendent difficile la communication verbale. Mme J. ayant des difficultés à exprimer ses ressentis verbalement, me transmet et me permet par ses regards, d'avoir une idée des ses états émotionnels internes.

« Observation et quête du regard sont déterminantes pour solliciter l'autre à entrer en relation et le rejoindre sans s'imposer. Ces deux attitudes contribuent au recueil d'information sur son état émotionnel et autorisent les ajustements indispensables pour entretenir la relation et pour que l'Autre ait l'opportunité de se sentir reconnu, validé⁵⁴ ». Par son regard, elle me communique ses ressentis. De mon côté, j'essaie de lui transmettre un regard bienveillant, positif, un regard qui écoute, qui valide ses paroles et dans lequel elle puisse se sentir considérée et reconnue. Je m'appuie sur ce dialogue émotionnel pour ajuster au mieux mes paroles, mes gestes et mes propositions.

Au niveau auditif

Elle ne semble pas prêter attention à la musique (pourtant audible), malgré les remarques incitant à l'écoute de celle-ci. Nous pouvons supposer que cette indifférence est probablement liée à son déficit auditif.

Au niveau tactile

Lorsque Mme J. porte son attention sur un objet en particulier, souvent il s'agit des fibres optiques, pour éveiller son exploration tactile, je lui propose de les explorer de ses mains.

Le toucher est le principal sens extéroceptif. Nous avons un grand nombre de récepteurs sur notre peau et particulièrement sur nos mains. Par le tactile, il s'agit de permettre à la personne de faire des expériences élémentaires quant au toucher, de percevoir tactilement son corps, les autres personnes et les objets.

Mme J. me montrait par son corps, ses mimiques et ses expressions, son étonnement et sa surprise. Elle a pu les explorer quelques minutes. Cela semble l'inscrire dans une émotion positive. Cette exploration tactile incitera à des mouvements de prises volontaires tels que prendre, tenir, lâcher.

⁵⁴ MUNSCH-ROUX K., MUNSCH F., « La méthode de validation de Naomi Feil. Une pratique thérapeutique innovante en gérontologie ? », Gérontologie et société, 2008 (n° 126), pages 189-204.

La communication et le niveau de relation pouvant être très bas dans la démence, passer par une communication corporelle permet d'éviter une mise en échec dans la communication verbale (du fait des troubles) et de se centrer sur les éprouvés corporels. Ainsi, à chacune des séances, lorsque je sens que Mme J. est disponible, je lui propose un toucher-massage. Elle accepte avec plaisir tout en précisant qu'elle « ne veut pas me déranger, que je suis gentille ». Mme J. s'installe sur le fauteuil vibrant (non fonctionnel durant ce temps). Le toucher semble être un médiateur privilégié pour cette dame.

Selon C. Potel, le toucher est proche d'un portage, c'est « *porter autrui vers une connaissance ou une reconnaissance de lui-même en tant que sujet* ». Ainsi, malgré les bouleversements qu'induit la démence avec notamment une altération de l'identité et une dévalorisation, le toucher va permettre à Mme J. d'exister en tant que sujet, un sujet reconnu par l'Autre tout en induisant une revalorisation et un renforcement de l'image de soi. De plus, le toucher va lui permettre d'éprouver son corps, de se sentir exister au travers des ressentis corporels et de ce fait, favoriser la notion de plaisir, de détente, induire relâchement psychocorporel, diminuer l'agitation motrice, la déambulation et redéfinir les limites corporelles.

Je propose à Mme J. un massage des mains, des jambes ou des pieds. Dans mon toucher, j'essaie d'être dans une intention juste en m'adaptant à ce que je peux voir de son langage corporel. Mes mouvements sont appuyés, lents, faits avec toute la surface des mains, le plus contenant et enveloppant possible dans le but d'insuffler à Mme J. une sécurité, une sensation globale de ses membres pour qu'elle puisse lâcher prise.

J'ai pu observer et ressentir par son engouement et sa qualité de relâchement, que Mme J. a une préférence pour le massage au niveau des pieds. Cette partie du corps n'est effectivement pas anodine. En effet, ce sont les pieds qui nous ont permis d'accéder à la verticalisation, c'est par leurs biais que nous sommes en contact direct avec le sol. Ils nous apportent un équilibre, une stabilité, des sensations et un ancrage avec le sol. Les pieds induisent la marche et de ce fait l'autonomie. Masser cette partie pourra aider Mme J. à se reconnaître dans son espace corporel, à habiter son corps, à se recentrer et retrouver une stabilité corporelle.

Dans les premiers temps du toucher-massage, Mme J. me regarde, regarde ce que je fais. Puis, petit à petit, elle s'autorise à fermer les yeux tout en gardant un contrôle au niveau tonique. Je peux sentir un relâchement musculaire progressif des membres que je masse, ce relâchement s'étendant au fur et à mesure aux membres supérieurs non stimulés. Puis elle finit très souvent par s'endormir.

Durant le massage, se crée un dialogue non-verbal, tonico-émotionnel, entre elle et moi. Mme J. me donnant toute sa confiance, je m'applique à m'adapter au mieux aux signes non-verbaux qu'elle me transmet de manière corporelle (paroles, regards, postures, respiration, états toniques, micro-mouvements) pour pouvoir être au plus près de ses émotions (plaisir, déplaisir, angoisse, douleur...).

Ainsi, par ce toucher, Mme J. peut vivre son corps de manière différente, autrement que par la douleur ou comme une simple décharge motrice. Elle peut retrouver des sensations positives, de plaisir et celles-ci peuvent favoriser un réinvestissement corporel, une vision d'un corps qui ressent, qui vit.

Mme J. semble apprécier la relation duelle et privilégiée. Elle arbore des sourires, communique, semble à l'aise et en confiance. Durant les séances, il se passe une rencontre, un échange, une relation. Il ne s'agit pas de faire mais *d'être avec*.

Dans la maladie d'Alzheimer, la mémoire émotionnelle est préservée jusqu'à un stade sévère de la maladie. Les personnes démentes sont alors en adéquation complète avec leur environnement et l'ambiance émotionnelle. Étant donné les réactions positives de Mme J. durant les deux premières séances, nous essayons d'induire les mêmes propositions : nous la laissons explorer la salle, lui proposons d'explorer au niveau tactile les objets qui l'intéressent et ensuite de lui faire un toucher-massage. Du fait des troubles de la mémoire, il est important de favoriser un *ancrage émotionnel positif* par le biais de la répétition. En répétant plusieurs fois ce procédé, Mme J. pourra associer cette salle à quelque chose de positif. Cela permettra de limiter les angoisses qui peuvent lui parvenir et favorisera une relation de confiance et un lâcher prise.

Toutefois, il est aussi arrivé que Mme J. accepte de nous accompagner jusqu'à la salle mais, une fois à l'intérieur, souhaite s'en aller. En effet, elle était happée par des préoccupations, des contrariétés, des inquiétudes si intenses qu'elle refusait de rester avec nous car « elle n'avait pas le temps », il fallait qu'elle « aille chercher sa petite fille » ou qu'on l'attendait quelque part. Malgré des tentatives de diversion, de réassurance, Mme J. quittait la pièce. Dans ce cas, insister reviendrait à infirmer ses ressentis et en conséquence augmenterait son angoisse déjà présente. Dans ce cas, nous validons ses paroles et raccompagnons Mme J. dans le lieu de vie.

En fin de séance, afin d'éviter une frustration et la perte des bénéfices de la séance, j'essaie d'amorcer une distanciation progressive en ramenant Mme J. dans un rythme, une temporalité. Pour cela, j'essaie de ramener Mme J. dans la réalité, le présent, en lui demandant si elle n'a pas faim, que c'est l'heure du goûter et que si elle le souhaite nous pouvons aller goûter. Pour faire une transition la plus douce possible, je baisse le volume de la musique petit à petit jusqu'à l'éteindre complètement, j'éteins un-à-un les différents éléments qui composent la pièce et j'augmente l'intensité de la lumière et celle de ma voix. Je la remercie et la raccompagne au lieu de vie.

Conclusion

Madame J., a bénéficié de 8 séances en Snoëzelen à ce jour. Cette médiation semble être toujours indiquée et à poursuivre.

En effet, durant les séances, Mme J. ne manifeste pas de troubles du comportement. Elle ne déambule pas, elle est souriante, communique, semble se sentir en confiance, explore beaucoup visuellement et tactilement. Elle peut s'asseoir, fermer les yeux et se centrer sur ses sensations. De plus, la relation duelle et le toucher relationnel apportés durant ce soin semblent susciter une revalorisation importante chez Mme J., lui permettant de se sentir écoutée, comprise et considérée.

Après les séances, Mme J. paraît plus disponible, apaisée, détendue, son visage est moins crispé.

Ce médiateur semble convenir à Mme J. Les accompagnements en séance Snoëzelen, ont permis de vivre une relation privilégiée de communication sur le mode sensoriel dans un espace sécurisant favorisant un mieux-être.

Nous ne pouvons jamais savoir comment va se dérouler une séance, même si il existe une certaine manière de faire, le résident reste toujours maître. Mes incertitudes dans l'accompagnement en séance Snoëzelen m'ont permis de ne pas trop être dirigiste durant les séances et d'être vraiment à l'écoute de Mme J.

2- Madame G.

a) Présentation et histoire de vie

Madame G est née le 11 mars 1925, elle est âgée de 90 ans lorsque je la rencontre pour la première fois. Elle a été admise à l'UHR le 1 juillet 2008 pour démence Alzheimer. Celle-ci fût diagnostiquée en 1999 avec troubles psychocomportementaux sévères.

Physiquement, c'est une dame de taille moyenne, assez mince. Ses traits du visage sont plutôt lisses, ses cheveux grisonnants, ses yeux sont marrons mais restent généralement fermés. Sa bouche est en permanence entrouverte, laissant visibles ses dents du haut tandis qu'elle n'en possède plus aucune en bas. Au sein de l'institution, Mme G. est souvent assise dans un fauteuil incliné dans le lieu de vie, au « coin salon » ou dans sa chambre. Cette dame me donne l'impression particulière d'être coupée du monde qui l'entoure, refermée sur elle-même, ne semblant plus investir son corps. Elle ne marche et ne parle pas, elle garde ses yeux fermés, les mains contre son ventre, sans un geste, comme immobile, « figée dans le temps ».

Son histoire de vie a été réalisée avec l'aide de sa fille. Elle nous indique que Mme G. a deux demi-frères (d'un précédent mariage du père) et une sœur. Quinze ans de différence la séparent de son frère aîné, avec lequel elle s'entendait plutôt bien. Les relations avec son autre frère et sa sœur n'étaient pas suivies. A son arrivée à l'UHR, elle semblait encore très attachée à son frère aîné, se souvenait de son autre frère mais avait oublié avoir une sœur.

Madame G eut une jeunesse perturbée par l'occupation allemande. Elle a été élevée dans la religion catholique pratiquante. Elle obtiendra un baccalauréat littéraire. Elle avait ses opinions politiques mais ne militait pas. Plus tard elle deviendra cadre, s'investissant énormément dans son activité professionnelle. Ses qualités ont été reconnues, elle a connu des succès et en éprouvait beaucoup de fierté. C'était une femme active, moderne et assez « libérée ».

Elle s'est mariée à 23 ans à cause d'une grossesse non désirée. Les débuts du couple ont été difficiles. Elle a certainement souffert de sa perte de liberté. Mme G. a deux enfants, un garçon et une fille. Leurs relations sont dites « normales ». Elle a également deux petites filles avec lesquelles elle n'a pas de relation.

Son mari et elle n'ont jamais totalement assumé leur rôle de parent. Leurs enfants ont fait une partie de leurs études en pension, sans raison particulière et leur ont reproché par la suite. Ils paraissaient unis, ne se disputaient jamais devant les enfants.

Le couple a toujours eu des problèmes relationnels avec leur famille et notamment avec leurs enfants, belle-fille, gendre et petits enfants. Sa fille pense qu'elle n'a pas été satisfaite de sa vie familiale et professionnelle.

Mme G. a voyagé en Europe avec son mari (France, Espagne, Italie, Autriche, Ex-Yougoslavie) en location chez l'habitant, en camping et caravaning. Elle n'a jamais pris l'avion, elle préfère la montagne à la mer.

Elle ne semble pas être attirée par les animaux domestiques, mais enfant elle aimait s'occuper des animaux de la ferme de ses grands-parents.

Elle aurait pris des cours de piano étant enfant, adolescente elle chantait dans les offices religieux et adulte, elle appréciait le jazz, la musique classique et la variété (Brassens, Becaud, Piaf).

Elle a confectionné de nombreux vêtements notamment pour ses petites filles. Elle adorait s'occuper de son potager et de ses fleurs. Le ménage et l'entretien du linge l'occupaient également, elle ne cuisinait pas et n'aimait pas jouer aux jeux de société. Avant sa maladie elle cousait et tricotait.

Elle conduisait sa voiture et a même passé le permis bateau, fluvial et côtier.

Elle n'a jamais eu un gros appétit. Préfère porter des pantalons que des jupes, des socquettes plutôt que des collants. Elle aimait l'eau, se maquillait peu (rouge à lèvres), elle soignait sa peau mais a perdu l'habitude à la maison de retraite.

Avant le début de sa maladie, elle est décrite comme étant très active, indépendante, d'humeur égale mais peu enjouée et souvent très froide avec ses proches. Quelques fois obstinée, entêtée mais jamais coléreuse ni violente.

Mme G. a quitté son emploi à l'âge de 55 ans suite à une dépression nerveuse qui a justifié sa mise en pension d'invalidité. Elle n'a pas accepté cette situation lorsqu'elle a compris qu'elle allait être évincée par plus jeune qu'elle.

Quatre ans après cet évènement, son mari fit un premier infarctus. Il eut par la suite un accident cardiaque entraînant une amputation de la jambe. Ce dernier ne réussira pas à accepter cette mutilation. Il décèdera 10 ans plus tard (en 1999), d'un AVC, à l'âge de 72 ans. Mme G. était certainement déjà malade et la disparition brutale de son mari l'a complètement déstabilisée. A cette époque elle était très dépendante de son époux.

b) Anamnèse

En 1999, elle bénéficie d'une consultation en psychiatrie, le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé. En 2003, elle obtient un MMS de 22 sur 30 et présente un syndrome vestibulaire aigu avec troubles de l'équilibre. Nous avons peu d'éléments entre 2003 et 2007. En 2007, elle manifeste des troubles psychocomportementaux majeurs couplés d'une aggravation cognitive anormalement rapide : MMSE de 8 sur 30. Une sonde de gastrostomie lui est posée due à son anorexie. Elle arrachera sa sonde peu de temps après.

Madame G. a séjourné dans une maison de retraite (EHPAD) avant d'arriver à l'Unité. En raison d'une prise en soin inadaptée à la maladie au sein de cet établissement, la famille de Mme G. demande un transfert à l'UHR. Elle entre donc à l'UHR en juillet 2008.

Depuis son entrée à l'Unité, Mme G. présente un comportement très fluctuant, mettant souvent l'équipe soignante en difficulté. Son dossier nous informe qu'elle avait des problèmes pour s'alimenter, s'opposait aux soins, déambulait et chutait beaucoup, demandait une attention particulière et présentait un syndrome anxio-dépressif. En 2014, elle se fracture le fémur suite à une nouvelle chute. On peut observer une hypotrophie musculaire de plus en plus importante liée au non usage de la marche.

Une synthèse est effectuée en septembre 2015, dans laquelle les soignants effectuent le NPI-ES arborant un score de 48 sur 144. Il en ressort que Mme G. semble anxieuse,

angoissée et présente des cris. L'équipe soignante note que ces cris peuvent survenir en cas de troubles somatiques (mal de ventre) ou si elle a besoin d'aller aux toilettes (se retient car ne supporte pas être souillée). On note une perte de la marche liée à l'évolution de la maladie mais elle peut toutefois se mettre debout. De plus elle présente des difficultés de compréhension et de communication importantes. Elle dort bien, ne semble pas algique. Les troubles de l'appétit sont importants (refus de s'alimenter). Elle ne participe plus aux ateliers thérapeutiques, ne réagit plus à la musique. Elle semble apprécier le toucher effectué par les aides soignantes durant la toilette.

Suite à cette synthèse et au vu de sa grabatisation, une proposition d'un transfert en EHPAD a été proposée à sa fille étant donné qu'elle ne correspond plus aux critères de l'UHR. Sa fille accepte de déposer un dossier dans un EHPAD de sa ville. A ce jour, nous n'avons pas d'information concernant le dossier.

Observation psychomotrice

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Mme G. me donne l'impression d'une dame repliée sur elle-même, apathique, dans un refus d'interaction avec son environnement et ne prêtant pas attention à autrui. Elle est continuellement assise dans un fauteuil et ne présente aucune initiative de mouvement. Elle a besoin d'aide pour tous les actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, manger...). Mme G. arbore une complète hypotonie de l'axe et des membres qu'elle ne mobilise que très rarement. Elle ne communique plus du tout de manière verbale et de ce fait n'a plus aucune relation sociale. La baisse de performances de ses acuités sensorielles ont du pousser Mme G. à se refermer sur elle afin de retrouver un « monde interne stable ». Toutefois, lorsque l'agitation et le fond sonore du lieu de vie ne lui conviennent plus, elle peut montrer son agacement par de fortes vocalises. Dans ce cas, un membre de l'équipe la raccompagne dans sa chambre, où peu de temps après, les cris cessent rapidement. Nous supposons donc que c'est ce qu'elle souhaite. Ainsi, malgré les altérations entraînées par le vieillissement et la démence, Mme G. semble toujours sensible à son environnement au niveau auditif. Elle peut faire comprendre à autrui, par ses vocalises, que quelque chose la dérange afin qu'il ait une action sur son environnement.

c) Indication et objectifs

Mme G., actuellement, ne participe plus aux ateliers thérapeutiques proposés par la psychomotricienne. Au vu de sa grabatisation, de son repli, de son apathie et de son hypotonie, un suivi en psychomotricité au travers du bain thérapeutique est indiqué et semble adapté à cette résidente.

De manière générale, les objectifs sont orientés vers un apaisement des troubles du comportement tels que l'apathie, le repli et l'inertie à l'environnement pour que Mme G. puisse être plus présente et attentive à son environnement, à autrui et à son corps. En ce sens qu'elle retrouve une corporéité, qu'elle puisse réinvestir ce corps qu'elle ne semble plus vouloir habiter et se raccrocher au monde qui l'entoure. Tout cela dans une relation privilégiée.

Les séances se déroulent à raison d'une par semaine. Etant donné la présence d'une autre stagiaire en psychomotricité au sein de l'UHR, je participe à une séance sur deux. La psychomotricienne est toujours présente durant les bains permettant une stabilité du soin. La durée des séances peut varier suivant l'état de Mme G. et en fonction de ce que l'on perçoit de ses ressentis (angoisses, tensions...). Le temps consacré au bain est d'environ 30 minutes et n'excède pas 45 minutes.

d) Médiation : le toucher thérapeutique durant un bain thérapeutique

Le bain thérapeutique représente l'utilisation de la médiation par l'eau, en psychomotricité, auprès de la personne âgée démentée. Une médiation est de manière générale, un intermédiaire entre soi et l'autre. C. Potel nous dit que « *la médiation, qu'elle soit corporelle ou autre, propose un espace « entre » intermédiaire et un objet commun à partager et à créer ensemble, cet objet étant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe*⁵⁵ ».

Les objectifs d'une médiation sont de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions, de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant et d'aider à la transformation des éprouvés en représentations⁵⁶.

Pour Mme G. nous utiliserons l'eau et le toucher comme médiations. Il s'agit, aux travers de celles-ci, de lui permettre d'éprouver des expériences corporelles. Le psychomotricien sera là pour mettre des mots afin de lier les émotions, les affects aux sensations et aux éprouvés pour permettre l'accès au processus de symbolisation.

L'eau, est depuis longtemps utilisée à des fins thérapeutiques et reconnue pour ses bienfaits. De nombreux soignants dont les psychomotriciens, l'utilisent dans leurs soins. L'eau possède des propriétés spécifiques. C'est sur celles-ci ainsi que sur les caractéristiques du sujet et les objectifs de prise en soin que l'on va s'appuyer pour déterminer le début d'un suivi en bain thérapeutique.

⁵⁵ POTEL C., *Le corps et l'eau*, page 22.

⁵⁶ POTEL C., *Etre psychomotricien*, page 367.

Les propriétés physiques de l'eau et leurs effets thérapeutiques⁵⁷ :

- La température chaude de l'eau (environ 34°) permet la détente et le relâchement musculaire.
- La pression et la force d'inertie de l'eau amène à une réduction du travail musculaire : le corps est ressenti comme plus léger et les mouvements plus aisés.
- L'eau induit un « électrochoc sensoriel » dans le sens où elle sollicite tous les sens et demande une réorganisation des repères corporels.
- La pression de l'eau permet d'éprouver les limites corporelles et de renforcer le sentiment d'unité corporelle.

L'eau est également un médiateur privilégié pour favoriser la relation à l'autre.

De surcroît, l'eau entoure et enveloppe le corps. Par sa malléabilité, son indestructibilité, elle se faufile et s'étend sur toute la densité du corps, ce qui lui donne une **fonction contenante** et enveloppante. De ce fait, « *par l'eau, le corps renforce le sentiment de son imperméabilité et de sa résistance*⁵⁸ ».

Elle présente une autre fonction importante, celle de stimulation et **d'éveil sensoriel**. En effet, elle offre des stimulations multiples ayant un impact sensoriel assez important sur l'ensemble du corps. Cela pouvant permettre « *une ouverture physique et psychique des patients atteints de démence, de régression psychomotrice ou de désafférentation*⁵⁹ *sensorielle*⁶⁰ ».

De plus, l'eau constitue un élément médiateur de la relation, une zone transitionnelle pour reprendre les propos de Winnicott. C'est-à-dire un élément neutre, qui n'est ni celui du patient, ni celui du psychomotricien. Dans le même temps, elle « *est un intermédiaire tactile entre soi et les autres*⁶¹ ».

Ainsi, « *les propriétés de l'eau vont avoir des effets sur le corps, les sensations, les émotions, les affects*⁶² ». Dans le cas de Mme G. les éprouvés affectifs ne vont pas pouvoir être transmissibles de manière verbale du fait de son aphasie. Toutefois, les manifestations somatiques appartenant au langage infra verbal tel que les tensions, le blocage de la respiration... sont en lien direct avec les émotions et sont communicables à autrui par la voix corporelle. Ces émotions vont faire écho chez le psychomotricien, étant donné que « *l'émotion engage le corps de façon toute particulière, en ceci qu'elle modifie l'état somatique et ce sont ces signes corporels qui s'offrent au regard, qui émeuvent celui qui en est témoin et déclenchent une même modification en son propre soma, même s'il n'en est pas la cause directe*⁶³ ».

⁵⁷ FRITIS ARCAYA S., *Techniques et médiations*, Thérapie psychomotrice et recherches, 2010, N°161, page 79.

⁵⁸ POTEL C., *Le corps et l'eau*, page 54.

⁵⁹ La désafférentation consiste en l'absence, ou en la grande pauvreté, des sensations atteignant le cerveau.

⁶⁰ FRITIS ARCAYA S., *Techniques et médiations*, Thérapie psychomotrices et recherches, page 78.

⁶¹ POTEL C., *Le corps et l'eau*, page 55.

⁶² Ibid. page 27.

⁶³ AULAGNIER P., repris par POTEL C., *Le corps et l'eau*, page 27.

La décision d'une prise en soin en bain thérapeutique est réfléchi et décidée en équipe suite aux observations cliniques de la psychomotricienne.

e) Prise en soin psychomotrice

Les séances en bain thérapeutique se déroulent généralement de la même manière. L'équipe soignante est prévenue en amont, ce qui permet d'éviter que Mme G. ait la toilette intime de faite le matin.

La salle est préalablement préparée. L'idée est de créer une ambiance, un cadre, qui donne envie, qui appelle à la douceur et à la détente, basée sur le concept Snoëzelen. Pour cela, nous réchauffons la pièce, baissons les volets électriques pour réduire la luminosité, des lampes diffusant une lumière blanche et/ou des couleurs et une bougie sont allumées, des tableaux et des coquillages sont accrochés aux murs et nous diffusons une musique de relaxation. Nous ajoutons des sels de bain dissolubles dans l'eau qui diffusent une odeur de vanille. Des serviettes sont préalablement posées sur le radiateur afin de les chauffer et les affaires personnelles de Mme G. sont préparées pour éviter les allers-venus après le bain. Tout cela est dans l'objectif d'engendrer *des stimulations sensorielles* au niveau visuel, auditif et olfactif.

Mme G. est dans sa chambre, souvent endormie dans son fauteuil, lorsque nous allons la chercher. Nous la réveillons doucement en utilisant un toucher au niveau de ses épaules ou de ses mains, tout en adaptant notre voix, de manière à ne pas être intrusives. Mme G. se réveille, ouvre les yeux quelques secondes et émet quelques gémissements. Nous lui expliquons que nous lui avons préparé un bain chaud et que si elle est d'accord, nous allons l'y conduire. Mme G. acquiesce soit avec un mouvement de tête, soit en émettant une vocalise. Nous la transférons dans un fauteuil roulant et la conduisons jusqu'à la salle de bain.

Au quotidien, Mme G. peut s'opposer aux soins et manifester son désaccord. A chacune des séances, je constate qu'elle ne s'oppose pas et semble apprécier de venir en séance.

Lorsque nous entrons dans la salle, Mme G. garde souvent les yeux fermés. Toutefois, la chaleur qui émane de la pièce, l'odeur des huiles essentielles, la faible luminosité et la musique informent d'un changement d'environnement facilement identifiable au bain.

Nous aidons Mme G. à se mettre debout afin de pouvoir la dévêtir. La mise à la verticale peut-être difficile compte tenu de son hypotonie et de sa faible force musculaire, mais elle reste toutefois possible.

Mme G. arrive à tenir plusieurs minutes en s'accrochant au rebord du lavabo. Durant cet instant, j'ai pu observer que cette position n'était pas rassurante pour elle. En effet, elle émet des vocalises témoignant certainement de son angoisse, son bassin est en rétroversion, son dos en cyphose et ses genoux fléchis. Sa position vacillante et tremblotante, marque son inhabitude et sa crainte de se retrouver dans cette position. Etant donné ses antécédents de chute, je suppose que la position verticale eut ravivé chez Mme G. des traumatismes psychocorporels et entraîner de fortes angoisses. Pour éviter que ce moment ne devienne trop difficile, nous essayons de le faire durer le moins longtemps possible tout en anticipant et accompagnant nos gestes de paroles, en lien avec *la fonction contenant* du holding de Winnicott. Il est arrivé que Mme G. ne tienne plus la position et se laisse totalement aller dans les bras de ses accompagnatrices.

Ensuite, nous installons Mme G. sur le hamac (voir annexe) et la positionnons en décubitus dorsal. La psychomotricienne recouvre son corps d'un drap afin de préserver son intimité. Ce drap, lorsqu'il sera mouillé, pourra permettre à Mme G. de *sentir ses limites corporelles* par le biais du poids du tissu sur son corps. Nous déplaçons le hamac au-dessus de la baignoire.

De manière à toujours être le plus contenant possible, nous verbalisons nos actes et ce qu'il se passe afin que Mme G. puisse anticiper la situation et se sente en sécurité. Les personnes atteintes de démence n'ont plus la capacité d'anticipation et d'attention divisée, le fait de verbaliser tout ce qu'il se passe permettra de prévenir nos actions, d'éviter l'effet de surprise et de *créer une relation de confiance*.

L'immersion se fait progressivement, par étape, afin d'éviter l'émergence d'angoisse. Nous commençons par mouiller ses mains, ses bras puis ses pieds, permettant à Mme G. de s'habituer à la chaleur de l'eau et à la sensation que ça lui procure. Nous pouvons observer par ses réactions verbales et non-verbales, si la température de l'eau lui convient et si elle est prête à ce que l'on commence l'immersion.

Lors des 4 premiers bains, l'immersion a été difficile pour Mme G. Lorsque nous élevions petit à petit la baignoire, elle manifestait une certaine angoisse : ses yeux s'ouvraient, ses jambes se mettaient en flexions, elle s'agrippait à la personne à côté d'elle ou au rebord de la baignoire en émettant des cris. Effectivement, « *s'immerger, c'est accepter de quitter des repères connus et rassurants pour découvrir un autre monde, d'autres perceptions, d'autres rapports à l'autre*⁶⁴ ». Pour pallier à cette angoisse, la psychomotricienne garde un contact physique appuyé sur l'épaule ou la main de Mme G. et verbalise ce qu'elle perçoit de ses ressentis, en validant ses émotions. Ainsi, en verbalisant ses ressentis et ce qu'elle voit des réactions de Mme G., la psychomotricienne lui permet de mettre des mots sur ses sensations, ses émotions, et par ce biais, de favoriser le processus de représentation. Nous pouvons faire un lien avec la fonction alpha développée par Bion, la psychomotricienne transforme les

⁶⁴ POTEL C., *Le corps et l'eau*, page 66.

sensations brutes, non assimilables à la pensée en éléments « bons à penser » lui permettant de mieux comprendre son environnement.

Petit à petit, Mme G. ne manifestera plus d'émotions négatives ou de surprise durant l'immersion. Nous pouvons penser que la régularité des séances impliquant ces stimulations peut participer à *un ancrage émotionnel* lié à des affects positifs chez Mme G. Avec cette régularité, *un cadre contenant et structurant* à pu se mettre en place favorisant un sentiment de *confiance et de sécurité*.

Lorsque son corps est entièrement immergé, Mme G. se calme, ferme les yeux et se relâche progressivement. L'eau possède une *fonction contenant*, en référence au Moi-peau d'Anzieu, étant donné qu'elle recouvre, enveloppe et induit des sensations tactiles qui *facilitent une perception de l'ensemble du corps et du monde extérieur*. Cela va également permettre une *consolidation de ses limites corporelles*. Nous la laissons s'habituer à la sensation que procure l'eau chaude sur son corps et à la stimulation vestibulaire induite par le flottement et l'apesanteur de l'eau.

Suite à ça, nous lui proposons un toucher-massage, qu'elle accepte. Ce toucher est effectué en alternance par la psychomotricienne et moi-même.

Nous débutons le toucher par le bassin. Le bassin est la zone du corps qui relie le haut et le bas, il représente la partie centrale de celui-ci et par son biais, transitent les énergies nécessaires au mouvement. Nous pouvons supposer, du fait de son immobilité et de sa position assise continue, que Mme G. ne ressent plus cette énergie centrale, cette stabilité induite au niveau du bassin. Alors que, « *le rebond et la perception de la verticalisation nécessite aussi de vivre la région du bassin comme un lieu de solidité et de stabilité⁶⁵* ». La verticalisation permet de s'inscrire dans un espace, elle nous ramène à nos perceptions, à notre présence à nous-mêmes. Ainsi, le fait de commencer par stimuler cette zone pourrait permettre d'inférer chez Mme G., une centration, une sensibilité à ses sensations au niveau ventral participant à l'élaboration d'un *ancrage corporel fiable et stable* et une intégration de la conscience du bassin. Mme G. semble apprécier le toucher de cette zone, les traits de son visage se détendent et elle ne manifeste aucune opposition.

Nous poursuivons le toucher au niveau des membres inférieurs. Pour commencer, nous effectuons un toucher par « pressions » du haut de la cuisse jusqu'aux orteils. Nous utilisons ensuite des mouvements plus lisses et englobants avec le plus possible, toute la surface de la paume des mains et de manière appuyée afin de favoriser un *toucher contenant et enveloppant*. Avec un appui sur les jambes de Mme G. nous induisons également des balancements sur tout son corps afin d'émettre des stimulations au niveau vestibulaire. Nous passons ensuite aux membres supérieurs, en commençant des épaules jusqu'aux doigts, en passant par le thorax avec le même procédé que pour les membres inférieurs.

⁶⁵ GILLANT E., *Accompagner la verticalisation dans ses dimensions symboliques et corporelles*, Thérapie Psychomotrice et Recherches, 2012, N°172, page 83.

Petit à petit, nous sentons que Mme G. se détend et lâche prise. Sa respiration devient plus ample et profonde, ses membres inférieurs se relâchent et elle finit par s'endormir. Mme G. semble être dans une *détente psychocorporelle profonde*.

Nous continuons par un toucher au niveau du visage. Le visage est une zone particulièrement sensible au toucher, en référence à l'homonculus sensitif. En effet, c'est la partie qui reflète le plus notre identité. Il est fréquent que les sujets déments expriment une certaine opposition voire une agressivité lorsqu'on leur touche le visage. Ce n'est pas le cas pour Mme G., qui, au contraire, semble apprécier ce moment.

Nous poursuivons le toucher au niveau des omoplates et terminons par un shampoing accompagné d'un massage du cuir chevelu.

Le toucher effectué sur tout le corps de Mme G. a permis d'induire des sensations afin qu'elle puisse *délimiter et ressentir les différentes parties de son corps*. Cela facilitant une *reconstruction de son enveloppe corporelle*. De plus, les sensations induites se voulant agréables et positives, favoriseront l'émergence d'éprouvés corporels participant à *un renforcement du schéma corporel*. La mémoire limbique, centre des émotions, a pu être stimulée et faire resurgir des événements passés, chargés émotionnellement, pouvant amener à une *prise de conscience de son être corporel*.

Durant une séance de bain thérapeutique, un dialogue tonico-émotionnel s'installe. En effet, lors du toucher, je suis très attentive aux réactions corporelles de Mme G. J'essaie d'observer et d'interpréter au mieux ses expressions du visage, ses variations toniques, sa respiration, ses micromouvements afin d'adapter mes gestes, mon toucher de manière la plus juste possible. Cette communication permet l'émergence et la création d'une relation de confiance où chacun se reconnaît comme un individu à part entière. Ainsi, « *toucher, c'est en quelque sorte 'porter l'autre' vers une connaissance ou une reconnaissance de lui-même en tant que sujet*⁶⁶ ».

A la fin du toucher, nous laissons un temps à Mme G., afin qu'elle puisse profiter de cet état de détente en se laissant aller dans les sensations qui ont été induites. Nous engageons la fin du bain en vidant progressivement l'eau de la baignoire et recouvrons Mme G. de serviettes préalablement chauffées.

Durant le temps de l'habillage, Mme G. peut entrouvrir les yeux et nous aider en tendant son bras ou en se tenant droite. Ainsi, nous pouvons penser que les stimulations et sensations insufflées sur tout le corps de Mme G., lui ont permis de sentir et percevoir son corps comme *étant « capable de »*, un corps qui ressent, qui bouge et qui peut interagir avec autrui. Cette expérience sensorielle a pu être associée à un vécu émotionnel positif et par là, participe à *au réinvestissement du schéma corporel et à la renarcissisation de l'image du corps*.

⁶⁶ POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, page 125.

Nous avons pu également observer, après avoir verticalisé Mme G. pour faciliter l'habillage, qu'elle retrouve un tonus axial important. En effet, ses jambes et son dos sont droits, sa tête n'est plus dirigée vers le sol mais devant elle et ses yeux sont ouverts. Elle peut tenir le temps nécessaire à la verticale et manifeste un tonus plus conséquent. Je remarque qu'elle ne « s'agrippe » pas au lavabo durant la prise en soin et que son équilibre semble être majoré.

Après avoir coiffé Mme G., nous la raccompagnons dans le lieu de vie afin qu'elle puisse y prendre le repas du midi.

Conclusion

Madame G, a bénéficié de 13 bains à ce jour. Cette médiation semble être toujours indiquée et à poursuivre.

Effectivement, cette médiation semble avoir eu un effet positif pour cette dame. Tout d'abord, en nous donnant son accord, Mme G. nous témoigne de sa compréhension du langage verbal et de son envie de nous communiquer qu'elle peut décider et devenir actrice de ses choix. De plus, nous avons pu observer un apaisement des troubles du comportement durant les bains. Les cris cessent totalement, Mme G. n'est plus repliée sur elle-même et s'ouvre à la relation, elle accepte de communiquer lorsque nous lui posons des questions, elle devient capable d'initier des mouvements lors de l'habillage, elle retrouve un tonus axial important et enfin elle semble plus présente. Tout cela est source d'un réinvestissement corporel.

De plus, le bain et le toucher semblent avoir influé des sensations corporelles agréables se reflétant par un relâchement musculaire important et de ce fait d'une détente psychocorporelle. Les sensations induites ont également pu amener le ressenti d'émotions positives, de plaisir. En effet, par le biais du toucher, Mme G. a pu sentir son corps de manière unifiée, capable de sentir et ressentir des sensations. Ce sentiment participe à la reconstruction de son schéma corporel et une revalorisation de son image du corps. Cela a pu également faciliter l'accès à une reconnaissance corporelle renforçant le sentiment d'unité et conduisant à retrouver une sécurité interne.

De surcroît, la réciprocité assurée par le toucher permet de se sentir existé et reconnu dans les mains d'autrui. Par le contact direct qu'il engendre et ses effets sur la tonicité, le toucher permet de reprendre contact avec le monde environnant, d'être dans le présent, dans l'immédiateté de ce langage corporel. L'observation fine du langage corporel et le dialogue tonico-émotionnel ont permis à Mme G. de se sentir écoutée et respectée. Une relation s'est véritablement créée au travers du toucher.

C- Retour sur cette médiation et sur mon cheminement personnel

L'accompagnement de Mme J. et Mme G. en psychomotricité au travers du toucher thérapeutique m'a fait me questionner sur ce médiateur et sur mon positionnement en tant que future psychomotricienne. J'ai pu apprendre à l'utiliser, à voir ce qu'il pouvait engendrer et j'ai également pu appréhender mes limites.

Le toucher implique un contact direct, peau à peau, dans lequel deux individus se rencontrent. Cela engendre une réciprocité qui fait que l'on ne peut toucher sans être touché en retour. Nous avons chacun notre propre vécu, nos propres représentations qui nous font vivre ce médiateur de manière personnelle. En tant que psychomotricien, il est essentiel de savoir ce que peut procurer un toucher chez autrui mais aussi de l'avoir apprivoisé en nous, afin de ne pas être débordé par nos émotions durant le soin. De plus, ce médiateur impose une distance infime qui nous induit à maintenir une distance affective adaptée, en étant attentif à ce qui émane de soi et de l'autre. Ainsi, il est nécessaire, tant pour son propre équilibre que pour celui de l'autre, d'apprivoiser cette forme de communication.

Une personne atteinte de démence nous renvoie inéluctablement à notre propre mort. Même si la démence ne touche qu'essentiellement les sujets âgés, nous y sommes confrontés à partir du moment où nous sommes face à elle. Cela suppose d'avoir une certaine réflexion, un certain recul afin de pouvoir commencer un travail qui puisse mettre en jeu nos propres ressentis, affects et représentations.

En tant que psychomotricien nous sommes là pour accompagner de manière adaptée, à son rythme, le sujet dément, dans ses expériences motrices, relationnelles et sensorielles. Au travers de ces accompagnements, j'ai pu étayer ma sensibilité et ma lecture psychomotrice au langage corporel. Je me suis rendue compte qu'il était essentiel d'être disponible, ancré et centré en séance. Cette disponibilité est indispensable au dialogue tonico-émotionnel qui se met en place. Par ce dernier, nous transmettons à autrui notre état tonique, nos émotions... si nous ne sommes pas disponibles, nous ne pourrions pas entrer en communication et être à l'écoute de l'autre.

Pour être disponible, à l'écoute et inciter à la détente, nous devons nous-mêmes être dans une position qui nous est confortable. Notamment en séance Snoezelen, il m'est arrivé d'être mal positionnée durant un massage. Cette gêne a entraîné une certaine tension dans mes membres supérieurs qui m'empêchait d'être à l'écoute de l'autre et de mes ressentis.

Nous devons également être authentiques dans la relation. Pour cela, la verbalisation de nos ressentis, même ceux qui nous dérangent, est importante. Par exemple, durant le bain

thérapeutique, Mme G. gardait ses yeux fermés. Nous nous sommes alors demandé si c'était un moyen de se couper de la relation ou bien si cela lui permettait de se centrer sur ses sensations. Nous avons alors verbalisé nos impressions à Mme G, afin de les lui transmettre d'être le plus authentiques possible dans la relation.

Dans ces deux études de cas, le toucher apparaît comme un vecteur privilégié. Ce n'est pas le cas pour tout le monde. Il faut que cela soit réfléchi et adapté à la problématique du résident. Une observation fine du langage et du comportement est nécessaire pour déterminer le ou les sens dominants de la personne.

Même si la psychomotricienne est la seule dans l'institution, le lien avec l'équipe soignante est indispensable. L'échange des observations en séance et dans les moments de la vie quotidienne permet d'avoir une vision plus globale du résident et de ce fait, améliore le soin. Par exemple, pour Mme J., nous savons qu'elle apprécie beaucoup le massage des pieds et qu'elle s'oppose souvent au soin. Nous pouvons alors suggérer à l'équipe, en cas d'opposition, de proposer un massage des pieds à Mme J. afin d'engendrer une détente, une relation, qui rendront la toilette moins problématique.

Durant ce stage, j'ai appris des choses pouvant paraître évidentes, logiques à première vue mais qui sont des conditions essentielles pour entrer en contact avec une personne âgée atteinte de démence à stade avancée. Avant de débiter mon stage au sein de l'UHR, je n'avais eu qu'une courte expérience auprès des personnes atteintes de démence. Ce fût une réelle découverte de la pratique psychomotrice auprès de cette population.

J'ai beaucoup appris sur la manière d'aborder et d'entrer en relation avec les résidents. En effet, il m'était difficile dans les premiers temps, de savoir comment me comporter, comment communiquer, quoi répondre... En prenant conscience que les sujets déments n'ont pas d'attention divisée et de capacité d'anticipation, j'ai pu adapter mes paroles et ma manière de communiquer. Pour cela je pose désormais des questions courtes et plutôt fermées, je suis attentive à ne pas trop donner d'informations et j'essaie de parler d'un ton clair avec un rythme lent.

J'ai pu m'apercevoir que l'expression que je donnais à mon visage, influençait de manière considérable la communication avec les résidents. En effet, lorsque nous communiquons avec des sujets déments, nos expressions sont très vite interprétées. En début de stage, tous mes repères étaient chamboulés et je redoutais que mes incertitudes, mes doutes soient vite analysés et interprétés par les résidents et de ce fait, qu'ils ressentent mon « malaise ». Ainsi, accentuer notre expression, permet une meilleure communication à condition qu'elle soit la plus sincère possible.

Le rythme de vie, en début de stage, me paraissait être comme au ralenti. Mais je me suis aperçue que la moindre agitation pouvait entraîner des troubles du comportement chez

certains résidents. L'environnement doit être stable, régulier et doit éviter d'envoyer trop d'informations sensorielles. Trop de stimulations engendreraient de l'angoisse voire de l'agressivité chez les résidents et les mettraient en insécurité. De ce fait, il faut éviter d'occasionner toute forme d'agitation. Pour cela on peut adapter le son de notre voix, se déplacer plus lentement qu'à notre habitude, être attentif à ne pas mettre une musique trop forte...

La mémoire est défaillante chez tous les sujets déments. Certains résidents revivaient des situations très connotées émotionnellement ce qui pouvaient faire émerger une grande tristesse, des pleurs. J'ai appris qu'il était inutile d'essayer de les ramener dans notre réalité. Avoir une écoute attentive, valider les propos du sujet, être en empathie sont nécessaires et peuvent ramener le résident dans une émotion positive.

Lorsqu'un trouble du comportement apparaît et pouvant mettre en danger autrui, il est essentiel de ne pas aller contre la personne qui exprime le trouble afin qu'elle ne se sente pas agressée. Nous devons chercher la source de ce trouble, aborder le résident de manière calme et réfléchi, « aller avec » et non contre le trouble, afin d'apaiser la situation et de signaler que nous ne sommes pas un danger.

Pour terminer, je dirai que le plus important dans l'accompagnement d'une personne atteinte de démence, est de ne jamais oublier que malgré les atteintes cognitives, aussi profondes soient-elles, nos aînés restent des personnes uniques, avec une histoire, une sensibilité et une émotivité qui leur sont propres.

Conclusion

Tout nouveau-né, dès sa naissance, démarre un processus qui le suivra jusqu'à sa mort : le vieillissement. Ce processus s'enrichit de nos expériences motrices, sensorielles, intellectuelles et relationnelles pour nous faire grandir, progresser et évoluer.

Arrivé à un certain âge, le vieillissement prendra une toute autre réalité. Les fonctions acquises se perdront petit à petit amenant le sujet à des bouleversements, des pertes qui l'obligeront à s'adapter au quotidien.

Il arrive, qu'en plus de ces fragilités, se surajoute une démence. Cette dernière portera particulièrement atteinte à la mémoire, touchant le sujet dans son intégrité psychocorporelle. Les troubles de la mémoire amèneront progressivement le sujet à une déstructuration du schéma corporel et de l'image du corps, ainsi qu'à une perte de la reconnaissance de soi et de l'Autre. Ces troubles favoriseront l'émergence d'une insécurité interne, d'un mal-être et d'angoisses qui, de manière générale, s'exprimeront par des troubles du comportement.

Nous avons donc supposé qu'une approche sensorielle serait adaptée afin d'influer un apaisement des troubles du comportement. De là, nous nous sommes intéressés à un outil utilisé en psychomotricité : le toucher thérapeutique. Nous savons que le toucher est pratiqué en premier lieu comme un moyen de communication entre une mère et son enfant. Ce toucher rassurant et contenant permet le développement du Moi psychique et corporel de l'enfant. Dans la démence, la communication verbale se retrouve être très altérée. D'après C. Potel, « *le toucher intervient souvent là où il n'y a pas de mots*⁶⁷ ». De ce fait, passer par la voix corporelle permettra de restaurer une communication rassurante et authentique.

Suite à l'établissement d'une communication et d'une relation, nous pourrons commencer un travail corporel. Par l'apport d'expériences positives nous tenterons d'abaisser le niveau tonique, de favoriser un lâcher prise tout en soutenant et renforçant le schéma corporel et l'image du corps du sujet. Celui-ci pourra retrouver le plaisir d'un corps fonctionnel, capable de ressentir et éprouver. De plus, la réciprocité qu'impose le toucher permettra au sujet de se sentir considéré et reconnu comme une personne à part entière. Tout cela favorisera la restauration d'une sécurité interne, et par là, un apaisement des troubles du comportement.

Nous ne pouvons toutefois pas prétendre que le toucher thérapeutique suffise à apaiser les troubles du comportement sur le long terme. Il apporte un élément de réponse, une piste de

⁶⁷ POTEL C., *Entre théorie et pratique*, page 127.

soin dans un temps T. Nous pouvons supposer qu'avec la régularité des séances et un ancrage émotionnel positif, les bienfaits du toucher puissent être prolongés.

Mon expérience auprès de la personne âgée démente à stade avancé me permet d'affirmer que le toucher thérapeutique représente une piste de soin privilégiée pour les problématiques de cette population. Pour autant, ce médiateur n'est pas exclusivement destiné au sujet dément. J'ai pu, durant un stage dans une Equipe Mobile de Soins Palliatifs, observer les bienfaits du toucher chez des personnes en fin de vie. Ainsi, peu importe la pathologie, le sens tactile reste efficient jusqu'à la fin malgré des pertes cognitives et des dégradations corporelles. Le toucher reste un médiateur essentiel pour renouer le corps avec l'esprit.

Bibliographie

ALBARET J-M., AUBERT E., *Vieillesse et psychomotricité*, Editions Solal, 2001.

ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, Editions Dunod, 2006, pages 93 à 178.

BOUTINAUD J., RODRIGUEZ M., *Le corps abîmé*, Thérapie psychomotrice et recherches, N°166, 2011.

BOUTINAUD J., RODRIGUEZ M., *Techniques et médiations*, Thérapie psychomotrice et recherches, n°161, 2010.

BRETHES C., « Je vieillis donc je suis : Renarcissiser nos aînés en institution par la médiation toucher », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2013.

CHARPENTIER E., « Toucher thérapeutique et psychomotricité : Soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée », Mémoire de psychomotricité, Paris, 2013.

CALZA A., CONTANT M., *Psychomotricité*, Editions Masson, 1994.

DEFONTAINES F., *Les démences*, Ed. Med-Line, Paris, 2001.

DEROUESNE C., SELMES J., *La maladie d'Alzheimer : Comportement et humeur*, Edition John Libbey Eurotext, Paris, 2005, pages 1 à 35.

DETHIVILLE L., *Donald W. Winnicott : Une nouvelle approche*, Editions CampagnePremière, 2008.

DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Editions du Seuil, Paris, 1984.

GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., *Soins palliatifs et psychomotricité*, Ed. Heures de France, 2007.

GILLAN E., *Déclinaisons autour de la verticalité : Son développement et ses dessins*, Thérapie psychomotrice et recherches, n°172, 2010, pages 76 à 85.

GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanité : Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Editions Daniel Redford, Paris, 2005.

GRISE J., *Accompagner la maladie d'Alzheimer à un stade avancé : Communication et gestion des troubles du comportement*, Editions Les Presses de l'Université Laval, Lyon, 2014.

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

<http://insee.fr>

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

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

KILEDJIAN E., *Les incertitudes du corps souffrant*, Revue Jusqu'à la mort accompagner la vie, n°118, Editions PUG, 2014.

LANDERVILLE P., ROUSSEAU F., VOYER P., *Symptômes omportementaux et psychologiques de la démence*, Editions Edisem, 2005, pages 5 à 38.

MONTAGU A., *La peau et le toucher : Un premier langage*, Editions du Seuil, Paris, 1979.

ORAIN S., *Le Snoezelen*, Gérontologie et Société, n°126, 2008, pages 157-164.

PERSONNE M., *Le corps du malade âgé : Pathologies de la vieillesse et relation de soins*, Editions Privat, Toulouse, 1994.

PERUCHON M., *Du Moi-Peau : Application à la gérontologie et à la ritualité*, Psychologie clinique et projective, n°7, 2001, pages 45-54.

POTEL C., *Psychomotricité : Entre théorie et pratique*, Editions In press, 2010, pages 17 à 149.

POTEL C., *Etre psychomotricien*, Editions Eres, 2013.

POTEL C., *Le corps et l'eau : Une médiation en psychomotricité*, Edition Eres, 1999.

PRAYEZ P., SAVATOFSKI J., *Le toucher apprivoisé*, Editions Lamarre, 2002.

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux*, Editions De Boeck-Solal, 2015.

GIROMINI F., ALBARET J-M., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques*, Editions DeBoeck-Solal, 2015.

THIVEAU M., *Le toucher en thérapie psychomotrice*, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°121, 2000, pages 12 à 15.

VIAUD-BESSONNET V., « Bouger pour continuer d'exister : Lecture psychomotrice des comportements moteurs répétitifs de personnes atteintes de démence de type Alzheimer en EHPAD », *Mémoire de psychomotricité*, Bordeaux, 2014.

Annexes

NPI-ES destiné aux soignants

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 I0					[]	
<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 I2					[]	

Photos de la salle de bain

La baignoire



Le hamac



Photos de la salle Snoëzelen

Matelas à eau et ciel étoilé



Fibres optiques



Colonne à bulles et siège vibrant

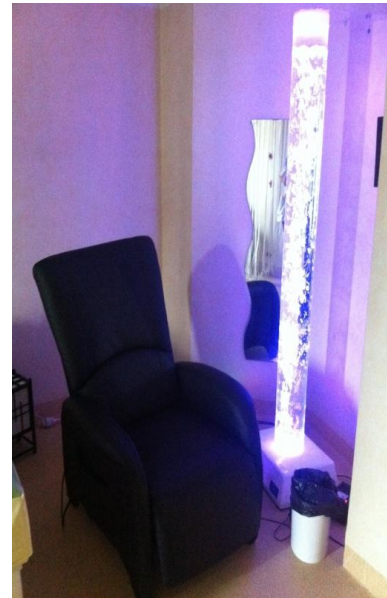


Table des matières

Remerciements

Sommaire

Avant propos	1
Introduction	2
Chapitre 1 : Du vieillissement naturel à la démence	4
A- Du processus du vieillissement... ..	4
1- Qu'est-ce que le vieillissement ?	4
2- Les modifications associées au vieillissement de l'Homme	5
B- ... A l'apparition de la démence	10
1- Qu'est ce que la démence ?	10
2- Le diagnostic.....	11
3- Classification des démences	12
C- La maladie d'Alzheimer.....	15
1- Historique et définition de la maladie d'Alzheimer	15
2- Physiopathologie	15
3- Manifestations cliniques	17
4- Les plans Alzheimer	18
D- La démence et la mémoire	20
1- Le cerveau et la mémoire.....	20
2- Processus de la mémoire.....	21
3- Description et fonctionnement.....	22
4- Qu'en est-il dans la démence ?	24
E- La démence et les troubles du comportement	27
1- Qu'est ce qu'un trouble du comportement ?	27
2- Les troubles du comportement	27
4- Les étiologies	31
5- Les prises en soin médicamenteuses et non médicamenteuses	32
La Chapitre 2 : Le toucher thérapeutique	35
A- La peau et le toucher	35
1- La peau	35

2-	Le toucher	39
B-	Le toucher dans le développement de l'enfant et chez la personne âgée démente	43
1-	Le toucher dans le développement de l'enfant	43
2-	Qu'en est-il dans la démence ?	47
C-	Le toucher en psychomotricité	53
1-	L'élaboration d'un savoir-faire et d'un savoir-être psychomotricien.....	54
2-	Le cadre thérapeutique.....	54
3-	Le toucher et la distance relationnelle	55
Chapitre 3 : Etudes de cas : accompagnement par le toucher lors d'un bain thérapeutique et en séance Snoëzelen		57
A-	Le contexte de prise en soin	57
1-	La population accueillie.....	58
2-	L'équipe.....	59
3-	Philosophie de soin de l'Unité.....	60
4-	La place de la psychomotricité	61
B-	Etudes de cas : Madame G. et Madame J.....	64
1-	Madame J.....	64
2-	Madame G.	74
C-	Retour sur cette médiation et sur mon cheminement personnel.....	85
Conclusion.....		88
Bibliographie.....		90
Annexes		93
Tables des matières.....		96