



HAL
open science

Ajoutons de la vie aux sens pour redonner sens à la vie : prise en charge psychomotrice de la Maladie d'Alzheimer par l'approche SNOEZELEN

Noémie Pacaud

► **To cite this version:**

Noémie Pacaud. Ajoutons de la vie aux sens pour redonner sens à la vie : prise en charge psychomotrice de la Maladie d'Alzheimer par l'approche SNOEZELEN. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359530

HAL Id: dumas-01359530

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359530>

Submitted on 2 Sep 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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris



Ajoutons de la vie aux sens pour redonner sens à la vie

Prise en charge psychomotrice de la Maladie
d'Alzheimer par l'approche *SNOEZELEN*



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

PACAUD Noémie

Référentes de Mémoire :

POUCHAIN Perrine
PRYFER Charlotte

SESSION JUIN 2016

Remerciements

Je profite de cette page pour remercier en premier lieu ma maître de stage et maître de mémoire, Perrine POUCHAIN. Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans l'élaboration de ce mémoire, merci pour ton écoute et ta disponibilité tout au long de cette année. Merci de m'avoir fait découvrir la psychomotricité auprès du sujet âgé et de m'y avoir convertie.

Je remercie également Aurélie DANIEL, Louise DORSY et Charlotte PRYFER, pour leurs relectures attentives et échanges constructifs lors de ma réflexion.

Je suis très reconnaissante auprès des psychomotriciens et autres professionnels que j'ai croisé au cours de ces trois années de formation. Merci de m'avoir tant appris, merci de m'avoir fait partager votre passion du métier et d'avoir contribué à mon identité professionnelle.

Je remercie chaleureusement ma famille et mon entourage pour le soutien et la présence qu'ils ont su m'apporter jour après jour. Merci d'avoir cru en moi. J'adresse mes sincères remerciements à Aurore pour ses relectures, ses qualités littéraires et informatiques, mais également pour la qualité de son écoute et pour son investissement considérable dans ce travail. À Blandine pour ses compétences linguistiques. À Corinne pour la richesse de nos échanges.

Un grand merci à mes copines Psychomot, pour ces moments de rires, de partages, d'échanges, de stress et d'enthousiasme. À Audrey, Charline, Claire, Hortense et Manon.

Enfin, merci à l'équipe de l'EHPAD pour cet accueil, à Mme A, à Mme R, aux résidents et à l'ensemble des patients que j'ai croisé sur mon chemin durant mes études.

Sommaire

Introduction	5
A) PARTIE THEORIE :.....	7
1- Prendre de l'âge	7
a) La vieillesse	7
b) Le vieillissement.....	8
Le vieillissement sensoriel	8
Le vieillissement cognitif	9
Le vieillissement psychomoteur	11
Le vieillissement psychique et psycho-affectif.....	12
c) L'installation d'une démence.....	13
Qu'est-ce qu'une démence ?.....	13
La maladie d'Alzheimer ou Démence Sénile de Type Alzheimer (DSTA).....	14
Les manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer	16
La communication et les malades atteints d'Alzheimer	20
2- La multisensorialité	21
a) Le concept <i>Snoezelen</i>	21
b) La sensorialité à travers les cinq sens en <i>Snoezelen</i>	23
c) La contenance.....	25
<i>Handling, Holding</i> de WINNICOTT D.W.	26
Le <i>Moi-peau</i> d'ANZIEU D.	27
d) Le bien-être psychocorporel	28
La relaxation	29
Le toucher thérapeutique auprès de la personne âgée	31
B) PARTIE CLINIQUE :.....	34
1- Le cadre thérapeutique.....	34
a) Présentation de l'institution	34
b) Présentation de l'équipe	35
c) Place du psychomotricien	35
2- Cas cliniques.....	37
a) Mme A	38
Anamnèse et profil	38

	Bilan et projet thérapeutique	39
	Prise en charge.....	42
b)	Mme R	46
	Anamnèse et profil	46
	Bilan et projet thérapeutique	47
	Prise en charge.....	50
C)	PARTIE DISCUSSION :	54
1-	Snoezelen, maladie d'Alzheimer et psychomotricité	54
	a) Une relation à créer.....	54
	b) Unité et détente psychocorporelle	57
	c) Communication non-verbale	59
2-	La vie Alzheimer	62
	a) Représentations de la maladie d'Alzheimer	62
	Conceptions occidentales	62
	Philosophie chinoise.....	64
	Alzheimer et institution	65
	b) Et si on accompagnait autrement la maladie d'Alzheimer ?	68
	Accompagnement de la famille et du malade au quotidien.....	68
	Prévention autour de la communication	71
	Présence et écoute : la Validation	73
	L'Humanité	76
	Jusqu'au bout de la vie	78
	Conclusion	81
	Bibliographie	83
	ANNEXE 1 : Grille AGGIR de Mme A	I
	ANNEXE 2 : Grille AGGIR de Mme R	III
	ANNEXE 3 : La salle <i>SNOEZELEN</i>	IV
	ANNEXE 4 : Fiche <i>SNOEZELEN</i>	V

Introduction

J'ai découvert pour la première fois au cours d'un stage d'observation en Gériatrie, ce qu'était la maladie d'Alzheimer. Bien que l

'on nous enseigne au cours de notre formation les bases théoriques, ce n'est que confrontés à cette démence que nous la comprenons réellement. À la suite de ce stage, j'ai eu l'envie d'approfondir ma connaissance de la psychomotricité auprès de personnes âgées et notamment autour de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. C'est ce qui m'a poussée à réaliser mon stage de troisième année au sein de la même institution.

Les premières semaines ont été riches d'enseignements, je découvrais peu à peu les différentes facettes de la maladie. J'ai pu me rendre compte que l'atteinte ne se résumait pas aux capacités mnésiques. J'ai observé chez de nombreux résidents des comportements d'angoisses. En effet, les bases sur lesquelles la personne s'était construite se voient mises à mal, l'identité de la personne est atteinte. J'ai alors pris conscience de l'importance d'apporter un cadre contenant et sécurisant pour ces malades afin de diminuer leur anxiété. Une seconde particularité m'a interpellée : la démence met à l'écart, les troubles de la communication apparaissent au cours de la maladie. Ces derniers réduisent les capacités d'interactions. La relation permet au sujet de se différencier de l'autre et de trouver sa place au sein de son environnement.

De nombreux questionnements ont émané de discussions avec ma maître de stage, de mes observations et surtout de mes rencontres au sein de l'EHPAD¹. La réflexion que je mène à travers ce mémoire est née de ces observations cliniques. Je tenterai de répondre à la question suivante : Comment la prise en charge psychomotrice en *Snoezelen* peut amener le sujet dément à une unité et une détente psychocorporelle tout en maintenant une présence à l'autre ?

¹ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

J'orienterai ainsi mon travail autour d'un accompagnement propice à la rencontre. J'ai envisagé l'approche *Snoezelen* comme le médiateur le plus adéquat. Au sein de cet espace, je tenterai d'amener les personnes souffrant de la Maladie d'Alzheimer à une présence à soi, tout en leur apportant une détente psychocorporelle. Le *Snoezelen* serait également un lieu propice pour favoriser la communication non-verbale et ainsi maintenir une relation.

C'est donc autour de cette problématique que va s'articuler ce mémoire. Nous allons dans une première partie nous pencher sur le vieillissement et ses conséquences, avant d'aborder un vieillissement que l'on peut qualifier de pathologique, la maladie d'Alzheimer. Cette présentation de la démence nous permettra de mieux comprendre les troubles. Pour conclure cette partie théorique, c'est toute la question de la sensorialité qui sera abordée de façon à exposer le cadre et les notions théoriques présentes au sein de mon dispositif thérapeutique.

La seconde partie sera consacrée en premier lieu à une brève présentation de l'institution dans laquelle s'est déroulé mon stage. Par la suite, je développerai les cas cliniques de Mme A et Mme R. Ces deux prises en charge m'ont permis de mettre en lumière au travers du *Snoezelen* les enjeux de ma problématique.

La première partie de la discussion traitera des moyens que possède le psychomotricien pour aborder les problématiques psychomotrices de la démence en *Snoezelen*. J'élargirai cette discussion en proposant une conception et un accompagnement autre de la maladie d'Alzheimer.

A) PARTIE THEORIE :

1-Prendre de l'âge

a) La vieillesse

Dans le dictionnaire, nous pouvons retrouver la définition suivante pour ce qui concerne la vieillesse : « Dernière période de la vie, caractérisée par un ralentissement ou un affaiblissement des fonctions. »²

Nous pouvons l'entendre comme de l'usure. Globalement, la vieillesse tend vers l'idée d'une perte, d'une dégénérescence. La vieillesse renvoie dans nos sociétés actuelles une image indiscutablement négative, elle fait écho à la laideur, la décrépitude, la déchéance et surtout à la mort. Cependant, nous pouvons également considérer l'avancée en âge comme une acquisition, il s'agit d'une réelle maturation, d'un accroissement du *Moi*.

À partir de quand vieillit-on ? Le vieillissement débute dès la naissance, MESSY J. nous dit que « nous vieillissons comme nous vivons »³, c'est le temps qui passe, l'âge qui avance chaque jour de notre vie.

« La vieillesse est un état, celui de la personne dans son âge avancé⁴ ». À quand est fixée l'entrée dans la vieillesse ? À partir de la retraite ? Dès les premiers cheveux blancs ? À soixante-quinze ans ? Lorsque la dépendance s'installe ? Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la réglementation française, une personne est âgée à partir de soixante-cinq ans.

Bien qu'il existe des caractéristiques, des signes physiques et sociaux, considérons que pour être âgé, il faut le concevoir et l'accepter. « Nous pouvons être vieux, nous voir vieux mais ne jamais se sentir vieux ».⁵ La vieillesse est une notion foncièrement subjective.

² Le petit Larousse illustré, (2010), p. 1066.

³ MESSY J., (2002), p. 200.

⁴ RICHARD J., MATEEV-DRIKX E., (2004), p. 8.

⁵ MESSY J., (2002), p. 71.

Ainsi, MESSY J. précise que « la personne âgée n'existe pas »⁶, il s'agit là d'une catégorie sociale, d'une terminologie, d'une expression asexuée et non d'une réalité humaine.

b) Le vieillissement

Le vieillissement est un processus continu, physiologique, normal connu de tout être humain. Il se ressent aussi bien au niveau sensoriel, cognitif, psychomoteur qu'au niveau psychique. Son retentissement est variable en fonction des interactions avec l'environnement et fluctue d'un individu à un autre. « La sénescence n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres »⁷ comme peut le décrire DE BEAUVOIR S.

Le vieillissement sensoriel

Tout d'abord, intéressons-nous à la **sénescence de l'œil** et de la perception visuelle que l'on retrouve en dehors de toute pathologie et de façon irréversible. Ces changements concernent tous les tissus et les composantes de l'œil. On note notamment une perception des couleurs qui s'amointrit dès l'âge de quarante ans, de par la diminution des cellules photoréceptrices et l'opacification progressive du cristallin que l'on nomme cataracte. La sensibilité à la lumière devient plus importante, le sujet âgé est plus sensible à l'éblouissement et un changement de luminosité peut nécessiter un temps plus long d'adaptation. L'acuité visuelle est moins performante et l'activité oculomotrice devient plus lente. Par conséquent, la personne âgée souffre souvent de presbytie, elle révèle des difficultés à percevoir les petits mouvements et à isoler les détails. Ainsi, la personne vieillissante est immergée dans un environnement de plus en plus flou où elle doit s'habituer à de nouveaux repères.

« Les personnes âgées s'accoutument au fait de moins voir et acceptent cet état de fait comme une conséquence de leur avancée en âge. »⁸

Les modifications de l'audition vont dans le sens d'une moins bonne discrimination avec l'âge. Le sujet âgé peine à localiser les sources sonores, on

⁶ *Ibid.* p. 6.

⁷ DE BEAUVOIR S., (1970), p. 16.

⁸ GUILLARD G., (2006) , p. 25-27.

note une presbyacousie chez 2/3 des plus de soixante-cinq ans. Elle engendre des difficultés pour entendre les sons aigus, c'est la première cause de surdité chez l'Homme.

Au quotidien, la perte auditive peut causer des difficultés de compréhension. Progressivement, la personne manifestera moins d'intérêt pour les interactions, ce qui peut l'entraîner vers un repli sur soi et un isolement social.

Le vieillissement de la perception tactile est caractérisé par une modification des composantes de la peau qui devient plus fine, plus fragile, elle perd en élasticité et peut souffrir de sécheresse. On peut également retrouver une sensibilité tactile deux fois moins importante du fait de la diminution de récepteurs. Cette baisse de sensibilité peut engendrer des difficultés en motricité fine, cependant le tact reste le sens le mieux conservé.

Une restriction des perceptions gustatives causée par une diminution du nombre des papilles peut être observée dès l'âge de soixante-cinq ans. Le sujet âgé différencie alors moins bien les saveurs, ce qui pourra parfois diminuer la soif et l'appétit. **L'acuité olfactive est amoindrie** par un vieillissement des voies olfactives, la personne âgée aura plus de difficultés à reconnaître les odeurs.

La proprioception, ou sensibilité profonde, « joue un rôle fondamental dans l'ajustement postural car elle contrôle le tonus de nos muscles et les positions de nos membres. [...] Elle nourrit la notion de conscience du sujet, d'intériorité et ancre le sentiment d'exister. »⁹ **La désafférentation de la proprioception** est causée par une raréfaction de la concentration en terminaisons nerveuses et induira des conséquences sur la marche, l'équilibre et l'ajustement tonico-postural.

Le vieillissement cognitif

Le vieillissement cognitif « se caractérise par une diminution des performances cognitives dans la plupart des domaines de la cognition. »¹⁰

Au cours du vieillissement, les fonctions cognitives se voient pénalisées par les altérations du fonctionnement cérébral, l'organisme éprouve des difficultés à s'adapter aux conditions de l'environnement. Cependant, toutes les tâches

⁹ ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., *et al.*, (2011), p. 146.

¹⁰ TACONNAT L., LEMAIRE P., (2013), pp. 89-100.

cognitives ne sont pas atteintes de la même façon, certaines étant préservées et d'autres altérées. Par ailleurs, il existe de nombreuses différences interindividuelles.

Parmi les fonctions cognitives, l'une d'entre elles est régulièrement touchée chez la personne âgée, il s'agit de la mémoire. Les plaintes mnésiques sont fréquentes. La mémoire de travail¹¹ ou mémoire à court terme perd de son efficacité, ce qui s'illustre par une baisse de la concentration. Il devient alors parfois nécessaire d'analyser à plusieurs reprises une information pour qu'elle soit comprise et retenue. La mémoire épisodique¹², est composée de trois phases : l'encodage, le stockage et la récupération de l'information. Les sujets âgés montrent des difficultés dans la phase de récupération, mais on peut noter une amélioration s'il y a un indice. C'est pourquoi il est important d'entretenir et de stimuler la mémoire quand la personne prend de l'âge.

Une des grandes caractéristiques de ce vieillissement cognitif est le déficit des processus attentionnels et de concentration, plus particulièrement de l'attention sélective.

On observe une réponse intellectuelle plus lente dès l'âge de cinquante ans ; elle est expliquée par l'addition de la baisse des processus sensori-moteurs à la diminution des capacités cognitives comme le décrit ALBARET J-M.¹³. Les temps de réaction seront plus longs dans l'action et la réflexion plus longue lorsqu'une consigne sera énoncée. Contrairement au cerveau d'un sujet « jeune », celui d'une personne âgée présente des faiblesses dans le traitement des informations, il ne peut traiter qu'une seule chose à la fois. Ainsi il est compliqué pour la personne âgée de marcher et parler en même temps, cette dernière préférera par exemple s'arrêter pour s'adresser à vous. Le sujet âgé sera également moins vigilant, moins en alerte.

Pour ce qui est du langage, le système phonologique semble le mieux préservé, il demeure intact jusqu'à la fin de la vie. La syntaxe ne semble pas non plus se modifier avec l'âge. En revanche, le lexique est perturbé avec l'avancée dans l'âge.

¹¹ Information stockée et manipulée pendant un court temps. Exemple : le calcul mental.

¹² Souvenir d'une information référencée dans un contexte spatio-temporel précis.

¹³ ALBARET J-M., AUBERT E., *et al.*, (2011), pp. 77-113.

Le vieillissement psychomoteur

Les altérations liées au vieillissement des sphères motrices et psychomotrices amènent à un ralentissement psychomoteur. Les caractéristiques du mouvement (l'amplitude, la force, la vitesse, la souplesse, l'endurance) se voient modifiées, tout comme l'aisance corporelle du sujet âgé. On retrouve des changements conséquents, notamment autour des grandes notions psychomotrices.

DE AJURIAGUERRA J. définit le schéma corporel comme « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles ». ¹⁴ Il précise que « le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique. Il fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. » ¹⁵

Ainsi, au cours du vieillissement, des troubles du schéma corporel peuvent émerger. Il s'agit notamment d'un appauvrissement de ce dernier de par la réduction de l'activité motrice, de la dégradation des structures nerveuses et des récepteurs sensoriels.

L'image du corps est également touchée. En effet, la personne âgée est atteinte dans son unité psychocorporelle ; son image de soi et sa confiance en elle sont fragilisées.

La personne âgée peut présenter des raideurs, de l'hypertonie et des paratonies¹⁶, son tonus de fond s'en voit modifié. Le tonus d'attitude s'amointrit et peut causer des cyphoses, une élévation difficile du regard, des difficultés d'ordre posturo-locomotrices et d'équilibre.

L'avancée dans l'âge perturbe la perception, la représentation et la compréhension de l'espace. Cette perturbation est en lien avec les altérations du schéma corporel, des récepteurs sensoriels et notamment proprioceptifs. Le corps est un référentiel pour l'organisation de l'espace ; peu à peu le sujet désinvestit

¹⁴ AJURIAGUERRA J., (1970), p. 239.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Incapacité de résolution musculaire de façon volontaire.

son corps et l'espace environnant. Le temps est perçu et vécu différemment, les rythmes de la personne sont modifiés avec le vieillissement.

Le vieillissement psychique et psycho-affectif

Qu'appelle-t-on vieillissement psychique ? « Plus on avance en âge, plus la vulnérabilité psychique augmente, plus le risque de décompensation psychiatrique est élevé ». ¹⁷ La vieillesse est une période de bouleversements, « vieillir marque notre temporalité ». ¹⁸ A-t-on peur de vieillir ou peur de la mort ?

Progressivement, on accepte de rompre avec l'image du Moi idéal que l'on garde en souvenir. Se sentir vieux, c'est perdre l'illusion de sa puissance et reconnaître le glissement inévitable vers la fin.

Comment est vécue la vieillesse pour le sujet âgé ? Quelles sont les composantes de cette étape de la vie ? « Le vieillissement met tout sujet en situation de remaniement psycho-affectif dans la mesure où il confronte chacun à la réalité de la perte. » ¹⁹

La retraite peut être perçue comme la première perte ; le sujet âgé perd sa place jusque-là active dans la société, il n'est plus rentable ni efficace, il y a « un désengagement inévitable et mutuel entre la société et la personne âgée. » ²⁰

Outre le deuil de son identité sociale, le deuil relationnel est inexorable. Le deuil est défini comme une affliction normale que l'on éprouve à la suite d'une perte ; on fait le deuil lorsque l'on se résigne à la privation.

La personne âgée doit faire face à la perte de ses parents, ses amis. Les échanges sociaux se font plus rares, le cercle amical s'amointrit, la personne âgée est souvent isolée. Sa place dans la famille se voit également remaniée, la personne âgée devient alors grand-parent, arrière-grand-parent. « Le sujet vieillissant ne perd pas de statut mais [...] en acquiert de nouveau. » ²¹ Pour sa famille, il peut également devenir une charge, un poids au vue de la dépendance qui s'installe. La dépendance est l'état d'une personne qui n'est pas ou plus autonome dans la vie quotidienne. Progressivement, des aides à domicile sont mises en place pour

¹⁷ MONFORT J.-C., (1998), p. 3.

¹⁸ MESSY J., (2002), p. 22.

¹⁹ REXAND-GALAIS F., (2003), p. 37.

²⁰ RICHARD J., MATEEV-DRIKX E., (2004), p. 64.

²¹ TALPIN J.-M., (2013), p. 57.

la personne âgée et le placement en institution est envisagé au sein d'EHPAD, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Rappelons que personne n'est épargné par la vieillesse, mais que chacun réagit à sa façon. En dehors des pertes, certains valorisent davantage l'acquisition, la maturation, et vivent alors la vieillesse comme l'aboutissement de leur vie. Ils en profitent alors pour partir à la découverte d'autres mondes, d'autres horizons. La vieillesse peut être également considérée comme un temps pour soi, pour faire le point sur sa vie. « Vieillir c'est se rencontrer soi-même. »²² Et s'il suffisait d'accepter le vieillissement pour mieux le vivre ?

Le vieillissement touche le corps dans sa dimension sensoriel, cognitive, psychomotrice et psycho-affective. Les bases sur lesquelles s'était construit le sujet âgé sont remaniées et l'unité psychocorporelle peut être atteinte. Jusqu'à là, nous avons abordé le vieillissement normal ; ce vieillissement peut être accentué par une altération majeure d'une des fonctions organiques, cognitives ou psychologiques. C'est ce que nous pouvons appeler le vieillissement pathologique.

c) L'installation d'une démence

Qu'est-ce qu'une démence ?

L'OMS définit la démence comme étant « un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive. »²³

²² DUQUENOY SPYCHALA K., (2002), p. 14.

²³ D'après le site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé, consulté le 25/02/2016.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

En référence aux notions de pertes évoquées précédemment, MESSY J. évoque la perte de trop et caractérise la démence comme « une faille narcissique qui précipite le sujet dans la vieillesse ». ²⁴ Il précise « la vieillesse entraîne un repli sur soi, la démence met à l'écart. » ²⁵

Le champ des démences est la principale cause des maladies neurodégénératives, il s'agit de l'une des causes principales de handicap et de dépendance pour la personne âgée. Le syndrome démentiel intègre une cinquantaine de pathologies, dont deux tiers sont des maladies d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer ou Démence Sénile de Type Alzheimer (DSTA)

Commençons par quelques précisions ; différentes dénominations sont fréquemment utilisées dans la littérature. Maladie d'Alzheimer ou DSTA ? Dans les deux cas, les symptômes sont identiques, la distinction se fait en fonction de l'âge d'apparition des premiers troubles. Cependant, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, les troubles ont débuté avant soixante-cinq ans et après pour la démence sénile de type Alzheimer. De nos jours, d'après le professeur PLOTON L. ²⁶, on ne distingue plus ces deux démences et l'on parle indifféremment de la maladie d'Alzheimer.

Nous emploierons donc les deux termes sans les discriminer tout au long de cet écrit.

En 1907, ALZHEIMER A., neuropathologiste allemand établit pour la première fois un rapport entre un syndrome démentiel et des lésions neuroanatomiques caractéristiques qu'il observe chez une de ses patientes.

La maladie d'Alzheimer est caractérisée par un déclin insidieux et progressif de l'ensemble des facultés intellectuelles qui résulte d'une dégénérescence des cellules corticales.

Les progrès de l'imagerie médicale nous permettent aujourd'hui d'en savoir davantage quant à l'anatomopathologie de la maladie d'Alzheimer. Deux

²⁴ MESSY J., (2002), p. 177.

²⁵ *Ibid.* p. 182.

²⁶ PLOTON L., (1990), p. 180.

anomalies sont en cause ; c'est leur importance et leur présence concomitante qui est responsable des symptômes. Ces derniers varient en fonction de la topographie et de l'étendue des lésions corticales.

Il s'agit premièrement des plaques séniles qui sont composées de la protéine bêta-amyloïde en surnombre et dégraderont progressivement les zones du cortex ; on parle alors d'atrophie corticale. La protéine TAU est la seconde anomalie, qui en amas forme une dégénérescence neurofibrillaire qui rend impossible les échanges entre neurones.

Véritable problème de santé publique, on estime qu'en France la DSTA toucherait un million²⁷ de personnes. Le nombre de malades augmenterait avec l'âge ; ainsi à soixante-cinq ans, 2% de la population développeraient une maladie d'Alzheimer, contre 50% à partir de quatre-vingt-dix ans. Il s'agirait majoritairement de femmes.

Plus l'espérance de vie augmente, plus grand est le nombre de malades Alzheimer. Cependant, ces estimations sont faussées, une grande partie des personnes atteintes d'Alzheimer n'est pas diagnostiquée et interfère les chiffres.

On distingue trois phases dans la maladie d'Alzheimer en fonction de l'évolution des symptômes :

- **Stade de démence légère :**

L'amnésie touche principalement la mémoire épisodique et sémantique, il s'agit des premiers oublis de mots. On peut retrouver une perte d'intérêt pour des tâches de plaisir habituel.

Les activités quotidiennes, sociales et professionnelles sont altérées, mais le sujet reste capable de vivre de manière autonome et indépendante en mettant en place des stratégies de compensations. Des troubles psychocomportementaux de type anxiété, dépression ou apathie peuvent apparaître tout comme une perte des codes sociaux.

Le score au MMSE (Mini Mental State Examination) oscille entre dix-huit et vingt-quatre.

²⁷ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 21.

- **Stade de démence modérée :**

Le trouble de la mémoire est plus global avec un oubli à mesure. On retrouve une aphasie et des troubles praxiques, gnosiques plus importants, notamment la prosopagnosie qui est un trouble de la reconnaissance des visages ; qui implique une incapacité à reconnaître des proches. Une altération des fonctions exécutives et du jugement est visible. Les troubles du comportement s'accroissent, la désorientation spatiotemporelle s'amplifie, on retrouve de nombreux comportements d'errances et de déambulations. L'autonomie dans les activités de la vie quotidienne se voit compromise, il y a nécessité d'une aide au quotidien.

Pour ce stade, au MMSE le score est généralement entre dix et dix-sept.

- **Stade de démence sévère :**

On peut également le qualifier de stade terminal. Cette démence « survient après une évolution variable d'une dizaine d'années environ. »²⁸ La perte de la mémoire et de l'autonomie est totale, une tierce personne est nécessaire en permanence pour les activités de la vie quotidienne. Les fonctions cognitives sont extrêmement perturbées. Les manifestations somatiques comme la dénutrition, les escarres et les troubles du sommeil apparaissent. Le malade devient grabataire.

Le score au MMSE est en deçà de neuf.

Les manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer

La maladie étant dégénérative, les symptômes évolueront au cours du temps. Les principaux troubles cognitifs sont « les quatre A », expression qui désigne l'amnésie, l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie retrouvées chez l'individu atteint de la maladie d'Alzheimer.

Les troubles mnésiques sont les premiers à se mettre en place ; au début, il ne s'agit que d'oublis mineurs, mais ils progressent insidieusement. L'amnésie touche en premier abord la mémoire antérograde, les faits récents sont oubliés.

²⁸ ANKRI J., (2000), p. 50.

Par la suite, l'amnésie concerne la mémoire rétrograde et les souvenirs en amont de la maladie. Toutes les mémoires ne sont pas affectées de la même façon, la mémoire procédurale²⁹ est celle qui perdure le plus longtemps avec la mémoire émotionnelle et corporelle. Une atteinte du lobe temporal interne et notamment de l'hippocampe est responsable de ces troubles mnésiques.

L'aphasie est « un trouble du langage écrit et oral qui porte sur l'expression et la compréhension »³⁰, elle est en lien avec des lésions des aires de Broca et Wernicke responsables du langage. Au début de la maladie, le manque du mot est très présent, il désigne l'impossibilité à dénommer un objet. Au fil du temps, le stock sémantique diminue, les problèmes de syntaxe et de compréhension s'installent. À un stade sévère de la maladie, le jargonage, les vocalises, les cris remplaceront les mots, on parlera d'aphasie totale.

ANDRE P. définit l'agnosie comme un « trouble de la représentation des objets qui ne s'explique pas par un déficit des organes des sens mais par l'impossibilité intellectuelle à se les représenter. »³¹

L'agnosie peut être de différents types : auditive, visuelle, olfactive, tactile, partielle ou totale.

La prosopagnosie évoluera au cours de la maladie. « Nos capacités à identifier et à reconnaître des personnes que nous avons déjà vues ou que nous connaissons sont troublées, progressivement, au cours de l'évolution d'un syndrome démentiel. »³²

Quand le sujet ne reconnaît pas ses propres troubles, on parle d'anosognosie. C'est un symptôme que l'on retrouve dans la maladie d'Alzheimer.

L'apraxie est un trouble qui se manifeste tardivement. Elle se définit comme une impossibilité ou une incapacité à réaliser des mouvements volontaires et sensés, alors que les fonctions motrices et sensitives de base ne sont pas

²⁹ Mémoire des automatismes cognitifs ou psychomoteurs acquis par apprentissage comme la marche.

³⁰ CARRIC J-C., (2001), p. 17.

³¹ ANDRE P., (2013), p. 243.

³² PELISSIER J., (2010), p. 46.

atteintes. Il existe différents types d'apraxies : l'apraxie idéatoire³³, idéomotrice³⁴, constructive³⁵, d'habillage.

D'autres signes viennent s'ajouter à ces « quatre A » :

- La désorientation temporo-spatiale, est considérée comme une conséquence des troubles mnésiques, faisant partie des premiers signes de la maladie. On observe en premier lieu des difficultés dans l'orientation et la structuration puis par la suite, un défaut de perception. La perception temporelle se voit perturbée, notamment avec l'installation des troubles du sommeil.
- les troubles des fonctions exécutives concernent la mémoire mais aussi l'inhibition, les capacités d'attention, de jugement, d'abstraction, de planification et de conceptualisation.

Les signes psychocomportementaux fluctuent d'un individu à l'autre, mais demeurent quasi systématiques. Ils sont nombreux et présents dès le début de la maladie. Ils sont les causes des lésions frontales. On entend souvent dire que les troubles du comportement sont la majoration de la personnalité antérieure, mais dans le cas de la DSTA, leur étiologie est multifactorielle et peut être d'origine somatique, psychiatrique, sensoriel ou environnementale.

On évoquera ici les principaux signes que l'on peut retrouver en institution.

L'agitation est un syndrome prédominant dans la maladie d'Alzheimer ; elle peut être d'ordre verbal, vocal ou moteur. Il s'agit de conduites que l'on décrit comme inappropriées par leur fréquence ou par leur survenue inadaptée au contexte social. Dans l'instabilité motrice, on retrouve notamment la *déambulation* qui est une phase d'errance où le malade semble déambuler sans but, vers un point infini ou dans un but inapproprié. Elle s'accroît en fin de journée et dans l'évolution de la maladie. Les autres composantes de l'instabilité sont la *tasikinésie*, qui est l'incapacité de rester assis ou allongé et le *syndrome de Godot*, manifestation anxieuse qui consiste à suivre l'aidant principal dans ses

³³ Concerne les gestes symboliques comme effectuer un salut militaire.

³⁴ Empêche de réaliser une séquence de geste comme allumer une bougie en se servant d'une boîte d'allumettes.

³⁵ Qualifie les difficultés à organiser l'espace, comme recopier une forme géométrique.

déplacements. « L'agitation psychomotrice est un état d'anxiété qui se traduit par des mouvements désordonnés, sans but précis. »³⁶

On peut considérer l'agitation comme un véritable exutoire à l'angoisse, au même titre que les comportements compulsifs (comptages à voix haute, des répétitions gestuelles ou verbales).

Les hallucinations sont décrites comme un « trouble psycho-sensoriel où le sujet a la conviction d'avoir perçu une sensation qu'aucune stimulation extérieure ne peut justifier. »³⁷ Elles sont en général tardives et d'ordre visuel. Des délires et des troubles de l'identification peuvent être associés. En effet, certains délires sont sous-tendus par un trouble de la perception visuelle pouvant conduire à de fausses reconnaissances. Il s'agit de croyances paranoïdes souvent simples et non systématisées. Le délire le plus fréquemment rencontré est celui de la persécution, les patients se croient poursuivis, volés ou mêmes trahis. Ces troubles peuvent amener le sujet à des crises de colère, d'angoisses, voire à des conduites d'auto et/ou d'hétéro agressivité.

L'instabilité de l'humeur ou la labilité émotionnelle est un trouble thymique fréquemment rencontré. En quelques secondes, le sujet peut passer d'une émotion à une autre, en cause une hyperémotivité et des réactions de catastrophes plus importantes. Le sujet Alzheimer présente souvent des manifestations dépressives que l'on peut considérer comme une tristesse de l'humeur. Contrairement au syndrome dépressif, ces manifestations sont de courte durée au cours de la journée. Elles peuvent être réactionnelles à la prise de conscience fugace du déclin cognitif, en particulier lors de mise en échec.

Enfin, évoquons un dernier signe clinique qui semble être prépondérant. En effet, on peut dire que l'angoisse est le symptôme majeur des démences, elle est retrouvée dans la plupart des DSTA. Les angoisses du malade Alzheimer sont constantes, il vit en permanence avec la menace de l'effondrement de ses repères et de son unité. Au quotidien, ses représentations se délitent, ses défenses psychiques s'amenuisent, ses capacités de jugement d'existence se défont, les

³⁶ BECUE, M., (2003), pp. 38-43.

³⁷ ANDRE P., (2013), p. 254.

limites dedans/dehors se troublent. FREUD S. évoque un sentiment d'inquiétante étrangeté, « l'étrangement inquiétant serait toujours quelque chose dans quoi, pour ainsi dire, on se retrouve tout désorienté. »³⁸ Le cadre et la stabilité sont deux paramètres primordiaux dans l'accompagnement de la démence, ils garantissent une sécurité aux malades Alzheimer. Ces paramètres seront développés ultérieurement.

À présent, penchons-nous sur la communication de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

La communication et les malades atteints d'Alzheimer

Il est impossible de ne pas communiquer. Nous passons notre temps à le faire avec les autres et parfois même à notre insu. En effet, la communication ne se limite pas seulement à un échange de paroles, 96% de cette dernière passe par le para et le non verbal. « La communication pourrait être définie comme un échange réciproque dynamique associant envoi et réception d'informations pertinentes pour une culture donnée. »³⁹

On distingue deux types de communication. Le premier type est la communication verbale, qui repose sur des systèmes symboliques comme le langage oral ou écrit. La communication non-verbale est « le fait d'envoyer et de recevoir des messages sans passer par la parole mais au moyen des expressions du visage, des postures, des gestes, des bruits divers. »⁴⁰

La maladie d'Alzheimer peut être considérée comme une pathologie de la communications. D'un point de vue cognitif, l'aphasie et l'amnésie s'installent au cours de la démence et entraînent une baisse des capacités à communiquer avec autrui. Progressivement, les mots manqueront, se feront moins présents et perdront leur sens. On peut parler de jargonaphasie, il s'agit d'un discours incompréhensible composé d'un jardin propre à chaque malade Alzheimer. « On assiste à une fracture de la pensée, où les vides psychiques succèdent à des séquences incohérentes. »⁴¹

³⁸ FREUD S., (2001), p. 33.

³⁹ TOUCHON J., GABELLE A., BRUN V., (2013), p. 49.

⁴⁰ BIOY A., FOUQUES D., (2002), p. 166.

⁴¹ LE GOUES G., PERUCHON M., (1992), pp. 135-148.

Bien que la communication verbale soit altérée, les malades Alzheimer ont des moyens de communication différents par le biais d'autres canaux. Considérons l'idée que « tout comportement est une communication »⁴². Les troubles du comportement peuvent être pensés comme une tentative pour le sujet d'exprimer ses éprouvés et de les communiquer. « Ce qui ne peut être parlé peut être agi et montré ».⁴³

Il est primordial de les relever et de les considérer comme de réels signes d'appels. « Ils (les troubles du comportement) sont souvent le dernier refuge de l'identité, si bien que les supprimer équivaut à la faire disparaître définitivement. »⁴⁴

L'importance de la communication non-verbale et de la compréhension des signes infra-verbaux sera traitée par la suite.

2- La multisensorialité

a) Le concept *Snoezelen*

Le *Snoezelen* est un concept né dans les années 70 aux Pays-Bas. Dans un premier temps, le public visé était des personnes polyhandicapées. Aujourd'hui, cette démarche s'est étendue au monde de la petite enfance, de l'autisme, à la psychiatrie adulte, aux déficiences intellectuelles, aux personnes âgées et notamment aux personnes démentes.

Le mot *Snoezelen* est un néologisme créé par la contraction de deux verbes : SNUFFELEN, que l'on peut traduire par sentir, renifler, humer, explorer et DOZELEN qui définit un état de calme, de détente, somnoler. À travers ce concept, on retrouve deux tonalités. La première dimension est active et dynamique ; par SNUFFELEN la personne explore et agit sur son environnement. Sa seconde tonalité est induite par le DOZELEN, elle est passive et incite à un état de langueur. « Par *Snoezelen*, on entend l'offre sélective de stimulation primaire dans une ambiance chaleureuse. »⁴⁵

⁴² BERBIGIER ESCHAUZIER L., (2013), p. 101.

⁴³ PELISSIER J., (2010), p. 31.

⁴⁴ CHARAZAC P-M., (2009), pp. 169-174.

⁴⁵ HULSEGGE J., VERHEUL A., (2004), p. 43.

Le *Snoezelen* n'est pas une méthode ni une technique, mais une réelle approche de la personne. L'espace *Snoezelen* propose un temps de prise en charge dans le respect du rythme, des envies et des besoins de la personne accompagnée. Il est important de ne pas se fixer d'objectifs, de laisser faire les choses à leur rythme.

Véritable philosophie, l'approche de la personne en *Snoezelen* est globale et s'inscrit dans un courant humaniste et expérientiel. « En *Snoezelen* [...] nous n'accompagnons pas des malades mais des êtres humains touchés par la maladie. »⁴⁶ Elle est basée sur la relation, le sensoriel ainsi que le bien-être et la relaxation. Il s'agit de « Créer un environnement qui propose et s'offre à la rencontre »⁴⁷

Elle a globalement pour objectif la recherche d'une meilleure qualité de vie physique, psychique et émotionnelle. Spécifiquement, l'approche *Snoezelen* recherche :

- Un état de bien-être, un abaissement de l'angoisse.
- Des stimulations et expériences sensorielles qui permettront au sujet d'exprimer ses sensations, un sentiment de plaisir ou de déplaisir.
- Une rencontre entre les participants par la création d'une relation de confiance.
- Une unité à soi et un investissement corporel.

L'accompagnement peut être libre et favoriser ainsi la curiosité et la spontanéité. Il peut être également plus structuré, cependant, il ne s'agit pas d'imposer, mais de proposer. « *Snoezelen* reste une expérience à vivre et à partager ». ⁴⁸ On peut parfois « ne rien faire » d'autre qu'accompagner, partager, proposer et rassurer par la présence.

Quatre temps peuvent être décrits pendant une séance en *Snoezelen*. Un premier moment est consacré à la préparation de l'espace par l'accompagnant, il accueille et installe ensuite la personne. Le troisième temps est celui de l'accompagnement, de la séance à proprement parler. Enfin, on prépare la fin de

⁴⁶ BERBIGIER ESCHAUZIER L., (2013), p. 14.

⁴⁷ QUENTIN O., GODDERIDGE B., D'ARFEUILLE P., (2010), p. 8.

⁴⁸ *Ibid.* p. 10.

séance et le moment de séparation, c'est aussi là qu'on propose un temps d'échange et d'expression.

La démarche *Snoezelen* repose sur quelques principes tels que la mise en place d'un environnement multi-sensoriel adapté, l'attitude de l'accompagnant contenant, des stimulations adéquates, une adaptation de l'accompagnant, le respect du rythme de la personne, la répétition et la fréquence des séances. On peut pratiquer le *Snoezelen* dans une salle prévue à cet effet ou dans différents lieux grâce au chariot. Ainsi, l'activité peut se dérouler dans une chambre, une salle de vie, une salle de bain, on parle par exemple de « toilette *Snoezelen* ».

b) La sensorialité à travers les cinq sens en *Snoezelen*

Comme nous l'avons abordé précédemment, la désafférentation des sens est l'une des caractéristiques du vieillissement, bien que son importance varie d'un individu à l'autre. ALBARET J-M. affirme que « la sensibilité à un flux sensoriel présenté en périphérie proche ou lointaine se modifie avec l'âge. »⁴⁹ Face à ce constat, « Il ne s'agit plus seulement d'envisager les pertes successives comme une somme de déficits entraînant progressivement une perte d'autonomie mais d'accompagner le sujet, la personne, en s'appuyant sur ses capacités restantes à stimuler. »⁵⁰

La stimulation sensorielle permettra au sujet âgé d'être à l'écoute de son corps, de redécouvrir des sensations perdues, d'être dans la relation et en interaction, de revaloriser l'image de soi et de l'amener à une détente psychocorporelle. Nous retrouvons là de nombreux aspects de la démarche en *Snoezelen*. La sensorialité sera amenée comme une porte d'accès à la communication.

BULLINGER A. définit les flux sensoriels comme étant un « ensemble de signaux continus et orientés [...] susceptibles d'être détectés par un système sensoriel ». ⁵¹ Nous détaillerons ici cinq sens que sont la vue, l'odorat, l'ouïe, le tact et la proprioception, abordés en *Snoezelen*.

⁴⁹ ALBARET J-M., AUBERT E., (2001), p. 15.

⁵⁰ BRANDILLY A., (1998), pp. 44-49.

⁵¹ BULLINGER A., (2013),p. 152.

Le sens visuel est l'un des plus stimulés lors d'une prise en charge *Snoezelen*. Cependant, il est important de doser les stimulations et de ne pas surstimuler. La salle *Snoezelen* est en général plongée dans la pénombre, les fenêtres sont occultées et ce sont des sources lumineuses qui éclairent la pièce. Ainsi, des colonnes à bulles, des miroirs, des fibres lumineuses, des tableaux lumineux, des néons, des projections peuvent colorer la pièce. Lors de la toute première séance, il est préférable de laisser la lumière du jour de façon à limiter les angoisses liées à la découverte d'un lieu inconnu. Les couleurs sont variées dans une atmosphère *Snoezelen* ; notons qu'une couleur peut renvoyer la personne à un état et ainsi à une émotion, c'est ce qu'on appelle la dimension psychologique des couleurs. Ainsi, la couleur verte par exemple est souvent associée aux éléments de la nature, elle peut soulager l'insomnie, calmer la nervosité et la colère. C'est une couleur reposante. Au contraire, le rouge représente force et actions, il stimule l'esprit et peut être excitant. En *Snoezelen*, c'est la variation de ces couleurs qui permet à la personne d'éprouver différentes sensations et de colorer ses émotions.

Si une stimulation est repérée comme désorganisant pour la personne, il est nécessaire de le noter et de ne pas la présenter de nouveau. La notion de carte d'identité sensorielle est le reflet des sensations et stimulations appréciées par la personne. Elle est propre à chacun et doit être prise en compte de façon à favoriser le plaisir et la détente. Lors de moments difficiles, d'angoisse ou d'agitation ; une musique, une couleur, un objet pourra être présenté à la personne dans le but de l'apaiser.

Le sens tactile peut être abordé en *Snoezelen* par de la discrimination d'objets, de textures. C'est alors la sensibilité tactile qui est mise en jeu ; pour cela, la salle est composée de différents matériaux, de différentes balles et de divers objets proposant une exploration.

La stimulation de la **proprioception** est possible dès lors qu'on invite la personne à éprouver son corps à travers les massages et le toucher thérapeutique, mais également au travers de vibrations, d'enveloppements. Nous avons, entre autres, à notre disposition des couvertures, des coussins et fauteuils vibrants. Le matelas à eau qui est chauffé donne également une enveloppe thermique à la personne. Le matelas peut être à l'origine de stimulations vestibulaires par les mouvements de remous de l'eau ou par les vibrations apportées par les basses musicales.

L'**ouïe** est également sollicitée dès l'entrée dans l'espace Snoezelen. La musique est choisie par l'accompagnateur en fonction de l'objectif de la séance. Ainsi on peut retrouver des musiques douces, relaxantes pour détendre, des musiques plus rythmées pour dynamiser la séance, pour inciter à la prise d'initiative, mais également des musiques connues par la personne s'il s'agit d'un temps de réminiscence. La musique peut alors faciliter l'évasion, raviver des souvenirs, sécuriser, favoriser la communication, l'expression, consoler, apaiser.

Enfin, l'**odorat** est également un sens à stimuler à travers les huiles essentielles, huiles de massages, diffuseurs et encens. Tout comme la musique, les odeurs peuvent être associées à des souvenirs ; la mémoire émotionnelle est l'une des plus conservée dans la maladie d'Alzheimer. Ces perceptions sont vécues avant d'être pensées, elles peuvent influencer la disponibilité de la personne. Le choix de l'odeur n'est donc pas laissé au hasard. Il est pensé en fonction des préférences de la personne et des vertus des huiles. Par exemple, l'ylang-ylang est connu pour ses bienfaits revitalisants, toniques. On choisira davantage la lavande fine pour détendre.

c) La contenance

Le dictionnaire Larousse définit le verbe contenir comme « retenir dans certaines limites, empêche de se répandre, de se manifester. »⁵² LE GOUES G. aborde la maladie d'Alzheimer comme « une pathologie du lien »⁵³ en référence à la désorganisation psychique auquel le sujet devra faire face tout au long de l'évolution de la maladie. Face à ces pertes de repères, la contenance assurera la stabilité nécessaire aux personnes démentes.

Deux auteurs que sont WINNICOTT D.W et ANZIEU D. ont particulièrement axé leur travail sur cette idée de contenance. C'est à travers leurs deux théories, que nous aborderons ce concept et les résonances qu'il peut y avoir pour le psychomotricien.

⁵² Le petit Larousse illustré, (2010), p. 242.

⁵³ LE GOUES G., (2000), p. 151.

Handling, Holding de WINNICOTT D.W.

WINNICOTT D.W. développe le concept de *mère suffisamment bonne*. Dans les premiers temps de vie de l'enfant, la mère est au plus près des besoins de son bébé, on parle du stade de fusion ou de dépendance absolue. Progressivement, l'adaptation de la mère à son enfant diminuera, ce qui lui permettra de l'individualiser. Les soins qu'apportent la mère à son nourrisson ne seront bénéfiques que s'ils sont sincères et dévoués.

WINNICOTT D.W. parle en premier lieu du *holding* qui est la façon dont est porté, soutenu, contenu l'enfant. « La fonction du soutien en termes psychologiques, est de procurer un support au Moi, particulièrement au stade de la dépendance absolue avant que l'intégration du Moi ne soit réalisée. »⁵⁴ Le chant, les bercements, le portage sécurisé de la mère procureront une contenance physique. La mère joue le rôle de pare-excitation, de filtres face aux émotions auxquelles l'enfant ne peut faire face. La mère à travers le *holding* protège son bébé des angoisses archaïques qu'il peut ressentir. La présence de la mère et son *holding* soutiennent.

Le *handling* de WINNICOTT D.W. correspond aux manipulations et soins du corps de l'enfant, la manière dont il est changé, baigné, habillé. Le *handling* et le *holding* sont deux notions indissociables qui permettront à l'enfant de percevoir les limites de son corps, l'établissement de son schéma corporel et également la personnalisation qui est le fait d'habiter son organisme pour en faire un corps.

« Tout comme la mère suffisamment bonne se caractérise par le *holding* et le *handling*, l'aidant va lui aussi tenter de redonner au corps une certaine 'substance' au sens premier du terme ». ⁵⁵ À tout âge, et notamment lors de l'installation d'une démence, la vie psychique subit de nombreux remaniement et déséquilibre. Le psychomotricien doit aborder à travers son implication corporelle et son engagement émotionnel un environnement sécurisé et stable.

⁵⁴ DAVIS M., WALLBRIDGE D., (2002), p. 94.

⁵⁵ PERSONNE M., (2011), p. 42.

Le Moi-peau d'ANZIEU D.

La peau est l'interface à travers laquelle les soins de *handling* et *holding* sont rendus possibles. L'enfant perçoit sa peau comme une surface lorsqu'il est au contact du corps de sa mère pendant les soins et manipulations.

ANZIEU D. décrit le *Moi-Peau* comme une enveloppe tactile. « Par Moi-peau, je désigne 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 à la surface du corps. »⁵⁶ En effet, la peau délimite un dedans, un dehors. L'enfant prendra conscience de ce qui est de l'ordre du soi, du non-soi et pourra se différencier de l'autre.

ANZIEU D. décrit huit fonctions du Moi-peau, nous allons développer celles qui sont le plus en lien avec ce mémoire :

- **La fonction de contenance**

Cette fonction est développée à partir du *handling* maternel évoqué par WINNICOTT D.W. Les soins que prodiguera la mère à son enfant lui permettront de percevoir sa peau comme un « sac » et d'intégrer les notions de contenu/contenant. Ainsi la peau recouvre la surface du corps et représente « l'écorce » qui enveloppe l'appareil psychique de l'enfant.

- **La fonction pare-excitatrice**

À la base, la mère assure cette fonction pour son enfant. Elle le protège des excès de stimuli. Lorsque le Moi-peau se sera construit, l'enfant trouvera en sa peau un étayage suffisant pour assurer lui-même cette fonction de filtre.

⁵⁶ ANZIEU D., (1995), p. 61.

- **La fonction d'individuation de Soi**

Cette fonction apporte à l'individu le sentiment d'être « un être unique »⁵⁷. La peau permet également des limites corporelles et la distinction d'autrui.

- **La fonction d'intersensorialité**

Cette fonction se construit tout au long du développement de l'enfant, elle aboutit à la constitution d'un « sens commun ». La peau est une surface psychique qui relie les différentes sensations entre elles pour former une unité, une perception unifiée de soi.

- **La fonction inscription des traces sensorielles**

La mère, par son rôle *d'objet presenting*, notion de WINNICOTT D.W., fournit au tout-petit un ensemble d'informations sur l'environnement dans lequel il vit. Le Moi-peau est le lieu d'inscription de ces traces qui prendront sens pour l'enfant avec la verbalisation de la mère.

d) Le bien-être psychocorporel

Le bien-être est défini dans le dictionnaire comme « le fait d'être bien, satisfait dans ses besoins ou exempt de besoin, d'inquiétude. Un sentiment agréable en résulte.»⁵⁸ Se sentir bien autant dans sa tête que dans son corps. Le bien-être est un ressenti ; il s'agit là d'un concept subjectif et personnel qui ne peut être évalué que par la personne concernée.

Le terme psychocorporel est une conception holistique du soma et de la psyché reconnaissant les liens indéniables entre ces deux entités. Ainsi la détente psychocorporelle tente de cibler aussi bien la sphère corporelle que la sphère psychique.

⁵⁷ *Ibid.* p. 126.

⁵⁸ Le petit Larousse illustré, (2010), p. 114.

La relaxation et le toucher thérapeutique ont des vertus apaisantes et structurantes qui seront développées par la suite. Ainsi, on évoque souvent une détente et une unité psychocorporelle.

La relaxation

« Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique. »⁵⁹

DURAND DE BOUSINGEN R. évoque le lien entre le tonus et la détente. Qu'est-ce que le tonus ? Il est défini comme « l'état de légère tension des muscles au repos, résultante d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. »⁶⁰ Le tonus permet le maintien de nos attitudes et postures. On peut considérer le tonus comme une manière d'être. Il est vrai qu'en cas d'irritabilité, nous retrouvons plus facilement une personne dans des postures hypertoniques, tandis qu'on associe souvent l'hypotonie à un état de désespoir, de tristesse.

Ainsi, la relaxation tente de diminuer, d'équilibrer les tensions toniques de la personne pour permettre un relâchement, une hypotonie, en soit, une détente neuromusculaire. On sait que toute émotion s'accompagne de manifestations toniques. En agissant sur le tonus, nous contribuons à la diminution des tensions émotionnelles.

Le relâchement musculaire induit également des modifications hormonales. Le cortisol, hormone responsable du stress, se voit diminué, tandis que les productions sérotoninergique et dopaminergique sont augmentées. On les qualifie d'hormones responsables de la bonne humeur, du bien-être.

Au travers de la relaxation, il est possible de prendre conscience du corps, d'y être plus vigilant de façon à mieux réguler les tensions. La relaxation permet également de reprendre contact avec notre corps en étant vigilant aux sensations

⁵⁹ DURAND de BOUSINGEN R., (1992), p. 19.

⁶⁰ JOVER M., (2002), pp 17-18.

corporelles. Les mémoires émotionnelle, corporelle et sensorielle stimulées lors de la relaxation, invitent le sujet à se confronter à son état interne du moment. « L'un des buts de la relaxation est de renouer avec l'histoire de notre corps. »⁶¹ L'état de détente est perceptible par la personne, il peut alors ressentir des sensations de chaleur, de lourdeur. L'état de vigilance et le niveau de conscience du sujet sont deux données que nous cherchons à modifier en relaxation.

« La décontraction musculaire déclenche l'apparition d'un tracé de repos, voir de sommeil, avec apparition d'ondes lentes de basses fréquences. »⁶² Cet état proche du sommeil est appelé la phase alpha. D'un point de vue neurovégétatif, cette phase correspond à une activité de type parasympathique, ainsi le rythme cardiaque, la respiration et la pression artérielle sont ralentis. C'est en cela que la relaxation peut permettre un état de bien-être, un apaisement aussi bien physique que psychique.

Les méthodes de relaxation sont multiples : le training autogène de SCHULTZ J-H., la relaxation dynamique psychomotrice de DUPONT R., la méthode BERGES J., la relaxation progressive de JACOBSON E. et bien d'autres. J'ai choisi de développer la méthode activo-passive de WINTREBERT H., qui est celle que j'ai utilisée au cours de mon stage.

WINTREBERT H. met en place une relaxation utilisant le toucher, le contact, la communication infra-verbale entre le relaxologue et le relaxé. Le but de sa relaxation est « d'aboutir à la liquidation des tensions intracorporelles [...] et extracorporelles dues aux difficultés de la vie courante ».⁶³ Elle est composée de quatre étapes : la régulation du tonus par les mouvements passifs, la phase d'immobilité, la phase active où la personne réalise seule les mouvements et pour finir la phase de réadaptation des mouvements dans les activités de la vie courante.

L'important pour moi était de trouver une méthode accessible aux personnes démunies sur le plan cognitif et avec laquelle j'étais à l'aise. J'ai ainsi utilisé cette méthode en privilégiant les deux premières phases ; les troubles mnésiques de mes cas cliniques empêchaient la réalisation du reste de la méthode.

⁶¹ BOUNES M., HERMANT G., (1986), p. 321.

⁶² GUIOSE M., (2014), p. 64.

⁶³ WINTREBERT H., cité par GUIOSE M., (2014), p. 25.

Mettant en jeu dialogue tonique, *handling* et *holding*, la pratique des mobilisations activo-passives est particulièrement adaptée aux enfants, mais également aux malades Alzheimer. À mon sens, elle aborde la question de la contenance que je souhaite mettre en avant dans l'accompagnement de la démence en psychomotricité.

Le toucher thérapeutique auprès de la personne âgée

Le toucher thérapeutique est un contact cutané, direct ou indirect entre le thérapeute et le patient. Il ne suit pas une méthode particulière, il est avant tout un échange, un dialogue tonique entre deux individus. « On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même. »⁶⁴ Ainsi, on peut le qualifier de toucher relationnel à visée thérapeutique. Le dialogue tonique est important à prendre en compte, il sera un repère pour le thérapeute qui adaptera son toucher en fonction de cette lecture corporelle.

Le but est de permettre à la personne de ressentir son corps autrement : un corps plaisir, un corps contenant, contenu et unifié. Les techniques pour y parvenir sont nombreuses. Dans un premier temps, il peut s'appliquer à la plupart des zones corporelles, hormis les zones intimes. C'est en discutant avec le patient que le psychomotricien débutera son toucher par telle ou telle partie du corps. En première approche, on privilégie un toucher thérapeutique des mains qui est moins intrusif qu'un toucher du visage. Ensuite, comme précisé précédemment, il peut être direct, en peau contre peau ; une huile de massage peut être utilisée. Il peut être également indirect, au travers des vêtements ou d'objets intermédiaires comme une balle ou un foulard.

On peut décrire quatre objectifs principaux :

- **La restauration d'une communication avec son environnement**

La douleur, la vieillesse ou la pathologie peut amener une personne à se replier sur elle-même, se coupant ainsi de toute relation. « La perte du contact avec le corps aboutit à la perte du contact avec la réalité. »⁶⁵ Le toucher

⁶⁴ PRAYEZ P., SAVATOFSKI J., (1989), p. 103.

⁶⁵ MONTAGU A., (1979), p. 11.

thérapeutique peut alors être un moyen de rencontre. Tout en stimulant la personne dans ses interactions sociales, il lui permet aussi de recréer un contact avec son environnement.

- **L'apport d'un bien-être, d'un mieux-être**

Le toucher permet de vivre son corps d'une façon positive tout en dénouant les tensions psychocorporelles. « Le toucher peut être véritablement thérapeutique en instaurant un sentiment de bien-être et d'estime de soi. »⁶⁶

À travers son toucher, le psychomotricien apporte apaisement et réassurance, il sera attentif aux manifestations corporelles du patient et adaptera son toucher en conséquence. « Le toucher contenant dans une relation de confiance permet un relâchement tonique et un apaisement psychique. »⁶⁷

- **La revalorisation du corps**

En vieillissant, et avec l'apparition de certaines pathologies, le corps peut être désinvesti, laissé au second plan. Le corps est délaissé car il est marqué par le temps qui passe, la douleur qui s'installe. Le toucher thérapeutique permet de porter à nouveau une attention à son corps de façon positive.

- **Le travail de contenance**

Avec l'âge, les fonctions du Moi-Peau évoquées précédemment sont moins étayées du fait de la diminution des stimulations. « Son enveloppe corporelle devient un contenant aux limites floues. »⁶⁸ Le toucher thérapeutique tente d'apporter au patient une vision unifiée de son corps. Il met en avant une prise de conscience des limites corporelles et participe au sentiment de cohésion, d'unité psychocorporelle. « Le corps devient alors un repère solide et permanent. »⁶⁹ Une absence de toucher peut provoquer une altération du schéma corporel qui peut entraîner des troubles psychocomportementaux. Le toucher sera alors réparateur.

⁶⁶ DUQUENOY SPYCHALA K., (2002), p. 68.

⁶⁷ CHARPENTIER E., (2014), p. 28.

⁶⁸ *Ibid.* p. 10.

⁶⁹ *Ibid.* p. 41.

Après avoir exposé les principes théoriques abordés dans ce mémoire, je vais développer à présent mon lieu de stage. Je présenterai le fonctionnement de l'institution et la place de la psychomotricité avant de relater deux rencontres que j'ai faites au sein de l'EHPAD.

B) PARTIE CLINIQUE :

1- Le cadre thérapeutique

a) Présentation de l'institution

L'établissement dans lequel j'ai réalisé mon stage est un EHPAD qui est depuis 2008 sous le régime d'une Convention Tripartite avec le Conseil Général du Nord et l'ARS (Agence Régionale de Santé) garantissant la prise en charge et l'accompagnement des résidents accueillis.

Cet établissement public qui a vu le jour en 1992 est situé à proximité d'un centre de petite enfance, d'un CCAS (Centre Communal d'Action Social), d'une salle polyvalente et d'autres lieux de vie, ce qui lui permet de favoriser les échanges intergénérationnels. J'ai participé notamment une semaine sur deux à un échange entre les enfants de la crèche et des résidents de la maison de retraite.

La résidence accueille au total soixante-seize personnes selon la répartition suivante :

- Cinquante lits sont dédiés à l'unité de vie traditionnelle.
- Treize lits sont consacrés à l'unité de vie pour personnes handicapées vieillissantes qui possède un fonctionnement particulier, de façon à s'adapter au mieux aux rythmes, activités et besoins de ce public.
- Enfin, treize lits sont occupés par l'unité de vie Alzheimer (UVA), où l'équipe soignante est spécialisée et peut ainsi mieux répondre aux rythmes, besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées. L'unité est aménagée de façon à ce que le repérage, la circulation et l'autonomie des résidents soient facilités.

Les chambres sont individuelles, elles possèdent toutes une salle de bain attenante ; certaines chambres peuvent être occupées en couple.

Les trois unités communiquent et partagent des lieux de vie en commun comme la salle à manger, différents salons, l'espace kinésithérapie, l'espace accueil des familles, les salles d'animations, le salon de coiffure, la salle *Snoezelen*, le salon télévision et d'autres parties communes.

b) Présentation de l'équipe

L'équipe de l'EHPAD est pluridisciplinaire, elle forme ainsi un corps de métiers pour accompagner au mieux les résidents dans leur projet de vie tout en respectant leur parcours individuel.

Elle est ainsi composée d'un pôle administratif comprenant la directrice, la cadre supérieur de santé et deux secrétaires. Le pôle hôtelier qui assure la restauration et l'hébergement comprend la maîtresse de maison, les agents de cuisine, les agents hôteliers, la lingère ainsi que les agents techniques. La rénovation et l'entretien de la maison de retraite sont régis par le personnel de l'atelier. Pour ce qui est du pôle médical, la résidence comprend un médecin coordinateur, quatre infirmières, douze ASHG (Agent de Service Hospitalier Qualifié) et quinze aides-soignants dont une AMP (Aide Médico Psychologique). L'équipe paramédicale est composée d'une psychologue, d'une psychomotricienne ainsi que de kinésithérapeutes et orthophonistes libéraux.

L'animation est assurée par une coordinatrice et trois animateurs qui effectuent un roulement le week-end. Des bénévoles, « les blouses roses », participent également à la vie de la maison de retraite. Des partenariats avec une coiffeuse, des étudiants en pédicure et en socio-esthétique permettent de prendre également soin des résidents.

c) Place du psychomotricien

Le poste de psychomotricien a intégré l'équipe de l'EHPAD dans le cadre du plan Alzheimer de 2008. Il occupe à ce jour un temps plein comprenant trente-six heures, dont un week-end par mois.

Deux grandes missions ont été développées concernant le travail du psychomotricien au sein de l'EHPAD :

- Une mission préventive : prévention de la perte des capacités motrices, de la perte des sens, prévention de la chute ou encore préservation de l'autonomie.
- Une mission thérapeutique : bien-être, détente, gestion des émotions et des angoisses, soutien psychologique, revalorisation ou réinvestissement positif de son corps.

Le psychomotricien met ainsi en place ces missions dans le cadre du projet de soin individualisé du résident. Après chaque entrée, une synthèse est réalisée, elle permet de mettre en évidence les besoins et de déterminer l'accompagnement spécifique de la personne. Le psychomotricien participe à l'élaboration du projet du résident ; avant la synthèse, il réalise une observation psychomotrice ou un bilan si le profil de la personne âgée s'y prête. Il mène également une toilette évaluation qui permettra de remplir la grille AGGIR⁷⁰ et de soutenir l'élaboration du diagramme de soins. La grille AGGIR permet de déterminer un GIR (Groupe Iso-Ressource), un score, qui met en avant autant l'autonomie que l'indépendance de la personne dans les activités de la vie quotidienne.

S'il y a prescription médicale en psychomotricité dans le cadre du projet de vie individualisé, le suivi peut alors débiter. Il peut se faire en groupe ou en individuel. Les groupes sont menés autour des grandes thématiques suivantes : relaxation, piscine, prévention de la chute, échanges intergénérationnels, psychomotricité.

Des prises en charge individuelles peuvent être des suivis en chambre, des suivis en *Snoezelen*, des bains détente, un accompagnement au repas.

Le psychomotricien ne dispose pas d'une salle de psychomotricité au sein de l'EHPAD. Les séances sont donc réalisées dans les lieux de vie, les chambres des résidents, la salle *Snoezelen* ou à l'extérieur (piscine, groupe de marche).

Le psychomotricien se doit d'aborder ses connaissances et compétences spécifiques au sein de l'équipe, que ce soit en réunion ou lors de travail en coaction.

La transmission aux stagiaires est également une mission importante au sein de l'EHPAD. Régulièrement, des stages de découverte et de familiarisation sont possibles. C'est d'ailleurs à travers l'un de celui-ci que j'ai découvert la population en Gérontologie et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer.

Cette année, en plus des stages courts de seconde année de psychomotricité, d'étudiants en orthophonie, en socio-esthétique ; la psychomotricienne a accepté de m'accueillir tous les vendredis pour un stage d'initiation thérapeutique et de formation en psychomotricité.

Pendant les premières semaines, j'ai été principalement en observation tout en participant aux séances. Rapidement, avec la connaissance que j'ai pu

⁷⁰ Cf Annexe 1 p. I.

acquérir lors de mon premier stage, j'ai été davantage autonome pour ce qui concerne le fonctionnement de la maison de retraite et des résidents. J'ai donc commencé par mettre en place quelques groupes en UVA le vendredi matin dès le mois de novembre tout en participant également à l'échange intergénérationnel avec la crèche. Dès le début, j'ai aussi accompagné seule un ou deux résidents de l'UVA pendant le repas thérapeutique, selon les besoins.

Les séances en *Snoezelen* de l'après-midi étaient menées à deux, jusqu'au jour où j'ai pu choisir les cas cliniques qui composeront mon mémoire. Le profil de Mme A et Mme R présentant toutes deux la maladie d'Alzheimer m'a alors interpellée. J'ai débuté en réalisant les séances seule ; ma maitre de stage était présente pour garantir le cadre et m'assister si j'en avais besoin. Après une phase de test, j'ai été totalement autonome dès le mois de janvier. Ainsi, j'allais chercher seule la patiente dans sa chambre, la séance se déroulait et je la raccompagnais ensuite dans un lieu de vie.

La psychomotricienne de l'EHPAD étant à la fois la référente de mon stage et de mon mémoire, nous prenions toujours le temps d'échanger sur les résidents, de comparer sa pratique et la mienne, de discuter de mes expériences de stagiaire ou sur l'avancée de mon mémoire.

Au cours de l'année, j'ai pu assister à de nombreuses transmissions et réunions autour de projets d'établissements. Elles m'ont permis d'échanger avec différents professionnels, de découvrir davantage le rôle de chacun, ainsi que le fonctionnement de l'EHPAD. Durant la semaine, la psychomotricienne participe à de nombreux temps en équipe autour de divers sujets. Bien que ces moments puissent paraître conséquents et au détriment de prises en charge ; ils sont nécessaires à la cohésion de l'équipe pluridisciplinaire et au respect des valeurs de l'EHPAD.

2-Cas cliniques

Pour les deux cas cliniques qui composeront mon mémoire, je n'ai pas eu la possibilité de faire passer un bilan psychomoteur tel que l'EGP (l'Examen Géronto-Psychomoteur). L'EHPAD dans lequel j'ai réalisé mon stage ne possède pas l'EGP. Il aurait été impossible de réaliser ces épreuves au vu des difficultés cognitives importantes de ces deux personnes ; d'autant plus qu'il s'agit d'un test lourd que l'on réalise sur une heure trente à deux heures. J'ai alors basé mon

observation des grands items psychomoteurs autour d'un compte-rendu de la toilette évaluative que j'ai pu réaliser et qui nous donne de nombreuses informations (notamment autour du schéma corporel, de l'image du corps, de la motricité fine, de l'équilibre, de la communication, de la compréhension). J'ai complété ces notes avec les observations que j'ai pu relever au cours des rencontres et des séances ainsi qu'au travers des résultats de tests tels que le MMSE ou le TUAG (Time Up And Go) qui pouvaient être réalisés.

Je précise que Mme A et Mme R sont deux résidentes de l'unité de vie traditionnelle de l'EHPAD, elles ne font pas partie des résidents de l'UVA.

a) Mme A

Anamnèse et profil

Mme A est née en 1930 dans le Nord de la France, elle est âgée de quatre-vingt-cinq ans lorsque je la rencontre. Elle est veuve depuis 2004, mais est entourée par ses trois enfants qui sont proches de leur maman. L'un de ses souvenirs le plus marquant est le décès de ses parents, de l'un de ses frères, de son oncle et de sa tante à Noël lorsqu'elle avait vingt-quatre ans. Elle exerçait un poste d'employée de bureau, avant d'être à la retraite.

La dégradation progressive de ses facultés cognitives ne lui permettait plus de demeurer à son domicile. Mme A fait alors son entrée dans l'EHPAD en mars 2014. Elle occupe une chambre individuelle et semble apprécier sa nouvelle demeure. Elle participe à la vie de la maison de retraite (activités, chants, cuisine, lecture du journal, fête d'anniversaires) et est très souriante.

Concernant ses antécédents médicaux, Mme A souffre d'HTA (Hypertension Artérielle) et d'une presbycusie non appareillée. Depuis 2005, on lui a diagnostiqué une DSTA. Mme A souffre de troubles bipolaires ; une tristesse de l'humeur est souvent relevée par l'équipe médicale et soignante, il n'est pas rare de retrouver Mme A en pleurs.

Elle bénéficie d'une prise en charge en orthophonie et en kinésithérapie à raison d'une fois par semaine. Son autonomie est évaluée selon la grille AGGIR, son groupe GIR⁷¹ est de deux.

Bilan et projet thérapeutique

- BILAN PSYCHOMOTEUR

Sensorialité

Mme A porte des lunettes. Corrigée, sa vue semble correcte. Elle est atteinte de presbyacousie, mais n'est pas appareillée. Ses capacités auditives sont limitées, Mme A tend souvent l'oreille pour mieux entendre. Elle exprime peu de douleurs.

Motricité

Tonus et posture

Mme A possède une posture symétrique avec une tendance à l'enroulement de l'axe, une légère cyphose est observée.

Mme A présente une tonicité importante, lorsqu'on la mobilise elle a tendance à demeurer dans la même position. Le relâchement est difficile et des syncinésies peuvent être observées.

Équilibre, transferts et déplacements

Mme A ne présente pas de difficulté d'équilibre, qu'il soit statique ou dynamique lors de la marche. Au test du TUAG, son score est de douze points en dix-huit secondes, ce qui nous indique qu'il n'y a pas de risque majeur de chute. La marche est autonome, sans aide technique. Le demi-tour est saccadé et hésitant. Mme A réalise seule ses transferts, elle se lève, se couche, s'assoit sans difficulté.

⁷¹ Cf Annexe 1 p. II.

Motricité globale et fine

Mme A présente une bonne aisance dans les mouvements de flexions/extensions des hanches. L'amplitude de ses mouvements des membres supérieurs est conservée, Mme A est capable de lancer et de rattraper un ballon.

Pour ce qui est de la motricité fine, Mme A présente un bon déliement digital et une bonne préhension. Ainsi, elle est capable de s'habiller seule, mais il est nécessaire de la guider car Mme A a tendance à mettre ses vêtements à l'envers. À table, elle mange seule sans adaptation particulière.

Fonctions cognitives

Mme A souffre de troubles mnésiques antérogrades importants du fait de sa démence sénile de type Alzheimer. Il m'a été impossible de réaliser un MMSE, ni d'évaluer les gnosies et la mémoire perceptive à cause de la démence et de l'aphasie qui la caractérisent.

Une apraxie idéomotrice est constatée pendant la toilette, par exemple : Mme A ne sait plus comment se servir d'une brosse à cheveux. Mme A souffre également d'apraxie idéatoire, la réalisation d'actions nécessitant plusieurs étapes comme l'habillage ou la reproduction de gestes est difficile. Pour ce qui est de l'imitation, les mouvements sont globaux, imprécis, on peut également noter des difficultés spatiales d'ordre constructive.

Son attention est labile, Mme A est en difficulté pour fixer son attention sur une tâche, elle ne reste pas longtemps sur une activité.

Schéma corporel et image du corps

Pour les somatognosies, Mme A montre la plupart des parties du corps, mais ne peut les nommer du fait de son aphasie. Mme A a une image de soi positive, elle affectionne être coquette et sourit lorsqu'elle se voit toute apprêtée dans le miroir.

Communication et compréhension

Mme A souffre également d'une altération notable de son expression orale, son aphasie la met en difficulté dans sa communication avec l'autre. Quelques mots sont audibles, mais ils ne sont pas toujours cohérents : « voilà », « oui », « non ». Son mode de communication privilégié est le mode non-verbal, elle exprime sa gêne ou ses difficultés par des rires et des sourires, peut lever et baisser les épaules pour signifier qu'elle ne sait pas, ou que le choix l'importe peu. Mme A semble comprendre quelques consignes ou discours simples.

Orientation

Une désorientation spatio-temporelle importante est notée. Cependant il semble qu'elle soit plus considérable pour la sphère temporelle. Mme A peut avoir quelques repères au sein de l'EHPAD, elle erre peu, bien qu'il faille l'accompagner jusqu'à sa place pour le repas.

Conclusion

Mme A présente d'importantes difficultés mnésiques et expressives qui sont difficilement évaluables au vu de son aphasie. Sa communication se fait principalement sur le mode non-verbal. La compréhension de consignes simples est possible, Mme A cache son incapacité ou ses incompréhensions derrière des rires ou sourires.

Pour la motricité globale et l'équilibre, nous n'observons pas de trouble particulier. Sa posture est correcte et n'indique pas de risque de chutes, on note une importante rigidité et tonicité. La motricité fine de Mme A ne présente pas de difficulté, cependant des apraxies idéatoires et idéomotrices sont notées. Ces dernières sont des freins à son autonomie quotidienne, notamment pour la toilette et l'habillement.

Mme A est désorientée temporellement. Son orientation et son organisation spatiale ne sont possibles qu'au sein de l'EHPAD, bien qu'elles soient limitées.

- PROJET THERAPEUTIQUE

Mme A a été adressée en psychomotricité pour une désorientation spatio-temporelle et une tristesse de l'humeur.

Les objectifs de prise en charge sont :

- accompagner Mme A dans ses moments de désorientation, d'errance dans le but de calmer ses angoisses, ses tensions.
- repérer les moments où la tristesse de l'humeur se fait le plus ressentir pour proposer à Mme A une prise en charge individuelle.
- soutenir la communication non-verbale.
- maintenir ses capacités motrices, sociales et cognitives au moyen d'un groupe.

Ainsi, depuis mai 2014 Mme A participe à un groupe corps en jeu/psychomotricité deux fois dans le mois et bénéficie d'un suivi en *Snoezelen* à raison d'une fois par mois.

Prise en charge

Depuis mon projet d'accompagnement de Mme A, la fréquence des séances en *Snoezelen* a été plus importante. Nous nous voyons avec Mme A toutes les semaines, si le fonctionnement institutionnel le permet. Les premières séances se sont déroulées à trois, en présence de ma maître de stage. Progressivement, nous nous sommes retrouvées toutes les deux.

Je rejoins Mme A dans sa chambre, dans le salon ou au cours d'un atelier chaque vendredi après-midi. Pour elle, la fréquence des prises en charge est difficilement représentable mais elle me suit volontiers. Nous faisons alors le trajet ensemble vers la salle *Snoezelen*⁷² que j'ai au préalable préparée. POTEL C. souligne qu' « on aurait bien tort de penser ou de croire que le travail se fait

⁷² Cf Annexe 3, p. IV.

uniquement dans la salle. »⁷³ Ce temps me permet d'observer le comportement et de juger de la disponibilité de Mme A à ce jour.

J'accueille Mme A dans une demi-pénombre, les différents éléments lumineux fonctionnent, une odeur d'huile essentielle enveloppe la pièce. Les basses de la musique résonnent dans le matelas à eau, dont la température approche les 32°C. Je veille à ce que l'espace soit prêt à accueillir Mme A ; dès son arrivée elle doit retrouver des repères visuels, olfactifs, auditifs. Ces sensations feront écho aux précédentes rencontres en *Snoezelen*, elles serviront de lien avec son vécu antérieur. Il sera également possible pour Mme A de me resituer comme la personne qui l'accompagne chaque semaine.

J'invite Mme A à s'installer où elle le désire, préférentiellement elle se dirige vers le matelas à eau. Je l'accompagne pour l'installation sur le lit. D'une semaine à l'autre, le rythme des séances est similaire, il me semble qu'il est important pour Mme A d'avoir des repères. Ces derniers permettent à Mme A de retrouver un environnement familier, ainsi, le cadre se veut le plus sécurisant possible.

A la recherche d'un espace d'échange

Mme A est allongée sur le matelas à eau sous une couverture, je lui propose un toucher thérapeutique des mains. Régulièrement, Mme A m'interrompt. Elle prend mes mains, les presse, manipule mes doigts, les porte contre sa poitrine. Nous pouvons rester de longues minutes ainsi, nous prenons le temps de faire connaissance, de nous découvrir. Par le dialogue tonico-émotionnel je peux percevoir son tonus s'amoinrir, nous prenons le temps de trouver un rythme, notre rythme de rencontre. La réaction de Mme A m'a questionnée. Nous étions au début de la prise en charge, souhaitait-elle apprendre davantage à me connaître avant de me permettre de la toucher ? N'était-elle pas désireuse d'un toucher-massage ? Désirait-elle m'exprimer quelque chose en particulier à cet instant précis ?

Je conçois le temps en *Snoezelen* avec Mme A comme un réel lieu d'échange et de communication. Bien qu'elle participe à de nombreuses activités, elle est souvent en retrait et peu sollicitée. Son aphasie la met à l'écart, les quelques mots qu'elle prononce limitent ses possibilités d'interactions. En *Snoezelen*, portée par la musique, Mme A fredonne l'air et les paroles des chansons, je

⁷³ POTEL C., (2010), p. 333.

l'accompagne. Un sourire est lisible sur ses lèvres, ses jambes pliées accompagnent cette mélodie, au rythme de nos voix. Souvent, avec un large sourire, elle laisse échapper un « voilà » suivi de rires.

Bien souvent, au cours des séances, Mme A garde les yeux ouverts, elle m'observe la toucher, me déplacer dans la pièce. Elle ne ferme pas les yeux et recherche un regard, un échange. Il s'agit d'un regard curieux, parfois observateur mais surtout bienveillant.

J'ai souvent l'impression que Mme A est reconnaissante du temps et de l'écoute que je lui accorde.

Des émotions difficiles à exprimer

Lorsque je vais chercher Mme A dans sa chambre, elle paraît triste. Elle réagit peu à ma proposition de séance, mais m'accompagne. Une fois dans la salle, elle s'installe sur le matelas à eau, s'allonge. Je perçois un regard douloureux, Mme A est au bord des larmes. Assise au bord du lit, elle me prend la main, tire sur mon bras de façon à ce que je me rapproche d'elle. Elle colle alors sa tête contre moi, nous restons quelques instants ainsi.

Puis, soudainement, Mme A se relève. J'ai l'impression que son émotion ne peut plus être contenue, elle se dirige vers la porte, prête à sortir. Je retrouve alors Mme A en pleurs dans le couloir, il est difficile pour elle de s'apaiser. Je l'accompagne dans sa chambre, au calme. Entre deux sanglots, son discours est peu cohérent, elle ne peut m'exprimer ce qu'elle ressent, ce qu'elle a sur le cœur. Je reste un long moment à ses côtés, à tenter de la rassurer, de la reconforter. Nous échangeons au sujet de ses enfants, sa famille, elle retrouve enfin un peu de sérénité.

A la fin d'une autre séance, j'ai retrouvé Mme A dans le même état. Ce temps à deux s'était pourtant bien déroulé, elle dégageait quelque chose de positif. Au détour d'un couloir, lorsque je l'ai raccompagnée vers une activité, elle me semblait bouleversée. Mme A n'était pas dans la capacité de nous dire quoi que ce soit, aucun son ne sortait de sa bouche. Les larmes coulaient sur ses joues. Nous ne pouvions rien faire d'autre que d'être présents pour elle.

Une humeur apaisée, une sérénité retrouvée

Plusieurs fois au cours de l'année, j'ai retrouvé Mme A triste ou isolée. L'équipe soignante relève régulièrement ces fluctuations thymiques. Ainsi, en début de séance, lorsque je la retrouve, elle paraît apathique, son sourire habituel n'est pas au rendez-vous. Une fois installée sur le matelas à eau, je l'enveloppe d'une couverture. Je réalise un toucher thérapeutique des mains et des pieds. Pendant ces temps, elle me regarde, retrouve peu à peu le sourire. Parfois, le simple fait de prendre soin peut réduire angoisses et tensions. Elle garde les yeux ouverts et regarde avec beaucoup d'attention le ciel étoilé projeté sur le plafond. Je perçois une respiration abdominale qui se veut de plus en plus ample, son tonus diminue au cours des mobilisations. Je termine la séance par des pressions enveloppantes sur l'ensemble du corps. A la fin, elle verbalise quelques mots, d'une tonalité positive. Elle me fait comprendre qu'elle serait bien restée plus longtemps. Son regard et son attitude sont tous deux reconnaissants, me remerciant.

En la croisant en fin de journée, elle arbore de nouveau un sourire. Je m'approche d'elle pour la saluer et lui souhaiter une bonne soirée. Son discours est posé, elle m'embrasse sur la joue.

Un lâcher prise

Comme décrit précédemment dans le bilan, Mme A est assez tonique. Elle présente quelques paratonies de fond. Durant des mobilisations passives de type *Wintrebert*, Mme A accompagne mes mouvements. L'un de mes objectifs était d'amener Mme A à se détendre. Cela me paraissait compliqué à réaliser. Lors de son installation, Mme A gardait ses jambes pliées, genoux relevés sur le matelas. Il m'a fallu quelques séances pour qu'elle accepte de déplier ses membres inférieurs. Au fil de la prise en charge, Mme A s'est mise à étendre spontanément ses jambes sur le matelas.

Mme A gardait le plus souvent les yeux ouverts, au fur et à mesure, ses yeux ont pu se fermer. La relation de confiance s'installait, elle se sentait en sécurité avec moi et n'avait ainsi plus besoin d'être sur la réserve.

J'ai pu remarquer qu'un toucher thérapeutique du visage en premier lieu rendait Mme A plus détendue. Ainsi, je commençais la plupart du temps par le visage avant de poursuivre sur une autre partie du corps. Son faciès était détendu,

elle était alors plus réceptive pour la suite de la séance. Je pouvais percevoir son corps se relâcher, son tonus s'amoinrir. Quelques rares fois, Mme A s'est même endormie.

b) Mme R

Anamnèse et profil

Mme R est née en 1925 à Alger, elle a quitté son pays natal vers la fin des années cinquante durant la guerre d'Algérie. Elle a quatre-vingt-dix ans quand je la rencontre. Mme R est veuve depuis 1994, elle a deux filles dont l'une habite près de la maison de retraite, l'autre vit dans le Sud de la France. Mme R a exercé la profession d'institutrice, elle a également travaillé en tant qu'agricultrice sur l'exploitation familiale en Algérie avant de gérer une station-service sur Paris. Mme R a quitté sa terre d'origine du fait des nombreuses attaques des *fellagas* portées vers son domicile ; elle dit avoir été longtemps marquée et traumatisée par ces violences.

Elle est arrivée au sein de l'EHPAD en 2014 pour des raisons de solitude et de rapprochement familial. Mme R occupe une chambre individuelle dans laquelle elle passe beaucoup de temps, elle dit ne pas se faire à la maison de retraite et regrette son ancienne maison dans le Sud.

Elle demeure souvent dans sa chambre, elle est décrite comme une personne triste et isolée. Elle participe à quelques animations. Accompagnée de la psychomotricienne, elle va occasionnellement à la piscine, c'est une activité qu'elle affectionne.

Mme R est diagnostiquée atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis 2008 avec dépression associée. Elle souffre d'une presbyacousie gauche appareillée, d'une tendinopathie à l'épaule droite et d'une cataracte bilatérale.

Elle bénéficie d'une prise en charge en kinésithérapie hebdomadaire et d'un suivi psychologique ponctuel. Selon la grille AGGIR, l'autonomie de Mme R correspond au GIR⁷⁴ deux.

⁷⁴ Cf Annexe 2 p. III.

Bilan et projet thérapeutique

- BILAN PSYCHOMOTEUR

Sensorialité

Mme R est très gênée par sa vue ; malgré sa correction elle a été fortement pénalisée dans certaines épreuves visuelles du MMSE. Il en est de même pour son audition ; même appareillée Mme R dit ne rien entendre. Elle se plaint également de sensations de vertige, qu'elle met en lien avec sa mauvaise vue. Régulièrement, Mme R exprime des douleurs lombaires.

Motricité

Tonus et posture

Mme R est assez tonique, mais présente de bonnes capacités de lâcher prise lors des séances. Sa posture est droite, elle croise souvent ses mains dans le dos lorsqu'elle marche.

Équilibre, transferts et déplacement

J'ai évalué ces items à travers le TUAG. Mme R a obtenu un score de dix points en dix-huit secondes, ce qui indique qu'elle ne présente pas de risque important de chutes. En effet, son équilibre statique et dynamique est de bonne qualité, elle effectue ses transferts seule. Elle a juste été plus hésitante lors d'un demi-tour sur elle-même.

Motricité globale et fine

Les coordinations et dissociations globales sont bonnes, autant pour les membres inférieurs que supérieurs. L'aisance corporelle permet à Mme R de se mouvoir sans difficulté au quotidien. Elle lance et rattrape un ballon aisément, Mme R précise qu'elle jouait au basket étant jeune et qu'elle était douée.

En motricité fine, la pince et la préhension sont préservées, les praxies d'habillage et d'écriture le sont également. Mme R utilise correctement ses couverts.

Fonctions cognitives

Globalement, les fonctions cognitives de Mme R ont été évaluées au cours du MMSE, son score est de dix, ce qui détermine une démence sévère. Ainsi, la mémoire à court terme comme la mémoire à long terme sont deux éléments qui mettent Mme R en difficulté. Sa mémoire rétrograde est conservée, elle apprécie de raconter des anecdotes et des passages de son histoire de vie. L'épreuve de calcul n'a pas été concluante, Mme R se justifie en disant qu'elle n'a jamais été très bonne en calcul.

Les gnosies visuelles sont préservées, bien qu'elles puissent être gênées par sa vision.

Son attention peut être maintenue quelques temps, mais il est nécessaire de lui rappeler régulièrement ce que l'on fait à l'instant *T*.

Schéma corporel et image du corps

On peut noter de bonnes connaissances des somatognosies et une bonne maîtrise de son schéma corporel.

Mme R est coquette, elle apprécie d'être bien coiffée, bien vêtue. Elle est positive face à son reflet dans le miroir et face à son corps qui est bien conservé grâce au sport qu'elle a pratiqué durant sa jeunesse.

Communication et compréhension

Les capacités verbales sont préservées, Mme R présente une logorrhée, son discours est répétitif en ce qui concerne ses souvenirs. On peut noter parfois quelques manques de mots, mais son élocution est bonne. Mme R est en relation avec l'autre, elle prend beaucoup de plaisir à parler, mais interagit rarement avec l'autre. Elle pose peu de questions et ses préoccupations sont égocentrées. Son mode de communication privilégié est le verbal, de nombreuses mimiques faciales peuvent être observées.

Sa compréhension est bonne mais elle demande souvent à ce qu'on répète car son audition l'empêche d'entendre la totalité du discours.

Orientation

Au cours de l'épreuve du MMSE, j'ai pu tester les capacités d'orientation de Mme R. Elle se repère totalement spatialement, autant d'un point de vue géographique qu'au sein de la maison de retraite. Par contre, Mme R est complètement désorientée temporellement, mais le temps qui passe ne semble pas l'atteindre ni la préoccuper.

Conclusion

Mme R présente d'importantes difficultés sur la mémoire antérograde. Elle est totalement désorientée temporellement. Il est nécessaire de lui rappeler souvent ce que l'on fait, ce qu'on peut mettre en lien avec ses difficultés attentionnelles. Ses capacités d'orientation spatiale sont préservées, il en est de même pour ses capacités motrices. Mme R présente une marche dynamique et autonome, ses transferts et son équilibre sont de bonne qualité.

Mme R prend beaucoup de plaisir à communiquer, son langage est fluide et cohérent. Elle est cependant pénalisée pour la compréhension par ses troubles auditifs et visuels.

- PROJET THERAPEUTIQUE

Mme R bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité pour les indications suivantes : désorientation temporelle, anxiété, tristesse de l'humeur et tendance à l'isolement.

Les objectifs de travail sont :

- accompagner Mme R dans les moments où la tristesse de l'humeur est plus importante par une prise en charge individuelle.
- maintenir un lien social, lutter contre l'isolement par une écoute de ses angoisses.
- permettre une détente psychocorporelle.

Ainsi, depuis janvier 2015, Mme R est suivie en *Snoezelen* à raison de deux fois par mois.

Prise en charge

Depuis que j'ai choisi Mme R comme l'un de mes cas cliniques, elle est prise en charge de façon hebdomadaire en *Snoezelen*. Comme avec Mme A, quelques séances se sont réalisées en présence de ma maître de stage, puis rapidement nous n'étions que toutes les deux.

À l'identique, dès que la salle est prête, je vais retrouver Mme R. Cette dernière est la majeure partie de son temps dans sa chambre, allongée sur son lit. Il est fréquent de retrouver Mme R endormie, en position fœtale, dans l'après-midi. Lorsque je l'interpelle, Mme R se plaint le plus souvent d'ennui, de fatigue. Mme R ne me reconnaît pas, elle souffre de prosopagnosie. Cependant, l'évocation de la séance et de ce qui en découle pour elle, suffit à ce qu'elle me suive. « Ah, on fait une séance matelas ? » me dit-elle de façon systématique.

Sur le trajet, de la chambre à la salle, Mme R me raconte son état du jour, ses préoccupations, toujours égocentrées. Mme R se repère facilement « Ah oui, c'est là » et entre ainsi dans la salle. Mme R est sensible à l'atmosphère *Snoezelen*, qu'elle qualifie de jolie. Elle se dirige vers le matelas à eau, s'assoit au bord du lit, retire ses chaussures et s'y allonge de façon autonome. Dès l'entrée dans l'espace *Snoezelen*, le discours de Mme R se fait moins important, j'ai souvent l'impression qu'elle scinde les espaces. La salle devient alors le lieu pour se détendre comme elle le stipule régulièrement. Une fois allongée, elle ne parle plus beaucoup. Elle qui a tendance à ordonner, diriger les échanges la plupart du temps, elle s'accorde un moment de passivité en ma compagnie.

Les séances avec Mme R durent en général entre quarante-cinq minutes et une heure. Les fins de séances demandent du temps, la reprise de Mme R peut prendre dix à quinze minutes. « J'aimerais rester là. » Une fois debout, elle sort sans encombre et m'indique qu'elle n'a pas besoin que je la raccompagne. Après chaque séance, je fais un bref compte-rendu de la séance que j'adresse à la fille de Mme R, qui s'intéresse de près aux prises en charge de sa mère. Lorsque Mme R me retrouve dans sa chambre, en train d'écrire dans son carnet, elle ne m'identifie pas comme étant la personne avec qui elle vient de passer du temps.

Un espace d'échanges et d'évasion :

Au cours d'une séance, je vais chercher Mme R dans sa chambre, elle n'est pas très enthousiaste par ma proposition comme elle peut l'être d'habitude. Elle est effacée, traîne les pieds. Sur le trajet, elle évoque des idées mortifères. « J'attends la crémation, je ne passerai pas la nuit. » Son discours est négatif, elle met en cause son grand âge et son environnement, la maison de retraite. J'écoute et accueille son discours. Face à cette situation, je me suis sentie désemparée. J'ai ressenti le besoin d'en parler par la suite à la psychologue de l'EHPAD pour savoir comment réagir. Elle m'a alors questionnée : Mme R souhaite-t-elle réellement mourir ? Est-ce une façon d'exprimer son mal-être ? En tant que thérapeute, l'important est d'être présent et de réactiver l'élan de vie. Il s'est avéré que dans le cas de Mme R, ma prise en charge *Snoezelen* lui a été bénéfique. Une fois entrée dans la salle, ses mots se sont posés, elle évoquait moins ses craintes. Elle s'est installée sur le matelas à eau, j'ai proposé un toucher thérapeutique du visage et des mains. Mme R s'étant installée sous la couverture, j'ai poursuivi avec des pressions favorisant l'ancrage. J'ai fait rouler un ballon peu gonflé qui suggère des sensations d'enveloppement. Durant la séance, Mme R avait les yeux fermés, sa respiration était calme. Après la reprise, Mme R était reconnaissante et souriante.

Mme R est régulièrement confrontée à des épisodes de reviviscences liées à son passé en Algérie. Dans ce genre de moments, le discours de Mme R est logorrhéique et redondant. On perçoit l'angoisse et la terreur de Mme R à travers ses mots. Elle décrit les menaces qu'elle subissait au quotidien des revendicateurs arabes, la crainte dans laquelle elle vivait. Elle exprime un besoin d'en parler, d'éliminer ses souvenirs. Selon elle, ces derniers l'empêchent d'avancer, ils constituent un réel traumatisme.

Dans ce genre de situation, je propose à Mme R, une séance orientée sur la détente, variant entre toucher thérapeutique et relaxation de type *Wintrebert*. Concernant les mobilisations passives, Mme R a tendance à accompagner les mouvements, à faire à ma place. Il m'a fallu plusieurs séances pour qu'elle accepte son attitude passive ; désormais Mme R se relâche davantage lors de ces mobilisations.

Son attitude demeure la même dans la salle, elle profite du moment et verbalise de temps à autre des sensations de bien-être. Elle fait ainsi abstraction

de ce qui la préoccupait précédemment. On peut noter des manifestations corporelles et toniques qui laissent croire à un relâchement.

Après la reprise, elle verbalise « Ça fait du bien, je me sens vidée », « Merci beaucoup j'ai l'impression d'être revenue de loin ». En partageant ce temps privilégié en ma compagnie, elle oublie ses souvenirs difficiles le temps d'un instant, elle paraît apaisée. Elle s'accorde un temps pour elle, où elle peut penser et vivre des choses positives. Il n'est pas rare qu'on la retrouve à chantonner dans les couloirs après une séance, elle qui a l'habitude de broyer du noir.

Pour pallier aux maux du quotidien :

Mme R est comme nous avons pu le voir précédemment, marquée par son histoire de vie. Dépressive, son discours est très souvent négatif. Régulièrement, lors de mes prises en charge, Mme R se plaint de vertiges, de douleurs lombaires, de fatigue. J'axe alors la séance autour du bien-être, elle se détend facilement, ferme les yeux et s'endort la plupart du temps.

En général, les bénéfices perdurent dans le temps, mais il arrive parfois qu'aussitôt la séance achevée, Mme R se plaint à nouveau. Je dois alors me contenter des bénéfices immédiats et m'interroger sur la réelle nature de ses plaintes. Ne traduisent-elles pas à un mal-être plus profond ?

Les prises en charge en *Snoezelen* peuvent redonner à Mme R des sensations corporelles agréables. « Ça m'a fait du bien. » C'est en prenant plaisir dans la relation à l'autre et à son corps qu'elle pourra plus facilement faire abstraction de ses douleurs, de sa fatigue. Il est important pour Mme R qui volontairement s'isole de renouer avec la vie en collectivité et les échanges.

Une séance dénote avec les autres, c'était la première fois que je voyais Mme R si positive. Sur le trajet jusqu'à la salle, elle décrit une institution agréable à vivre, où elle est « chouchoutée ». Son discours sur l'EHPAD est en général plus controversé. Pour la première fois, elle s'impose dans le choix des modalités de la séance. Elle est plus active, elle demande un massage des pieds et du visage. Ce dernier s'est relâché pendant le toucher, son tonus s'est abaissé. Mme R présentait une respiration ample. A la fin de la séance, elle me remercie et me

dit qu'elle a pu penser à des choses qu'elle appréciait. Nous la retrouvons dans l'après-midi en compagnie d'autres résidents.

Après la présentation des cas de Mme A et Mme R en *Snoezelen*, nous allons aborder en discussion le cadre dans lequel peut se déployer la relation thérapeutique en psychomotricité. Je proposerai également une approche différente de la maladie d'Alzheimer avant d'évoquer un accompagnement plus général de cette démence.

C) PARTIE DISCUSSION :

1-Snoezelen, maladie d'Alzheimer et psychomotricité

a) Une relation à créer

C'est au détour d'un couloir que j'ai rencontré pour la première fois Mme R et dans un salon de la maison de retraite que j'ai croisé Mme A. Ces deux rencontres peuvent sembler anodines et pourtant elles sont à la base d'une relation qui s'est façonnée durant de nombreux mois. Rencontrer une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, c'est faire preuve d'adaptation. Cette année au cours de mon stage, j'en ai réellement pris conscience. Il m'a fallu un certain temps pour appréhender, comprendre ces deux personnes et le public Alzheimer en général. J'ai commencé par les observer au sein de la maison de retraite, lire leur dossier, demander le point de vue de ma maître de stage sur chacune d'entre elles. Je me suis alors sentie plus en confiance pour les aborder et participer aux séances *Snoezelen* avec ma maître de stage.

Quelle attitude adopter pour créer une alliance thérapeutique ? C'est un sujet qui m'a questionné tout au long de mon stage.

Premièrement, en tant que psychomotricien, nous devons constamment nous adapter à la disponibilité et à l'humeur de la personne, notamment en Gériatrie. Il s'agit de rejoindre l'autre là où il en est, de trouver un accordage. Comme chaque vendredi, j'entre dans la chambre de Mme R pour lui proposer un accompagnement en *Snoezelen*. Ce jour-là, elle refuse ma proposition, elle dit ne pas se sentir bien. Mme R ayant une tendance à l'apathie, à l'isolement, je tente de la convaincre en lui rappelant simplement le cadre des séances. Ces quelques mots l'ont fait changer d'avis et elle décide donc volontairement de m'accompagner. Je me questionne alors sur l'adhésion du patient au cadre thérapeutique : ai-je bien fait d'argumenter avec plus ou moins d'insistance auprès de Mme R ? Je ne veux pas la contraindre à me suivre, ni lui imposer quelque chose qu'elle ne désire pas. Il s'est avéré que lors de cette séance, elle s'est particulièrement relâchée et m'a témoigné que ça lui avait fait beaucoup de bien. Je pense que pour le cas de Mme R, il est souvent nécessaire de la stimuler mais que la décision d'insister ou non diffère d'un patient à l'autre.

Ensuite, je pense que la disponibilité du thérapeute est essentielle dans l'élaboration de la relation. Ainsi, de par son écoute empathique et sa disponibilité, il donne la possibilité au patient de trouver sa place dans la relation de dyade. Il décode les émotions de l'autre et lui permet de les vivre au travers d'autrui. Avec Mme A, j'ai tenté de m'ajuster le plus possible à ce qu'elle me transmettait via la communication non-verbale et mes propres ressentis.

BENATTAR L. et LEMOINE P. développent l'idée que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer seraient dotées d'une plus grande sensibilité. Ils parlent « d'antennes Alzheimer »⁷⁵, capables de décrypter les émotions de l'autre. « Ces malades comprennent tout, ou mieux, ils le vivent dans leur chair. »⁷⁶ Ainsi, la sincérité et la bienveillance doivent être de mise lorsque l'on accompagne une personne Alzheimer.

Au cours de mes accompagnements, j'ai tâché d'apporter à Mme A et Mme R, un cadre structurant et rassurant. Bien que Mme R souffre de prosopagnosie et d'une désorientation temporelle, elle m'accompagne chaque semaine spontanément en *Snoezelen*.

Quelques minutes après une séance en *Snoezelen* avec Mme A, je la croise avec l'une de ses filles dans le couloir. Je me présente, et décris les accompagnements avec sa mère. Mme A est silencieuse, elle me sourit. Sa fille le remarque et me témoigne que ça lui fait plaisir de voir sa mère apprécier quelqu'un, elle qui la trouvait apathique.

Au travers de ces deux vignettes cliniques, je perçois que progressivement, une relation de confiance s'est établie avec Mme R et avec Mme A, bien qu'elles ne me le témoignent pas directement. Je pense que le cadre que j'ai instauré avec ces deux résidentes et leur mémoire émotionnelle préservée, m'ont permis de créer cette alliance thérapeutique malgré la démence. C'est lorsque la confiance s'établit et que la personne se sent en sécurité dans la relation que les potentialités peuvent émerger.

Une autre question m'a interpellée durant mon stage : celle des distances au sein de mes séances en *Snoezelen*.

⁷⁵ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 36.

⁷⁶ MESSY J., (2002), p. 182.

HALL E-T. aborde ces questions de distance en développant la proxémie, qu'il définit comme « l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'Homme fait de l'espace. »⁷⁷ Chaque individu possède sa propre bulle imaginaire qui détermine les liens relationnels et qui est fonction des codes psycho-socioculturels propres à chacun d'entre nous. Quatre distances relationnelles sont décrites :

- La distance publique : Entre trois mètres soixante et sept mètres cinquante, distance propice aux discours ou cérémonies officielles. À cette distance, le corps de l'autre est perçu dans sa globalité, bien qu'imprécis, l'ensemble des gestes et postures est identifiable.

- La distance sociale : Entre un mètre vingt et trois mètres soixante, où deux individus peuvent s'entendre sans effort et où les détails du visage ne sont pas nets. On parle de distance des relations interpersonnelles, sans intimité ni amicalité.

- La distance personnelle : Entre quarante-cinq centimètres et un mètre vingt qui est la distance des relations amicales, des discussions personnelles. A cette distance, nous ne voyons pas le corps dans sa globalité, une emprise physique est possible.

- La distance intime : De zéro à quarante-cinq centimètres qui est l'espace du réconfort, de la lutte ou des relations sexuelles. La communication non-verbale, les odeurs, le contact peau à peau prédominent à cette distance.

En *Snoezelen*, je traverse ces différents espaces, en appréhendant en premier lieu la distance publique et sociale lorsque je vais chercher la résidente dans sa chambre. La distance personnelle est abordée par exemple avec Mme R lorsque nous discutons de sa journée sur le trajet vers la salle. Enfin, lors d'un toucher thérapeutique, l'entrée en relation se fait par l'intermédiaire de la distance intime. Ainsi, le contact avec le corps de l'autre est inéluctable, comment ne pas être invasif et respecter la sphère intime ? Le toucher thérapeutique a été introduit progressivement, dès lors que la relation de confiance s'est installée. J'ai ensuite commencé par les membres inférieurs et supérieurs qui sont deux parties moins intimes que le visage, tout en accompagnant verbalement. Cela m'a permis de mettre Mme A et Mme R à l'aise

⁷⁷ HALL E-T., (1971), p. 147.

tout en trouvant moi aussi petit à petit ma distance à l'autre. « Le toucher en thérapie psychomotrice induit de ce fait une réciprocité d'une présence à soi et d'une présence à l'autre en tant qu'il nous touche. »⁷⁸

Enfin, je me suis souvent interrogée sur la distance thérapeutique, en particulier avec Mme A. Je m'en suis rendue compte lorsque j'étais moi-même affectée par sa tristesse de l'humeur, passant ainsi de l'empathie à la sympathie. Avec Mme A, j'ai parfois ressenti « un désir de réparation »⁷⁹, désirant la soulager, l'apaiser, la reconforter dans ses moments de faiblesse, voire adopter une posture maternante. Dans notre profession, nous nous devons « d'être au contact [des patients] de façon vivante »⁸⁰, de plus, nous pouvons considérer le malade Alzheimer « comme une personne ayant des capacités d'amortissement de ses émotions détenues insuffisantes (ou improductives) pour réguler la distance relationnelle. »⁸¹

J'ai pu m'entretenir avec la psychologue de l'EHPAD sur ces questions et également celles de la séparation. En effet, il est indispensable de penser la fin de la prise en charge compte tenu de l'importance du cadre thérapeutique. Nous avons convenu avec ma maître de stage que les dernières séances seraient menées à trois, pour que je puisse lui passer le relais.

Consciente de cette présence et écoute à l'autre qui peut parfois me mettre en difficulté, j'ai progressivement pris du recul pour tenter de trouver « la juste distance ». Cependant, le contre-transfert sera un point sur lequel je vais devoir me remettre en question lors de ma future vie professionnelle. Le contre-transfert peut désigner l'ensemble des mouvements affectifs qui se jouent dans la relation, du soignant vers le soigné. Cette réflexion m'a amenée à envisager également un temps de supervision ou temps d'analyse des pratiques.

b) Unité et détente psychocorporelle

La démence met à mal l'enveloppe psychocorporelle du sujet âgé ; de nombreux auteurs évoquent « un Moi-Peau passoire » faisant référence à la perte des limites entre le dedans et le dehors. Le corps n'est alors plus perçu comme

⁷⁸ CHARPENTIER E., (2014), p. 60.

⁷⁹ PRAYEZ P., SAVATOFSKI J., (1989), p. 147.

⁸⁰ *Ibid.* p. 181.

⁸¹ PLOTON L., préface *in* DARNAUD T., (2007), p. 9.

une unité, il est morcelé et peut générer des troubles psychocomportementaux. Cette insécurité corporelle permanente est à l'origine d'angoisses. « Dans cette désorganisation interne, le sujet désorienté adopte des comportements qui traduisent une tentative de lutte contre cette perte de limites sécurisantes. »⁸² Les angoisses fréquentes de Mme R peuvent être envisagées comme l'expression du manque d'ancrage, de stabilité interne.

Nous avons abordé précédemment les fonctions du Moi-Peau au travers de l'œuvre d'ANZIEU D., certaines d'entre elles sont défaillantes avec le vieillissement et d'autant plus lors de l'installation d'une démence. En effet, les fonctions de pare-excitation, d'individuation, de maintenance et de contenance ne sont plus assurées par le Moi-Peau.

« Il semble là que le *Snoezelen* trouve son intérêt dans une fonction de 'colmatage' par un travail sur le contenant corporel (toucher unifiant et bain sensoriel), jouant un rôle de restauration au moins ponctuelle d'une sécurité interne, dans un cadre rassurant. »⁸³ Ainsi, le psychomotricien pourra apporter aux malades Alzheimer cet étayage qui leur fait défaut au travers d'une approche corporelle telle que le toucher thérapeutique.

Le regard, la voix, l'attitude empathique de la personne qui accompagne en relaxation et en particulier en *Snoezelen* reproduisent la posture maternante de la mère développée par WINNICOTT D.W. Cette fonction de réparation est abordée au travers du toucher qui possède ainsi « une fonction de 'maternage', de 'réparation des carences affectives'. »⁸⁴ DUQUENOY SPYCHALA K., psychologue clinicienne, affirme que « toucher une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer revêt un caractère de réparation affective ».⁸⁵

Durant les séances de toucher thérapeutique avec Mme A, j'ai souvent eu l'impression de faire ressurgir des affects profonds, enfouis. Ces derniers n'ont parfois pas pu être contenus par Mme A. En tant que thérapeute, j'ai alors joué le rôle de la fonction de contenance et de maintenance du psychisme, de façon à apporter une « seconde peau »⁸⁶ à Mme A.

⁸² QUENTIN O., GODDERIDGE B., D'ARFEUILLE P., (2010), p. 51.

⁸³ *Ibid.* p. 91.

⁸⁴ CHARPENTIER E., (2014), p. 44 .

⁸⁵ DUQUENOY SPYCHALA K., (2002), p. 98.

⁸⁶ QUENTIN O., GODDERIDGE B., D'ARFEUILLE P., (2010), p. 91.

Un cadre contenant et fixe comme celui proposé en *Snoezelen*, et l'exposition répétée à des stimuli peuvent procurer « un sentiment de familiarité »⁸⁷. Ce dernier pourra diminuer les angoisses que les malades Alzheimer vivent de façon permanente.

Au travers du toucher thérapeutique, un sentiment de globalité, de contenance peut être alors ressenti. « Le corps devient alors un repère solide et permanent. »⁸⁸ Une fois unifié, le corps peut être le lieu d'inscription d'une détente psychocorporelle.

« Par le biais du toucher, le thérapeute peut directement montrer la présence d'une tension corporelle ; il peut positionner le patient d'une manière différente pour illustrer des possibilités nouvelles ; il peut directement l'aider à relâcher une retenue musculaire. (...) On l'utilise [le toucher] pour faciliter le développement du soi corporel d'un patient par le biais de la sensation, de la conscience immédiate, du mouvement et de la posture. »⁸⁹

L'état de détente favorise la perception de l'image du corps, d'enveloppe psychocorporelle et d'unité du corps. Ainsi, des angoisses peuvent être apaisées, un calme peut être retrouvé.

c) Communication non-verbale

Nous avons abordé précédemment les particularités de la communication avec le sujet dément ; nous évoquerons ici la question de la communication non-verbale qui est au cœur de mes rencontres avec Mme A. La communication verbale avec la personne Alzheimer fait l'objet d'un développement ultérieur.

Qu'est-ce que la communication non-verbale ? « Les mots ne sont pas tout le langage. »⁹⁰ CORRAZE J. applique le terme de communication non-verbale à « l'ensemble des moyens de communication existants entre des individus vivants n'usant pas de langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langages des sourds-muets, etc.). »⁹¹ Trois modalités sont distinctes à travers cette communication :

⁸⁷ LETORTU O., citée par QUENTIN O., GODDERIDGE B., D'ARFEUILLE P., (2010), p. 91.

⁸⁸ CHARPENTIER E., (2014), p. 41.

⁸⁹ KEPNER J., (1998), p. 88.

⁹⁰ MESSY J., (2002), p. 179.

⁹¹ CORRAZE J., (2005), p. 15.

- Le langage corporel, au travers des postures, gestes et orientations du corps.
- Les artéfacts du corps tels que les tatouages, les scarifications, les vêtements et autres artifices.
- La distance entre individus qui peut être révélateur d'affects à l'égard d'autrui.

Nous développerons particulièrement le langage corporel, qui est un outil précieux pour le psychomotricien. Je me suis beaucoup interrogée sur les capacités de compréhension de Mme A, nonobstant « nous ne pourrions jamais savoir avec certitude si une personne comprend ou ne comprend pas ce que nous lui disons. »⁹² C'est pourquoi j'ai prêté attention au cours de mes rencontres avec Mme A à mon engagement corporel. Il m'a ainsi permis de communiquer, des gestes signifiants ont pu accompagner mes mots pour en préciser le sens.

L'aphasie globale de Mme A réduit notablement ses possibilités à communiquer. Cependant, « la communication non verbale, plus archaïque, résiste, le patient reconnaît les signes 'primordiaux', chargés des émotions informatives, affectives, irritations, peur, rejet. »⁹³

Au cours de mes prises en charge avec Mme A, j'ai pu effectuer une véritable lecture psychomotrice de sa communication non-verbale. « Le corps se donne à lire comme un rébus que l'on doit déchiffrer. »⁹⁴ Elle m'a permis de la comprendre, de m'adapter et d'orienter mes propositions.

Nous communiquons au travers de :

- Notre expression faciale

Elle concerne l'ensemble des parties du visage et intervient de manière prédominante dans l'expression de nos affects. Au cours de touchers thérapeutiques du visage, je suis particulièrement attentive aux expressions de Mme A. Je peux alors percevoir lorsqu'une mobilisation n'est pas agréable pour elle. Mme A effectue régulièrement des mouvements répétitifs avec sa bouche

⁹² PELISSIER J., (2010), p. 28.

⁹³ POLYDOR J.P, (2005), p. 247.

⁹⁴ DESCAMPS M-A., (2004), p. 10.

comme si elle embrassait quelqu'un. Ces « bisous » sont accompagnés de sourires, ils témoignent chez Mme A un sentiment de bien-être.

- Notre sourire

« Le sourire est un signal émis par notre face lors des interactions sociales. »⁹⁵ Mme A communique beaucoup avec son sourire. À travers celui-ci, nous nous rendons compte de l'état du jour de cette dernière, un sourire discret peut laisser paraître une tristesse de l'humeur.

- Notre regard

Le regard est porteur de sens. Il peut traduire les intentions et l'affectivité de celui qui regarde. En *Snoezelen*, certains temps avec Mme A se passent de mots. Nous pouvons demeurer quelques instants à nous regarder et à échanger ainsi.

- Notre voix

Composante du langage verbal, la voix fait partie du champ de la communication infra-verbal que l'on peut assimiler au non-verbal. Par le timbre, la hauteur, le débit et l'intensité de notre voix, nous transmettons notre état émotionnel. Ma voix se veut la plus posée possible et rassurante lors des séances en *Snoezelen* avec Mme A.

- Notre posture, notre attitude et nos gestes

Le tonus sous-tend l'ensemble de nos postures, attitudes et gestes, ils traduisent notre présence à autrui. JAMES W., décrit quatre postures fondamentales⁹⁶ :

- L'attitude d'approche avec l'inclinaison du corps en avant
- L'attitude de rejet avec le corps qui se détourne d'autrui
- L'attitude d'expansion où la tête, les épaules et le tronc sont en extension
- L'attitude de contraction avec la tête fléchie sur le tronc, les épaules tombantes
-

⁹⁵ CORRAZE J., (2005), p. 124.

⁹⁶ JAMES W., cité par CORRAZE J., (2005), p. 151.

- Notre toucher

Comme vu précédemment, le dialogue tonico-émotionnel traduit les variations physiologiques, psychologiques et émotionnelles de la personne. « La rencontre tactile éveille à la communication non-verbale. »⁹⁷ Mon toucher auprès de Mme A se veut contenant et apaisant. « Etre touché chaleureusement peut faire disparaître l'angoisse qui ne peut plus être désormais prise en charge par les mots. »⁹⁸

2-La vie Alzheimer

a) Représentations de la maladie d'Alzheimer

Avant d'aborder quelques accompagnements de la maladie d'Alzheimer, penchons-nous sur les représentations et réflexions que cette démence peut susciter chez chacun d'entre nous. Comment faire face à une personne malade ? Que nous renvoie la personne souffrant d'Alzheimer ?

Conceptions occidentales

Nous l'avons abordé précédemment, la vieillesse est redoutée par notre société, elle est souvent associée à des notions de pertes. Qu'en est-il de la démence ?

La maladie d'Alzheimer est souvent considérée comme un fléau moderne. C'est une maladie difficile à diagnostiquer, son évolution est insidieuse au départ, c'est pourquoi l'inquiétude est de mise dès les premières plaintes mnésiques. Il n'est pas rare de retrouver dans le discours populaire des étiologies un peu floues. Cette affliction est souvent réduite à une dépossession de soi, une peur de devenir étranger à soi-même, à son entourage. On considère dans les représentations sociétales que la personne 'perd la tête'. « Le dément n'est pas un mort, cependant il révèle, du même coup, le vide. »⁹⁹ Il n'est pas rare de retrouver des familles dans une situation de deuil anticipé, considérant leur proche comme mort

⁹⁷ CHARPENTIER E., (2014), p. 12.

⁹⁸ PERUCHON M. citée par BERBIGIER ESCHAUIER L., (2013), p. 70.

⁹⁹ MESSY J., (2002), p. 56.

psychiquement. Dans cette optique, le placement est la meilleure solution pour ne pas faire face à la maladie. Rappelons-le, la maladie d'Alzheimer nous renvoie à notre propre vieillissement et à nos propres inquiétudes. « C'est un peu l'image de soi demain. »¹⁰⁰ Deux représentations s'imposent parmi les autres, on voit souvent la maladie d'Alzheimer comme un retour à l'enfance ou un état végétatif. « Ces deux notions portant atteinte à l'humanité du patient, réduit à sa dimension uniquement corporelle. »¹⁰¹

La rupture des codes sociaux est difficilement acceptable dans notre société, ainsi, ne respectant plus les convenances, les malades Alzheimer sont souvent reniés. Cependant, il est nécessaire de rappeler que « toutes ces manifestations font parties de la maladie, qu'elles sont involontaires. »¹⁰² Ainsi, « c'est globalement notre manière d'être vis-à-vis des malades qui doit évoluer. »¹⁰³ Ces visions de la maladie d'Alzheimer nous amènent à une discussion autour de la tolérance auprès de nos aînés. « Tous les repères du passé s'effondrent et pour maintenir un lien, il faut le réinventer sur d'autres bases de reconnaissance. »¹⁰⁴

Les conceptions sociétales de la maladie d'Alzheimer déshumanisent progressivement le malade. Cela nous amène à nous questionner sur le respect et la dignité accordés aux personnes démentes.

Une approche *Carpe Diem* a vu le jour de l'autre côté de l'Atlantique. Aujourd'hui, c'est un fonctionnement qui commence à se faire connaître en France.

Qu'est-ce que l'approche *Carpe Diem*? Il s'agit d'un accompagnement spécifique de la personne démente né au Québec. La locution latine *Carpe Diem* signifie « saisis le jour » ou « mettre à profit le jour présent ». Cette démarche vise à poser un regard différent sur les pathologies démentielles, sans préjugés. L'accompagnement se veut basé « sur les ressources et les capacités de la personne. »¹⁰⁵ C'est en partant du postulat que, malgré la maladie, une personne démente possède des compétences, que nous pouvons favoriser l'autonomie

¹⁰⁰ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 23.

¹⁰¹ NGATCHA-RIBERT, L., (2004), pp. 49-66.

¹⁰² BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 25.

¹⁰³ BACHELOT-NARQUIN R., préface in HIRSCH E., OLLIVET C., (dir), (2007), p. 16.

¹⁰⁴ PIERRON J-P., HERMETET A-R., THOMAS-ANTERION C., (2009), pp. 661-668.

¹⁰⁵ LE BRUN T., (2016), pp. 3-10.

préférentiellement à la dépendance. « Une meilleure connaissance des capacités restantes de la personne malade doit permettre de soutenir l'accompagnement des professionnels et éviter, face aux difficultés de communication, de forcer l'interprétation pour trouver à tout prix un sens. »¹⁰⁶

Ainsi, la structure est entièrement formée à cette philosophie, elle se veut au plus proche des besoins et rythmes de la personne dément. Le malade participe à la vie institutionnelle, il conservera ainsi un sentiment d'utilité et un sens des responsabilités au travers de gestes du quotidien. Ainsi, les résidents préparent eux-mêmes les repas, auxquels les soignants participent également. Il n'y a pas d'horaires imposés au cours de la journée ; le résident vit selon ses habitudes de vie, de la même manière qu'il le ferait chez lui.

« C'est un pas majeur de changer de regard, et ce serait déjà un progrès significatif si nous y parvenons réellement. »¹⁰⁷

Philosophie chinoise

La Chine, comme de nombreux états, va devoir faire face à un vieillissement considérable de sa population. Les autorités sanitaires s'appêtent donc à la progression de la maladie d'Alzheimer. Cependant, si l'on se base sur la médecine chinoise traditionnelle, la désignation « maladie d'Alzheimer » n'existe pas. Bien que les différents symptômes soient reconnus, ils ne forment pas un syndrome ou une maladie. Ils demeurent isolés. La classification est bien différente de nos conceptions occidentales. Ainsi, les symptômes apparaissant avec l'âge ne sont pas considérés comme pathologiques, ils découlent d'une existence classique.

La philosophie chinoise considère le temps comme cyclique, où la vie est un éternel recommencement. Ainsi, l'enfant est un ancien vieux tout comme le vieux un ancien enfant qui « remonte en enfance [...], vieillir est une élévation, pas une déchéance. »¹⁰⁸

Au début de la vie, l'enfant est considéré comme une entité organique, le *Yin*. En grandissant, il acquiert progressivement une part de *Yang*, ces deux entités

¹⁰⁶ DORENLOT P., FREMONTIER M., in HIRSCH E., OLLIVET C., (dir), (2007), p. 121.

¹⁰⁷ CORDIER A., in HIRSCH E., OLLIVET C., (dir), (2007), p. 30.

¹⁰⁸ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 89.

sont en harmonie pendant la phase adulte. Enfin, au moment de la sénescence, l'élan vital se ralentit, la personne âgée redevient *Yin*. « C'est le décours de la vie, la perte fonctionnelle, l'approfondissement de la substance. »¹⁰⁹ La question de la mort ne se pose pas comme en Occident. « La personne âgée, le vieux, le vieillard, est au centre de la société ; il en est le pivot, objet de toutes les révérences, de toutes les attentions. »¹¹⁰ Toute la famille vit sous le même toit, le grand-père ou la grand-mère occupe une place centrale au sein de la famille. Ainsi, bien qu'il présente des symptômes de la maladie d'Alzheimer, la personne démente est indispensable à l'harmonie du groupe. Elle est reconnue comme source d'enrichissement pour les plus jeunes, « le vieillard assume une fonction d'enseignement. »¹¹¹ La transmission de la mémoire ancienne se voit appauvrir avec l'évolution des troubles mnésiques, bien que le discours devienne répétitif, il garde sa valeur sacrée. Ainsi, dans les familles chinoises, le placement d'un aîné en institution est inconcevable.

Cette région du globe « où la maladie d'Alzheimer n'existe pas »¹¹² nous amène à réfléchir quant à la place de nos aînés dans nos sociétés occidentales.

Alzheimer et institution

Quelle vision possède le soignant de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ? Qu'en est-il des notions de transferts et contre-transferts ? La notion de transfert est psychanalytique, elle décrit les phénomènes affectifs inconscients présents dans la relation à l'autre. Quels affects sont en jeu pour la personne âgée institutionnalisée ? Dans le cadre d'une entrée en institution, le résident fait progressivement le deuil de son autonomie dans la vie de tous les jours. Il doit s'adapter aux rythmes et fonctionnement de l'EHPAD, qui devient son nouveau lieu de vie. Il doit faire des concessions quant à son intimité et s'accommoder à la vie en collectivité. Mme R me rappelle souvent qu'elle a du mal à se faire à cette maison de retraite, qu'elle n'apprécie pas ses habitants.

Et pour les soignants ? Les contre-transferts peuvent être à la fois de l'ordre d'une admiration, mais également d'une répulsion. « Le vieux c'est l'autre, dans

¹⁰⁹ LUPU F., (2009), pp. 57-73.

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 90.

¹¹² *Ibid.* p. 87.

lequel nous ne nous reconnaissons pas. »¹¹³ Comme évoqué en début de ce mémoire, la vieillesse a souvent une connotation négative. Le soignant en gérontologie est confronté au quotidien à un vieillissement que l'on peut qualifier de pathologique. Face à cela, nous comprenons que le soignant peut appréhender la question de son devenir. Il doit se détacher de ses propres fantasmes et craintes pour investir au mieux la relation de soin et ne pas transformer la personne âgée en objet de soin.

Légitimement, quelle attitude doit avoir le soignant auprès d'une personne démente, en institution ?

Le soignant doit garder une distance professionnelle, il n'emploiera pas le tutoiement ou des surnoms inadaptés.

Il se doit de rester vigilant à l'infantilisation qui peut être définie comme le non-respect de la personne, de ses souhaits et désirs. C'est aussi la dévalorisation du malade et de ses capacités. Souvent, nous jugeons que la personne démente n'est pas en mesure de prendre des décisions, nous jugeons aussi judicieux de prendre les décisions à sa place. Des formulations ou intonations peuvent être également perçues comme infantilisantes.

Au cours de mes prises en charge, j'adopte parfois une posture maternante avec Mme A, comme « la mère suffisamment bonne » de WINNICOTT D.W. Je ressens le besoin d'étayer et de contenir les angoisses de Mme A. Mon objectif est aussi de l'amener à retrouver des expériences et des sensations qui lui permettront de retrouver sa place, son identité. Je me suis beaucoup interrogée sur cette question de distance ; Mme A recherche en effet souvent cette proximité. J'ai toujours veillé à ne pas être infantilisante.

Dans la maladie d'Alzheimer, nous retrouvons une certaine régression face à l'alimentation. Chaque vendredi, j'accompagne des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer lors d'un repas que l'on qualifie de thérapeutique. Ces personnes ne sont plus capables de se nourrir seules. Bien que donner la cuillère à une personne âgée puisse paraître dévalorisant, je pense que c'est notre attitude bienveillante qui nous permet de ne pas tomber dans l'infantilisation.

¹¹³ MESSY J., (2002), p. 19.

Quelle place a la personne âgée au cours des soins, et notamment au cours de la toilette ?

C'est un sujet qui m'a questionné au cours de mon stage. Avec ma maître de stage, nous passons un minimum de quarante-cinq minutes avec le résident lors de sa toilette évaluative. Il s'agit d'un temps, à son arrivée, pendant lequel nous découvrons la personne, ses habitudes au réveil, ses capacités lors de l'accompagnement à la toilette. Je suis consciente que l'institution impose à l'équipe soignante une cadence pour les soins, que la toilette ne peut s'effectuer pendant si longtemps. Néanmoins, en vingt minutes, quelle est réellement la qualité de l'accompagnement ? La toilette demeure un instant privilégié pour la personne démente, il est important de prendre le temps nécessaire tout en respectant son rythme personnel.

J'ai pu participer à plusieurs reprises à des réunions autour de la bientraitance. L'ambivalence de la toilette était un problème soulevé, en effet la réalité du terrain, les nombreux arrêts maladie de l'équipe soignante imposent un rythme différent de celui du résident. Certaines toilettes peuvent être effectuées au détriment du confort du résident ou pas suffisamment stimulantes pour son autonomie. Les soignants sont conscients de ces manquements, des solutions alternatives ont été trouvées, bien que des difficultés perdurent.

Toutefois, si le patient possède une autonomie et une indépendance suffisante, il est nécessaire de l'encourager à faire seul. En le guidant, et en le stimulant dans ces tâches du quotidien, nous limitons les pertes. Le soignant doit valoriser les capacités et compétences de la personne en ne faisant pas à sa place. Il doit également laisser le choix au sujet âgé dément de mettre les vêtements qu'il désire, tout en accompagnant lors de l'habillage si cela s'avère nécessaire.

« Aide moi à faire tout seul, ne fais pas à ma place, mais ne sois pas absent. »¹¹⁴

Les toilettes peuvent être coûteuses en temps, mais également en énergie avec une personne démente. Au cours de l'avancée de la maladie, l'amnésie et l'apraxie prennent le dessus. Il est alors fréquent de retrouver une personne se rincer trois fois le visage ou ne plus savoir comment utiliser une brosse à cheveux. Une bonne connaissance du public dément est alors nécessaire pour les accompagner au mieux. Je me suis rendue compte que l'UVA était l'unité au plus près des besoins des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, et ce au cours

¹¹⁴ Philosophie de l'approche de Maria MONTESSORI

des activités de la vie de tous les jours et en particulier durant la toilette. L'équipe est fixe, elle connaît chacun des résidents et leurs besoins. La toilette est valorisante pour la personne, stimulée, celle-ci peut alors faire seule les choses. Privilégiant la qualité à la rapidité, l'accompagnement est le plus respectueux possible pour le résident.

« L'accompagnement éthique c'est affirmer la permanence de la personne humaine en toutes circonstances, mêmes les plus dégradées. »¹¹⁵ La question de l'éthique et de l'Humanitude sera abordée par la suite dans ce mémoire.

b) Et si on accompagnait autrement la maladie d'Alzheimer ?

La maladie d'Alzheimer perturbe le quotidien des malades et des familles. Que ce soit en établissement ou lors d'un maintien au domicile, il est parfois nécessaire de repenser l'environnement des personnes démentes. Nous avons tout d'abord évoqué les modifications possibles au quotidien, avant d'évoquer les principes de base pour la communication. L'accompagnement se fait aussi au travers de philosophies telles que la Validation ou l'Humanitude, pour être au plus près des besoins des malades et ce, jusqu'au bout de la vie.

Accompagnement de la famille et du malade au quotidien

Quel accompagnement pour la famille ?

Les liens relationnels entre la famille et la personne démente sont fréquemment mis à mal et ce, tout au long de l'évolution de la maladie. Incompréhension, sidération, déni, abandon, sont des situations courantes. « La vieillesse entraîne un repli sur soi, la démence met à l'écart »¹¹⁶ Ainsi, de l'annonce de la maladie au quotidien en institution, l'équipe pluridisciplinaire se doit d'accompagner pas à pas les familles et les malades. L'étape du diagnostic peut être mal vécue pour la famille et pour la personne concernée. C'est pourquoi l'annonce doit être progressive et réfléchie. Le médecin accueille les craintes et les questionnements du malade et de son entourage. Il les informe des différents stades de la démence. De même qu'il n'y a pas UN vieillissement type, on ne peut

¹¹⁵ BERBIGIER ESCHAUZIER L., (2013), p. 129.

¹¹⁶ MESSY J., (2002), p. 18.

se prononcer sur l'évolution de la maladie. La maladie d'Alzheimer est caractérisée par une diversité des tableaux cliniques en lien avec la singularité de l'individu. Toutefois, la famille comme le patient doivent faire le deuil d'un vieillissement classique, du Moi idéal. Pour l'entourage, et plus particulièrement pour les aidants, la prise en charge du patient Alzheimer est vécue le plus souvent comme un poids, un fardeau. L'épuisement des aidants n'est pas rare, souvent à l'origine de l'institutionnalisation. Une « guidance familiale »¹¹⁷ peut être envisagée comme soutien psychothérapeutique pour les situations les plus douloureuses.

Il est important d'aider le plus tôt possible l'entourage à se représenter la maladie et à l'appréhender. Les troubles psychocomportementaux peuvent ne pas être compris par la famille, surtout lorsque le diagnostic n'a pas été posé. En connaissant l'étiologie de ces comportements, la famille est alors soulagée et peut ainsi les accepter. « Le vieux est dépossédé de ses symptômes »,¹¹⁸ il n'est pas responsable de ses actes et paroles. Cependant, malgré la maladie, la personne Alzheimer doit « garder toute sa dimension d'homme et ce, quel que soit son état de dépendance. »¹¹⁹ Ainsi, c'est en prenant conscience des particularités de leur aîné, que la famille pourra lui « proposer les bases d'un accompagnement relationnel ».¹²⁰

Quel accompagnement du malade au quotidien ?

« Toutes les entraves, toutes les contentions sont très mal vécues, car ne s'intégrant pas dans leur univers mental. »¹²¹ Les contraintes ne sont pas intégrées. Elles peuvent engendrer davantage de troubles psychocomportementaux, ainsi, il est important que les personnes Alzheimer décident de ce qui est bon pour eux à ce moment. La désorientation temporo-spatiale se majore au cours de l'avancée dans la maladie. Progressivement, l'environnement n'est plus perçu de la même manière. Les rythmes changent, notamment pour le sommeil (le rythme veille/sommeil peut être inversé). Nous retrouvons ainsi des personnes dormant la journée qui déambulent la nuit. Les nouvelles acquisitions ne sont plus possibles, cependant, il est important de valoriser et de stimuler la mémoire procédurale. Les savoir-faire persistent

¹¹⁷ CHARAZAC P-M., (1998), p. 45.

¹¹⁸ MESSY J., (2002), p. 177.

¹¹⁹ DARNAUD T., (2007), p. 14.

¹²⁰ *Ibid.* p. 21

¹²¹ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 185.

longtemps malgré la maladie, ils sont un véritable atout au quotidien. De façon hebdomadaire, un atelier cuisine est animé en UVA. Il permet aux résidents de retrouver un plaisir et une autonomie dans des tâches qu'ils effectuaient avant quotidiennement.

Penser Alzheimer, c'est donc être souple et se détacher des codes sociaux.

Je développerai ici plus particulièrement la question de l'alimentation à laquelle j'ai été confrontée pendant mon stage. Toutefois, l'accompagnement se veut spécifique à chaque moment du quotidien, de la toilette au coucher en passant par les activités au cours de la journée.

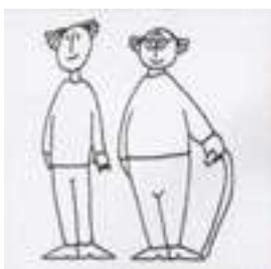
Comment penser l'alimentation et la prise des repas ? Manger est pour beaucoup synonyme de plaisir ; comment faire pour que le repas se passe au mieux ? Lors de ma participation aux repas, j'ai pu ainsi me rendre compte de l'importance de s'adapter en fonction de chaque résident. Il y a ceux qui déambulent. Mme P ne peut se poser à table pour la prise du déjeuner ; la nourriture est alors placée dans un bol pour qu'elle puisse se déplacer tout en mangeant. Les problèmes de déglutition apparaissent avec l'avancée de la maladie. L'alimentation est alors mixée, j'accompagne régulièrement Mme M qui ne peut manger seule. Les troubles de la déglutition peuvent également être à l'origine de dénutrition. La prise des repas étant compliquées, ceux-ci ne sont plus avalés en quantité suffisante. L'hyperphagie est un phénomène récurrent, la sensation de satiété n'est plus perçue. Ainsi, pour plusieurs d'entre eux nous devons veiller aux quantités avalées. Cependant, les déambulations sont coûteuses en énergie, c'est pourquoi peu de malades prennent du poids. Lorsque les troubles pratiques sont trop importants, des adaptations sont nécessaires. Ainsi, Mme D mange avec un bol et une cuillère, cela lui permet d'être autonome. La psychomotricienne a également mis en place le *Finger food* ou manger avec les doigts une fois par semaine. Souvent les résidents prennent plaisir à manger quelque chose de différent, et surtout de façon autonome.

N'ayant pas d'ergothérapeute dans la structure, je pense qu'il est important pour le psychomotricien de veiller au confort et à l'autonomie des résidents au cours des repas.

Prévention autour de la communication

Nous avons abordé précédemment la question de la communication en détaillant les perturbations engendrées par la maladie d'Alzheimer. La communication non-verbale est un outil lorsque les mots disparaissent. Pour s'adresser à une personne Alzheimer sur le plan verbal, aphasique ou non, certaines règles sont à mettre en place. Dix commandements sont alors décrits par la Ligue Alzheimer¹²² pour aborder le malade Alzheimer et pour communiquer avec lui. Les voici détaillés :

Pour aborder le patient :



Près de la personne, tu te tiendras.

Aborder la personne en se tenant près d'elle favorisera l'échange et sa concentration.



Son nom, tu diras.

Le nom est le premier attribut de la être humain, il lui donne une identité. Cependant, le vouvoiement est fondamental pour le respect de la personne.



Son corps, tu toucheras.

Toucher la personne permet de créer des fils de communications et de capter plus facilement son attention.

¹²² D'après le site de la Ligue Alzheimer, association impliquée dans la recherche scientifique, l'information et l'aide aux personnes confrontées à la maladie d'Alzheimer, consulté le 19/03/2016.

<http://www.alzheimer.be/la-maladie/alzheimer-la-maladie-communication>



À sa hauteur et face à lui, tu te tiendras.

Bien qu'il fasse référence à la confrontation, le face à face favorise la franchise. Il permet également de s'ajuster plus facilement en fonction des dires de la personne et d'être plus attentif au non-verbal.



Un contact visuel, tu établiras.

Il est important de capter l'attention souvent labile de la personne Alzheimer par le regard.

Pour communiquer avec le patient :



Lentement et distinctement, tu parleras.

Pour favoriser l'écoute, il est important de veiller à être audible et ne pas hésiter à accentuer la prononciation.



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

Un discours à rallonge ou compliqué peut ne pas être compris.



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

La communication non-verbale étayera le langage qui peut parfois ne pas être compris. Avec l'avancée dans la démence, les mots perdent peu à peu de leur sens.



Un message à la fois, tu donneras.

Ne pas donner trop d'informations, rester bref dans les paroles. Avant de passer à l'idée suivante, il est nécessaire de s'assurer que le message a bien été compris.



Aux énoncés affirmatifs, tu recourras.

La négation est une donnée qui est difficilement assimilable pour les malades Alzheimer. Les négations sont mal perçues, ainsi, ne pas penser à la mort, chez ces personnes, c'est y penser.

Globalement, n'utilisez pas la phrase « rappelle-toi. » Très souvent malheureusement, la personne n'en sera pas capable, cette question la frustrera. Préférez les questions fermées, les troubles phasiques peuvent rendre compliquées les réponses élaborées. Prévoyez et prenez votre temps. Vérifiez que la personne porte bien ses lunettes, prothèses auditives et dentaires. En cas d'incompréhension, faites-lui répéter une fois mais pas davantage.

Présence et écoute : la Validation

La Validation est une méthode créée en 1963 par la psychologue américaine FEIL N., après de nombreuses années de clinique auprès du public dément désorienté. Il s'agit d'une thérapie qui permet de maintenir une communication avec les personnes démentes, « basée sur une attitude de respect et d'empathie. »¹²³

Ainsi, « la Validation leur permet de rencontrer quelqu'un qui les écoute avec empathie et qui, sans les juger, accepte leur vision de la réalité. »¹²⁴

¹²³ FEIL N., (1997), p. 45.

¹²⁴ *Ibid.*

L'attitude de la personne pratiquant la Validation doit être exempte de tout jugement, elle doit laisser de côté ses attentes. Il est important de comprendre le fonctionnement d'une personne démente et sa logique. « Il y a une raison derrière tout comportement. »¹²⁵ Le sens est souvent difficile à trouver car la personne démente ne partage pas la même réalité que nous. Comprendre un comportement nous demande de nous intéresser à la vie émotionnelle du patient, de nous mettre à l'écoute, de nous rendre disponible et de rentrer dans SA réalité. En ce sens, la Validation traduit une volonté d'un accompagnement de qualité tout en apportant confort, bien-être et dignité.

La maladie d'Alzheimer est caractérisée par un déséquilibre. Le sujet perd la mémoire, oublie les faits récents, ses repères sont constamment menacés. « La plupart des personnes présentant un syndrome démentiel ont des difficultés à gérer les liens entre ce qu'elles ressentent dans leur esprit, entre les émotions et les pensées qui les habitent, et ce qui existe réellement dans leur environnement. »¹²⁶ Cette désorientation est responsable des épisodes d'angoisses et peut engendrer d'autres troubles psychocomportementaux.

Les vécus des patients font souvent référence à des faits antérieurs, car la mémoire rétrograde est la plus conservée. De plus, quand la mémoire des faits récents est défaillante, c'est dans ses souvenirs anciens que la personne se sent bien. Elle est ainsi en sécurité dans un espace-temps qu'elle connaît bien.

La Validation, « c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. Valider, c'est dire à quelqu'un que ce qu'il ressent est vrai. Ne pas reconnaître ses émotions revient à nier l'individu. »¹²⁷ Il est alors question d'inscrire la personne démente dans sa réalité interne, d'étayer ses ressentis et émotions.

Comment valider ? Au cours de mon stage, je me suis fréquemment retrouvée face à ces questions et angoisses. J'ai appris progressivement les quelques points suivants de façon à gérer au mieux les émotions des résidents face auxquels j'étais confrontée.

- **Utiliser des mots apaisants et concrets** qui permettent de créer une relation de confiance. On privilégie les « où, qui, quand, comment ? » de façon à aider le malade à se concentrer sur des faits concrets. On évite le

¹²⁵ *Ibid.* p. 46.

¹²⁶ PELISSIER J., (2010), p. 275.

¹²⁷ FEIL N., (2005), p. 5.

« pourquoi ? » qui oblige à faire face aux émotions que la personne a du mal à expliquer.

- **Reformuler.** On reprend les mots importants, le ton et la cadence du discours. Pour le malade, entendre ses propres mots exprimés par quelqu'un d'autre peut être rassurant.
- **Utiliser la polarité.** Quand une personne se plaint, on l'amène à imaginer la conséquence la plus extrême de sa plainte avec des formulations telles que « c'est vraiment la pire chose que... ? » Les sentiments peuvent alors s'exprimer plus librement, le soulagement est souvent immédiat.
- **Faire preuve d'ambiguïté.** Lorsqu'un patient est dans un état de confusion verbale, que son discours n'est pas compréhensible, l'ambiguïté consiste à remplacer les néologismes par des pronoms.
- **La technique du miroir.** Face à une personne présentant des stéréotypies motrices, verbales, l'imitation peut être un moyen d'entrer en relation.

Des changements significatifs dans le comportement des personnes démentes ont été constatés suite à l'application de la technique de Validation. Les angoisses se voient apaisées, les personnes augmentent leur sentiment d'estime de soi et de bien-être.

Je conclus cette brève présentation de la Validation avec un exemple clinique auquel que j'ai pu faire face à de nombreuses reprises. Une patiente de l'UVA nous explique tous les soirs qu'elle désire rentrer chez elle, sur un ton agacé. Il n'est pas nécessaire de la confronter au fait qu'elle n'est plus en capacité de rester à son domicile, que sa maison a été vendue, qu'elle habite désormais ici. Mme G n'encode pas les faits antérogrades ; en lui rappelant ce genre de chose « on ne fait que déclencher des émotions négatives. »¹²⁸

Nous n'avons pas non plus à lui mentir, en lui précisant qu'elle va rentrer chez elle. La Validation proposerait de répondre : « Je sais que vous désireriez rentrer chez vous. Rassurez-vous, après le repas, un soignant vous raccompagnera dans votre chambre. » PELISSIER J., précise que « l'objectif de la Validation n'est pas de rétablir la vérité, mais d'aider la personne à maintenir ses ressentis et ses

¹²⁸ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 53.

émotions sur sa scène intérieure. »¹²⁹ Chaque jour est un éternel recommencement avec Mme G, les notions temporelles n'existent plus. Il est nécessaire de tenir ce même discours quotidiennement, jusqu'au jour où la personne n'évoquera plus ce fait. « L'angoisse finira par s'apaiser spontanément car elle ne sera plus alimentée. »¹³⁰

« La thérapie de la Validation permet de rassembler les morceaux et de trouver les issus, calmer les colères et surtout, de franchir les étapes afin de trouver la sérénité. »¹³¹

L'Humanitude

KLOPFENSTEIN F. est à l'origine du terme Humanitude ; on le définit comme « l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce. »¹³² JACQUARD A. décrit l'Humanitude comme « les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore un enrichissement sans limite. »¹³³ La philosophie de l'Humanitude a été développée depuis une trentaine d'années par GINESTE Y. et MARESCOTTI R. Elle vise à respecter les principes d'autonomie, de respect et de liberté individuelle de la personne malade.

Ce concept d'Humanitude auprès de personnes dépendantes se base essentiellement sur la verticalité et la communication. Cette dernière est composée de trois canaux que sont le regard, la parole et le toucher durant le soin. Je ne décrirai que brièvement ces éléments, traités auparavant lorsque nous avons abordé la communication non-verbale. Je n'aborderai pas la question de la verticalité à laquelle je n'ai que peu été confrontée, qui est cependant un élément indispensable à la reconnaissance de l'espèce.

Le regard est le premier canal de mise en Humanitude, un regard intense témoigne d'une disponibilité psychocorporelle. Au contraire, un regard fuyant, évitant, peut indiquer un défaut relationnel.

¹²⁹ PELISSIER J., (2010), p. 276.

¹³⁰ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 54.

¹³¹ *Ibid.* p. 141.

¹³² GINESTE Y., MARESCOTTI R., (2010), pp. 26-27.

¹³³ JACQUARD A., (1987), p. 162.

La parole accompagne le regard, la tonalité et les mots que nous employons renseignent la personne sur nos attentions.

Le toucher est présent sous la forme d'une poignée de main, d'une caresse, d'un soin. Le dialogue tonico-émotionnel traduit les affects et la disponibilité des deux personnes concernées par le toucher. Il peut ainsi mettre en avant un sentiment de sécurité, de douceur, de confiance.

L'importance de ces trois canaux a été développée dans les interactions précoces mère-enfant et notamment selon l'idée de *la mère suffisamment bonne* de WINNICOTT D.W. Ces stimulations sont nécessaires à la construction du tout petit et demeurent vitales pour la personne âgée, elles lui confèrent sa caractéristique d'être humain.

En tant que soignants ou thérapeutes notre préoccupation est le prendre soin de la personne et ce, jusqu'à la fin de vie. Nous devons remédier à la déshumanisation, à la mécanisation des gestes de soins de tous les jours. Nos métiers sont destinés à s'occuper de l'Humanité tout en valorisant l'identité propre de nos aînés. Cependant, trop de personnes âgées et notamment démentes ne bénéficient pas de ces attentions particulières au quotidien. Il est naturel de ne pas souhaiter être confronté à la souffrance des autres qui nous renvoie à nos propres souffrances mais il n'est pas humain d'ignorer une personne. « Maintenant que je suis âgé, au lieu de me dévisager, j'aimerais que l'on m'envisage. »¹³⁴

Une étude datant de 1982-1983 a démontré qu'au sein d'une institution, la communication verbale envers les personnes grabataires n'excède pas les cent vingt secondes en vingt-quatre heures.¹³⁵

Cette étude nous montre bien l'importance de professionnaliser cette approche relationnelle qu'est l'Humanité. La communication et la stimulation demeurent essentielles avec l'installation et l'aggravation de la démence. Je pense particulièrement à Mme R, ou aux personnes souffrant de troubles dépressifs, apathiques. Ces dernières s'isolent davantage chaque jour, elles mériteraient d'être plus sollicitées au cours de la journée pour éviter la cécité et surdité relationnelle.

¹³⁴ COCTEAU J., cité par BRANDILLY A., (1998), pp. 44-49.

¹³⁵ Étude réalisée par la CEC, à l'aide de magnétophones à déclenchement vocal, dans des services de long séjour.

GINESTE Y. et MARESCOTTI R. développent une méthode appelée « capture sensorielle »¹³⁶, basée sur les principes d'*auto-feedback*, où le soignant décrit les soins qu'il réalise à la personne. La capture sensorielle « prend modèle sur l'ensemble des relations humaines positives qui nous ont construits et nous maintiennent en Humanité avec les autres. »¹³⁷ Le soignant lie ainsi les perceptions corporelles du patient à ses ressentis et entretient le schéma corporel de la personne âgée. Cet accompagnement verbal a également montré des effets sur les troubles du comportement et notamment l'agitation au cours des soins. Il tente de diminuer le phénomène d'immobilisation iatrogène lié à l'institutionnalisation.

Sensibilisé au cours de sa formation à l'éthique et au prendre soin, le psychomotricien peut en faire de même avec l'équipe. L'un de ses rôles peut être celui de formateur en sensibilisant les équipes soignantes à une attitude respectueuse de la personne âgée. « Pour être adaptée à des demandes et des besoins sans cesse en évolution, une institution devrait toujours se remettre en question pour changer. »¹³⁸

Parce qu'il n'existe pas une façon d'accompagner la maladie d'Alzheimer, différentes pédagogies se développent. À chacun de s'en inspirer, de trouver celle qui est la plus proche de sa façon d'être. Je pense qu'il est important d'y être sensibilisé ; c'est au travers de mes expériences que je pourrai façonner la future psychomotricienne que je suis.

Jusqu'au bout de la vie

BENATTAR L. et LEMOINE P. dans leur livre *La vie Alzheimer*, nous interrogent, « Vivre Alzheimer, est ce vivre ou survivre ? »¹³⁹ Je partage leur opinion quant au fait qu' « avoir la maladie d'Alzheimer c'est d'abord vivre. »¹⁴⁰ La maladie d'Alzheimer demeure une maladie dégénérative, la perte des capacités est inéluctable avec l'avancée de la maladie. Cependant, une personne

¹³⁶ GINESTE Y., MARESCOTTI R., (2010), pp. 26-27.

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ MANOUKIAN A., (2012), p. 4.

¹³⁹ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 175.

¹⁴⁰ *Ibid.* p. 176.

démence n'existe pas qu'au travers de sa maladie. « Je ne survis pas, je vis, j'ai des choses à faire, j'ai des choses à créer, j'ai des choses à transmettre ; au fond, je suis. »¹⁴¹ Au quotidien, elle demeure la personne qu'elle a toujours été, elle change certes, mais c'est à nous de nous adapter. Vivre Alzheimer, c'est vivre différemment, les projets ne doivent pas s'arrêter au diagnostic.

Quand les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont au stade trois, on peut les considérer en phase terminale. Ils sont devenus grabataires, leur autonomie dans les activités de la vie quotidienne se voit réduite, de même que leurs capacités à communiquer. On ne meurt pas de la maladie d'Alzheimer, mais des suites d'une infection, d'une comorbidité liée à l'âge telles les pathologies cardiovasculaires. Leur espérance de vie n'excède en général pas une année. Quel accompagnement en cette phase terminale ?

Quelle place pour les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs peuvent être définis comme un ensemble de soins portés à une personne en fin de vie ou atteinte d'une maladie incurable. « D'un point de vue clinique, ils s'attachent à préserver la qualité de vie du patient, à soulager ses symptômes, à prendre en charge sa souffrance mais également celle de son entourage. »¹⁴² Les soins palliatifs dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer peuvent se pratiquer en institution ou au sein d'une USP (Unité de Soins Palliatifs) qui est une structure spécialisée. Il s'agit d'une décision collective pour lutter contre l'acharnement thérapeutique déraisonnable tout en privilégiant le confort de la personne en fin de vie.

Quel accompagnement en psychomotricité ?

Par une approche psychocorporelle, la psychomotricité accompagne le patient à retrouver une relation à soi, à son corps et à l'autre en privilégiant la corporéité, remplaçant ainsi le sujet comme un être social et non un corps malade.

Le corps est la plupart du temps réduit à un objet de soins ; en tant que psychomotriciens nous devons veiller à l'humanisation des actes curatifs. Ces derniers peuvent être jugés comme invasifs par la personne malade. La notion d'enveloppe est perturbée, parfois poreuse, trouée. La personne alitée se sent inactive, elle est soumise à un rythme institutionnel. Dans ce contexte spatio-temporel prédéfini, il est cependant nécessaire d'encourager la personne à se

¹⁴¹ FARRUGIA D., atteint de Sclérose en plaques cité par BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), p. 85.

¹⁴² DUZAN B., FOUASSIER P., (2011), pp. 230-244.

mouvoir tant que cela est possible en l'inscrivant dans les soins et les différents moments de la journée. En valorisant ses capacités, nous entretenons son sentiment d'être au monde et son élan de vie. La communication se fera alors par le mode non-verbal, il est de notre ressort de prêter attention à l'infra-verbal et ainsi de sensibiliser l'équipe et l'entourage.

Nous avons également notre rôle à jouer quant aux positionnements de confort, aux positions antalgiques. Face à des douleurs, à l'idée de mort, le sujet peut se créer une carapace tonique ; nous pourrions proposer au patient un état tonique autre pour lui permettre un lâcher prise. Ces situations vécues par le sujet en fin de vie mettent à mal son intégrité psychocorporelle, base du sentiment de soi. « Afin de soutenir l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle, il semble important de renouer avec l'expérience d'avoir été contenu physiquement et psychiquement. »¹⁴³

Le toucher thérapeutique développé précédemment semble être une médiation appropriée pour répondre aux problématiques corporelles, relationnelles et identitaires de la fin de vie. « Par ce processus [le réinvestissement du corps], jusqu'à la mort on accompagne la vie. »¹⁴⁴

« Ajouter de la vie aux jours, lorsqu'on ne peut ajouter de jours à la vie. »¹⁴⁵

¹⁴³ CHARPENTIER E., (2014), p. 7.

¹⁴⁴ LEFEVRE C., (2002), pp. 8-11.

¹⁴⁵ JULLIAND A-D., (2011), p. 143.

Conclusion

Chaque jour sur Terre marque davantage notre temporalité. La vieillesse est un processus inéluctable auquel chacun d'entre nous est informé et plus ou moins préparé. Cependant, nous avons pu constater les différents remaniements qui apparaissent avec l'âge. Ces notions de pertes, de dépendance sont difficilement acceptables si l'on se fie aux multiples représentations du grand âge. Lorsque la démence entraîne un vieillissement que l'on qualifie de pathologique, elle altère les capacités d'adaptation du sujet et accentue sa dépendance. La maladie affecte la personne dans son intégrité psychocorporelle perturbant ainsi la relation à soi et à autrui.

C'est autour de ces problématiques que se sont organisés ma réflexion et ce mémoire. Ainsi, j'ai abordé le concept *Snoezelen* comme un médiateur à la relation. En ouvrant une porte d'accès aux sens, je me suis rendue compte des liens d'étayage entre la sensorialité et les notions d'unité, de détente psychocorporelle.

L'intégration et la stimulation sensorielle entretiennent le sentiment d'être au monde. C'est une fois conscient de ses capacités à interagir avec l'environnement que l'individu pourra se déployer au sein d'une relation. Le dispositif thérapeutique du psychomotricien dans lequel contenance, communication non-verbale et empathie trouvent chacun leur place, me fait envisager la psychomotricité comme une véritable thérapie de la relation. En effet, le psychomotricien, de par sa disponibilité psychocorporelle, maintient une communication et ce, malgré les entraves imposées par la démence.

J'ai par la suite envisagé un accompagnement de la maladie d'Alzheimer, avec un regard positif sur la maladie. J'ai fait le constat accablant que les représentations sociétales portaient un regard austère face à la maladie et qu'elles étaient source d'une grande souffrance pour leur entourage. C'est en donnant du sens aux comportements et à la maladie, aussi bien à l'entourage qu'aux soignants qui accompagnent jour après jour la personne démente, que nous contribuons à une meilleure compréhension et conception de la maladie. Partons du postulat suivant : « tant que quelqu'un est vivant c'est qu'il n'est pas mort. »¹⁴⁶ Oui, la vie Alzheimer mérite d'être vécue. BENATTAR L. et LEMOINE P. nous

¹⁴⁶ BRANDILLY A., (2005), pp. 152-159.

poussent à envisager un « bonheur Alzheimer »¹⁴⁷, qui peut être à portée de mains. La tolérance et la philosophie *Carpe diem* seraient les clés pour pouvoir y accéder.

Ce mémoire et les réflexions qu'il a suscitées chez moi, m'ont permis d'affiner mon regard clinique tout en précisant ma future pratique professionnelle. La gériatrie et notamment la question de la démence sont deux populations auprès desquelles j'aimerais approfondir mes connaissances et faire davantage de rencontres.

¹⁴⁷ BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), P. 43.

Bibliographie

- ALBARET J-M., AUBERT E., (sous la direction de) , (2001), *Vieillesse et psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal.
- ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., (sous la direction de) , (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, De Boeck Solal.
- ANDRE P., (2013), *Psychiatrie de l'adulte, formations médicales et paramédicales*, Paris, Heures de France.
- ANKRI J., (2000), *La maladie d'Alzheimer*, Paris, Hermann.
- ANZIEU D., (1995), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.
- BECUE M., (2003), Faire face à la maladie d'Alzheimer, états d'agitations et d'agressivité, *Soins gérontologie*, n° 42, pp. 38-43.
- BENATTAR L., LEMOINE P., (2009), *La vie Alzheimer*, Paris, Armand Colin.
- BERBIGIER ESCHAUZIER L., (2013), *Snoezelen, la maladie d'Alzheimer et communication dynamique non directive*, Ris Orangis, Pétrarque.
- BIOY A., FOUQUES D., (2002), *Manuel de psychologie du soin*, Paris, Bréal.
- BOUNES M., HERMANT G., (1986), *Le corps et sa mémoire*, Paris, DOIN.
- BRANDILLY A., (1998), La psychomotricité au domicile de personnes atteintes de démence type 'Alzheimer', *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 116, pp. 44-49.
- BRANDILLY A., (2005), La création est un acte de résistance, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 141, pp. 152-159.
- BULLINGER A., (2013), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville, Erès.
- CARRIC J-C., (2001), *Le lexique*, Paris, Vernazobres-Greco.
- CHARAZAC P-M., (1998), *Psychothérapie du sujet âgé et sa famille*, Paris, Dunod.
- CHARAZAC P-M., (2009), Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, *Revue thématique*, Volume 7, n°3, pp. 169-174.

CHARPENTIER E., (2014), *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Paris, De Boeck Solal.

CORRAZE J., (2005), *Les communications non-verbales*, Paris, PUF.

DARNAUD T., (2007), *L'impact familial de la maladie d'Alzheimer, comprendre pour accompagner*, Lyon, Chroniques sociales.

DAVIS M., WALLBRIDGE D., (2002), *Winnicott, introduction à son œuvre*, Paris, PUF.

DE AJURIAGUERRA J., (1970), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.

DE BEAUVOIR S., (1970), *La vieillesse*, Paris, Gallimard.

DESCAMPS M-A, (2004), *Le langage du corps et la communication corporelle*, Paris, éditions Psychologie d'aujourd'hui.

DUQUENOY SPYCHALA K., (2002) *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, Ramonville, Erès.

DURAND de BOUSIGEN R., (1992), *La relaxation*, Paris, PUF.

DUZAN B., FOUASSIER P., (2011), Maladie d'Alzheimer et fin de vie : aspect évolutifs et stratégies thérapeutiques, *Médecine palliative : Soins de supports, accompagnement, éthique*, n° 10, pp. 230-244.

FEIL N., (1997), *Validation, mode d'emploi : Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*, Paris, Pradel.

FEIL N., (2005), *La Validation, Méthode Feil : Comment aider les grands vieillards désorientés*, Paris, Lamarre.

FREUD S., (2001), *Inquiétante étrangeté et autres textes*, Saint Amand, Gallimard.

GINESTE Y., MARESCOTTI R., (2010) L'intérêt de la philosophie de l'Humanité dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, *Soins Gériatrie*, n° 85, pp. 26-27.

GUILLARD G., (2006), L'altération des cinq sens et le maintien au domicile, *Soins gériatrie*, n° 57, pp. 25-27.

GUIOSE M., (2014), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France.

- HALL E-T., (1971), *La dimension cachée*, Paris, Éditions du seuil.
- HIRSCH E., OLLIVET C., (sous la direction de), (2007), *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer : éthique, soin et société*, Paris, Vuibert.
- HULSEGGE J., VERHEUL A., (2004), *Snoezelen, un autre monde*, Namur, Erasme.
- JACQUARD A., (1987), *Cinq milliards d'hommes sur un vaisseau*, Paris, Éditeurs du seuil.
- JOVER M., (2000), *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture*, In *Le développement du jeune enfant, idées jeunes et approches actuelles*, RIVIERE J., (sous la direction de), Marseille, De Boeck Solal.
- JULLIAND A-D., (2011), *Deux petits pas sur le sable mouillé*, Paris, Éditions des arènes.
- KEPNER J., (1988), *Le corps retrouvé en psychothérapie*, Paris, Retz.
- LE BRUN T., (2016), L'approche *Carpe Diem* en EHPAD, *NPG- Neurologie-Psychiatrie -Gériatrie*, n° 16, pp. 3-10.
- LE GOUES G., (2000), *L'âge et le principe de plaisir*, Paris, Dunod.
- LE GOUES G., PERUCHON M., (1992), Ultimes processus de la pensée, *Revue française de psychanalyse*, n° 56, pp. 135-148.
- Le petit Larousse illustré*, (2010), Paris, Larousse.
- LEFEVRE C, (2002), *Le corps en fin de vie : apports de la psychomotricité dans les soins palliatifs*, *Entretiens de Bichat, Entretiens de psychomotricité*, Paris, Expansion scientifique française, pp. 8-11.
- LUPU F., (2009), La maladie d'Alzheimer en Chine ?, *Gérontologie et société* , janvier 2009, n° 128-129 , pp. 57-73.
- MANOUKIAN A., (2012), *Les soignants et les personnes âgées, une approche psychosociale*, Paris, Lamarre.
- MESSY J., (2002), *La personne âgée n'existe pas*, Paris, Payot et Rivages.
- MONFORT J-C., (1998), *La psychogériatrie*, Paris, PUF.
- MONTAGU A., (1979), *La peau et le toucher, un premier langage*, Paris, Seuil.

NGATCHA-RIBERT L., (2004), Maladie d'Alzheimer et société : une analyse des représentations sociales, *Psychologie et Neuro-Psychiatrie du Vieillissement*, n° 2, pp. 49-66.

PELLISSIER J., (2010), *Ces troubles qui nous troublent*, Ramonville, Erès.

PERSONNE M., (sous la direction de), (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Toulouse, Erès.

PIERRON J-P., HERMETET A-R., THOMAS-ANTERION C., (2009), Représentations de la maladie d'Alzheimer, *Études*, décembre 2009, Tome 411, pp. 661-668.

PLOTON L., (1990), *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Lyon, Chroniques sociales.

POLYDOR J-P., (2005), Communication et aide aux familles, in *Communication et démence*, (sous la direction de) MICHEL B-F., VERDUREAU F., COMBET P., Marseille, Solal, pp. 243-271.

POTEL C., (2010), *Être psychomotricien*, Ramonville, Erès.

PRAYEZ P., SAVATOFSKI J., (1989), *Le toucher apprivoisé*, Paris, Lamarre.

QUENTIN O., GODDERIDGE B., D'ARFEUILLE P., (2010), *Snoezelen, un monde de sens*, Ris Orangis , Pétrarque.

REXAND-GALAIS F., (2003), *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée*, Paris, Vuilbert.

RICHARD J., MATEEV-DIRKX E., (2004), *Psychogérontologie*, Paris, Masson.

TACONNAT L., LEMAIRE P., (2013) Fonctions exécutives : vieillissement cognitif et variations stratégiques, *Psychologie française*, volume 59, pp. 89-100.

TALPIN J-M., (2013), *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*, Paris, Armand Colin.

TOUCHON J., GABELLE A., BRUN V., (2013), *Quand le patient voit les mots s'échapper, maladie d'Alzheimer et communication*, Montpellier, Sauramps médical.

Annexes

ANNEXE 1 : Grille AGGIR de Mme A

La grille d'évaluation AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources), détermine un GIR (Groupe Iso Ressources) où dix activités sont évaluées. Elles déterminent le degré de la perte d'autonomie ou le degré de dépendance d'une personne âgée dans les activités de la vie quotidienne.

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

GIR 1	Personnes restant au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.
GIR 2	Deux groupes de personnes dépendantes : - Celles qui restent au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées. Une prise en charge est nécessaires pour la plupart des activités de la vie courante. - Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer. Certains gestes (habillage, toilette...) ne peuvent être accomplis en raison de déficience mentale.
GIR 3	Personnes ayant conservé partiellement leurs capacités motrices, mais qui ont besoin d'être assistées pour l'alimentation, le sommeil, la toilette.
GIR 4	Deux groupes de personnes : -Celles qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais qui peuvent se déplacer seule à l'intérieur de leur logement. Une aide peut être nécessaire pour la toilette et l'habillage.

	- Celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.
GIR 5	Personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, le ménage.
GIR 6	Personnes autonomes dans tous les actes de la vie quotidienne.

GRILLE AGGIR AVEC ADVERBES AU 20/11/2015

Mme A

DANS L'ETABLISSEMENT DEPUIS LE 11/03/2014
ENTREE(É) LE 11/03/2014 - SECTEUR : RDC - SECTION : EHPAD

Boîte cochée = Ne fait pas		Pas spontanément		Pas totalement		Pas habituellement	
		Pas correctement		Pas correctement		Pas correctement	
A	Transferts	<input type="checkbox"/>					
B	Déplacement à l'intérieur	<input checked="" type="checkbox"/>					
C	Hygiène corporelle	<input checked="" type="checkbox"/>					
B	Élimination	<input checked="" type="checkbox"/>					
C	Habillage	<input checked="" type="checkbox"/>					
	Cuisine	<input checked="" type="checkbox"/>					
C	Alimentation	<input checked="" type="checkbox"/>					
	Suivi du traitement	<input checked="" type="checkbox"/>					
	Ménage	<input checked="" type="checkbox"/>					
C	Alerte	<input checked="" type="checkbox"/>					
C	Déplacement à l'extérieur	<input checked="" type="checkbox"/>					
	Transports	<input checked="" type="checkbox"/>					
	Activités de temps libre	<input checked="" type="checkbox"/>					
	Achats	<input checked="" type="checkbox"/>					
	Gestion	<input checked="" type="checkbox"/>					
C	Orientation	<input checked="" type="checkbox"/>					
C	Conscience	<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>					
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

ANNEXE 2 : Grille AGGIR de Mme R

GRILLE AGGIR AVEC ADVERBES AU 20/11/2015 Mme R DANS L'ETABLISSEMENT DEPUIS LE 01/08/2012 ENTREE(ES) LE 01/08/2012 - SECTEUR : RDC - SECTION : EHPAD	
N°(e) le : 14/10/1925 Age : 90 Sexe du résident : Femme	Boite cochée - Ne fait pas Pas spontanément Fait totalement Pas habituellement Pas correctement
GRUPE ISO RESSOURCE - GIR 2 DEFINITION DU GROUPE Personnes globalement lucides (Leurs fonctions motrices ne sont pas totalement altérées) et éléments déambulants ou détectés mentaux graves (ils ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices)	Transferts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se lever, se coucher, s'asseoir Déplacement à l'intérieur <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avec ou sans crèche, déambulateur, fauteuil roulant, etc. Hygiène corporelle C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Assurer la toilette du haut du corps C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Assurer la toilette en bas du corps Elimination B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Assurer l'hygiène de l'élimination fécale Habillage B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haut (Stabiliser, se déshabiller, se présenter) B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moyen (Stabiliser, se déshabiller, se présenter) C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Bas (Stabiliser, se déshabiller, se présenter) Cuisine <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis Alimentation C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Se servir B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Manger les aliments préparés Suivi du traitement <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Se conformer à l'ordonnance du médecin Ménage <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Effectuer l'ensemble des travaux ménagers Alerter <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Communication à distance : Utiliser le téléphone, l'alarme, la sonnette Déplacement à l'extérieur C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Déplacement à l'extérieur à partir de l'entrée sans moyen de transport Transports <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Utiliser un moyen de transport Activités de temps libre <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Assurer des activités qui permettent de rompre la monotonie du quotidien Achats <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Acquisition directe ou par correspondance de biens Gestion <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Gérer ses propres affaires, ses budgets et ses biens Orientation C <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Se repérer dans le temps et les moments de la journée B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se repérer dans l'espace et dans les lieux Coherence B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Communiquer de façon logique et sensée B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Se comporter de façon logique et sensée
VALORISATION 840 Points Coefficient : 0.84 AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE 1-2 DEFINITION Dépendant lourd VALORISATION APA 1040 Points 120 Points de prévention dépendance GERO-GRAPH U F	Nom et signature du responsable de service Nom et signature du médecin Commentaires

ANNEXE 3 : La salle SNOEZELEN



Quelques précisions quant à l'environnement de la salle :

Accessible aux personnes à mobilité réduite, la salle est située au rez-de-chaussée. Il est possible de placer les personnes les plus dépendantes sur le matelas à eau à l'aide d'un lève-malade.

Les stores restent clos. Les murs de la salle sont blancs, le sol est neutre.

La psychomotricienne en est la référente. Un classeur est tenu pour chaque séance *Snoezelen*, un exemplaire est consultable en annexe 4.¹⁴⁸

¹⁴⁸ Cf Annexe 4, p. V.

ANNEXE 4 : Fiche SNOEZELEN

J'ai rempli cette fiche après chaque séance avec Mme A ou Mme R, avant de rédiger un compte-rendu sur le système informatique de l'EHPAD.

Compte rendu d'observation de la séance snoezelen

Nom, prénom du Résident : Durée : minutes
 Nom, prénom de l'accompagnant : Date : ... / ... / ...

Sensibilité / Matériel	Séance	Observations
Sensibilité aux matériels <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Kinesthésique Matériel investi <input type="checkbox"/> Colonne à bulles <input type="checkbox"/> Matelas à eau <input type="checkbox"/> Fauteuil massant <input type="checkbox"/> Vidéo-projection <input type="checkbox"/> Tableau lumineux <input type="checkbox"/> Fibras optiques <input type="checkbox"/> Diffuseur d'arômes <input type="checkbox"/> Toucher-massage <input type="checkbox"/> Musique <input type="checkbox"/> Autres:	Description de la séance : <i>(massage des mains, du visage, des pieds, mobilisations passives, échanges relationnels,....)</i> Comportement du résident : <i>(calme, détendu, agité, défensif, stressé, impossible ...etc.)</i> 	Communication non verbale : <i>(regard, tonus, respiration, expression faciale, sourire,...)</i> Communication verbale : <i>(cohérence du discours, mots posés, tonalité du discours,...)</i>

Ne pas oublier de mettre une transmission en plus dans le PSI

Résumé :

Véritable problématique de Santé Publique, les pathologies démentielles touchent en France plus d'un million de personnes. La maladie d'Alzheimer entraîne une multitude de pertes et de remaniements auxquels le malade et son entourage vont devoir faire face. L'accompagnement de la démence se veut pensé et adapté. La maladie d'Alzheimer met notamment à mal l'identité psychocorporelle de la personne âgée. Ses possibilités de communication se voient réduites, minimisant ainsi les échanges avec son environnement.

Au travers de ce mémoire nous développerons comment le psychomotricien peut apporter un cadre contenant à la personne démente de façon à favoriser la communication non-verbale et la relation. Mais également par quels moyens il peut contribuer au sentiment d'unité et de détente psychocorporelle au travers d'un accompagnement porté autour des sens, en *Snoezelen*.

Mots-clés :

Maladie d'Alzheimer, Contenance, Communication non-verbale, Unité et détente psychocorporelle, *Snoezelen*, Relation

Summary :

Dementia pathologies, which are a real problematic in France, concern more than one million people. The Alzheimer's disease leads to plenty of losses and reorganizations which the patient and his acquaintances will have to face. A special and adapted support is given to the people who have Alzheimer's. This disease especially harms the body-mind identity of the elderly. Their communication possibilities are less and less important, which reduces the exchanges they can have with their family circle.

Throughout this dissertation we will study how the psychomotrician can bring a safe atmosphere to the dementia person, so as to favour the non-verbal communication and the relationship. And we will also study how he can help the patient to feel united and relaxed thanks to a work based on the senses, in *Snoezelen*.

Keywords :

Alzheimer's disease, safe atmosphere, non-verbal communication, body-mind unity and relaxation, *Snoezelen*, relationship