



HAL
open science

“ L’atelier pâtisserie ” : apport de la médiation cuisine dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence

Alix Lamette

► To cite this version:

Alix Lamette. “ L’atelier pâtisserie ” : apport de la médiation cuisine dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562109

HAL Id: dumas-01562109

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562109>

Submitted on 13 Jul 2017

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège sciences de la santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

« L'atelier pâtisserie »

Apport de la médiation cuisine dans la prise en soin
psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence

LAMETTE Alix

Née le 17 Novembre 1995 à Rambouillet (78)

Juin 2017

Directrice de mémoire : GOUYER Laura

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour ces trois années riches et intenses.

Merci à mes maîtres de stage, Stéphanie, Laura et Florence pour vos précieux conseils.

Merci à Laura, pour m'avoir accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire et pour m'avoir permis, en cette dernière année de formation, de m'autonomiser dans ma pratique.

Merci à Florence, pour toutes tes relectures attentives ainsi que pour m'avoir encouragée et soutenue dans mes moments de doute.

Je remercie également les différentes institutions et les professionnels pour leur accueil sur mes différents lieux de stage.

Merci à ma sœur jumelle Axel d'être là pour moi depuis tant d'années. Merci à ma famille pour votre soutien infaillible et plus particulièrement à mes parents pour les nombreuses heures passées sur la relecture de ce mémoire.

Je remercie également François et mes amies de l'IFP pour leur présence et les moments passés ensemble durant ces trois dernières années.

Merci à toutes les personnes, professionnels, patients ou étudiants, rencontrées au cours de ces trois dernières années qui m'ont fait grandir personnellement et professionnellement.

SOMMAIRE

Remerciements	p.1
Sommaire	p.2
Introduction	p.3
PARTIE 1 : VIEILLISSEMENT NORMAL ET PATHOLOGIQUE	p.6
I- Vieillessement normal	p.6
II- Vieillessement pathologique	p.11
PARTIE 2 : LA MÉDIATION CUISINE	p.27
I- Médiation et théorie.....	p.27
II- Médiation, groupe et transfert	p.30
III- Médiation, cadre et dispositif	p.32
IV- La médiation cuisine	p.34
V- Médiation et psychomotricité	p.39
PARTIE 3 : L'UTILISATION D'UN ATELIER PÂTISSERIE DANS LA PRISE EN SOIN PSYCHOMOTRICE DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE DÉMENCE	p.47
I- L'établissement	p.47
II- La place de la psychomotricité au sein de cet établissement	p.49
III- L'atelier pâtisserie	p.50
PARTIE 4: CAS CLINIQUES	p.72
I- Mme L	p.72
II- M. F	p.81
Conclusion	p.91
Bibliographie	p.92
Table des matières	p.95
Annexes	p.98

INTRODUCTION

Suite à la Seconde Guerre Mondiale (1939-1945), la population française a été marquée par un « baby-boom », c'est-à-dire une augmentation importante du taux de natalité. Les progrès de la médecine ont permis un allongement de l'espérance de vie. Cette dernière, corrélée à ce « baby-boom », a contribué à l'émergence d'un nouveau phénomène, le « papy-boom », avec un essor majeur de la population vieillissante.

Cependant, l'allongement de la durée de vie n'est pas synonyme de bonne santé. En effet, selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), l'espérance de vie en bonne santé (ou espérance de vie sans incapacité) augmente moins vite que l'espérance de vie.

L'affaiblissement global accompagnant le vieillissement expose la personne âgée aux incapacités et aux maladies chroniques. Parmi ces dernières, nous retrouvons notamment les maladies emblématiques de la vieillesse, les démences.

Les démences sont un problème de Santé Publique actuel et majeur. Encore à ce jour, l'absence de traitement liée à l'augmentation de l'espérance de vie, explique leur prévalence qui ne cesse d'augmenter. Les démences, comme nous le verrons, ont des répercussions majeures sur la vie et l'autonomie de la personne âgée. Il est donc nécessaire de mettre en place des stratégies et de créer des établissements, afin de prendre en soin et d'accompagner au mieux les personnes âgées atteintes de démence. Cet accompagnement se doit de préserver au maximum leur autonomie, leur qualité de vie et leur dignité. Lorsque la perte d'autonomie devient majeure, le maintien à domicile n'est plus possible. Nombreuses sont les personnes âgées qui viennent alors à résider dans des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Au fil des années, les psychomotriciens ont su montrer l'intérêt de leur pratique dans la prise en soin de ces personnes âgées atteintes de démence. Ils sont donc de plus en plus nombreux à travailler dans ce type d'établissement. Voulant découvrir la pratique du psychomotricien auprès de cette population, j'ai souhaité effectuer un stage de deux semaines complètes en EHPAD avant ma rentrée en troisième année. Ce stage m'ayant plu, j'ai choisi de le prolonger à l'année, afin d'approfondir mes connaissances sur l'apport de la psychomotricité auprès des personnes âgées atteintes de démence.

De nombreux questionnements m'ont amenée à choisir de traiter ce sujet pour mon mémoire. Je vais retracer ici le cheminement de ma pensée à travers les différentes questions que j'ai pu me poser.

Au cours de ce stage, je suis donc confrontée à une population qui, en plus de vivre toutes les modifications en lien avec le vieillissement dit normal, souffre également d'un vieillissement pathologique.

- *Quelles sont les spécificités et les conséquences du vieillissement normal et du vieillissement pathologique sur la personne âgée ?*

L'EHPAD au sein duquel j'effectue mon stage dispose d'une Unité de Vie Adaptée (UVA) et d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Dans ce cadre, j'ai pu assister à des prises en soin groupales effectuées par ma maître de stage. La médiation utilisée est un atelier cuisine nommé « l'atelier pâtisserie ». Les résidents qui y participent sont des personnes âgées atteintes de démence présentant des symptômes psycho-comportementaux.

- *En quoi l'utilisation de la médiation cuisine est-elle pertinente auprès de cette population? Quelle influence peut avoir l'utilisation de cette médiation sur les troubles psycho-comportementaux ?*

Après quelques recherches, je me suis rendue compte que la cuisine est une médiation utilisée dans de nombreuses institutions et par de nombreux professionnels.

- *Quelles sont les spécificités du psychomotricien dans l'utilisation de cette médiation ?*

En réfléchissant à tout ce qui pouvait être mis en jeu dans l'utilisation de cette médiation, expliquant le fait qu'elle soit utilisée par tant de professionnels, j'ai essayé d'en dégager les axes nous intéressant, en tant que psychomotricien.

- *Quels sont les intérêts de cette médiation dans la prise en soin psychomotrice des personnes âgées atteintes de démence ?*

Ceci m'a incitée à approfondir et à rechercher des réponses à mes questionnements. J'ai donc choisi d'en faire mon sujet de mémoire, après en avoir retiré la problématique suivante :

En quoi l'utilisation de la cuisine comme médiation est-elle pertinente dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence en EHPAD ?

De cette réflexion, plusieurs hypothèses émergent :

- *Les caractéristiques du vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique, font que le psychomotricien est un professionnel de santé qui a sa place dans la prise en soin de la population atteinte de démence en EHPAD.*
- *L'utilisation de la médiation cuisine est d'un grand intérêt pour la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence.*
- *La prise en soin en psychomotricité, par le biais de cette médiation, induit une diminution des troubles psycho-comportementaux associés à la démence.*

Ce mémoire est le résultat de cette réflexion. Pour tenter de répondre à ma problématique, j'ai construit ce mémoire en quatre parties.

Je développerai dans une première partie le vieillissement normal et pathologique. Dans un premier temps, les modifications accompagnant un vieillissement dit « normal » seront exposées. Ensuite, je m'accorderai à développer les démences, plus particulièrement la Démence de Type Alzheimer (DTA). Y seront également développés les troubles psychomoteurs que présentent les personnes âgées atteintes de démence, l'évaluation psychomotrice auprès de cette population ainsi que les traitements médicamenteux et non médicamenteux.

La deuxième partie sera consacrée à la médiation cuisine. Elle sera l'occasion pour moi de développer les bases théoriques de l'utilisation de la médiation dans le soin. Je tenterai ensuite d'expliquer pourquoi l'utilisation de la cuisine comme médiation est aussi courante dans le domaine du soin. Je clôturerai cette partie en montrant la spécificité du psychomotricien dans l'utilisation d'une médiation.

Le contenu de la partie trois a pour but de démontrer l'intérêt de l'utilisation d'un atelier pâtisserie dans la prise en soin psychomotrice des personnes âgées atteintes de démence. Après avoir présenté l'EHPAD dans lequel j'effectue mon stage et la place que la psychomotricité y occupe, je présenterai l'atelier pâtisserie (notamment ses intérêts et ses limites).

Dans la quatrième et dernière partie, je partagerai ma rencontre avec deux résidents de l'EHPAD dans le cadre des ateliers pâtisserie auxquels j'ai pu participer tout au long de cette troisième année de formation.

PARTIE 1 : VIEILLISSEMENT NORMAL ET PATHOLOGIQUE

Selon le dictionnaire, le vieillissement est le fait de devenir vieux ou de s'affaiblir par l'effet de l'âge.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le vieillissement comme un « *processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* ». Elle estime qu'une personne est âgée à partir de 65 ans. Cependant, la vieillesse est une notion subjective, propre à chacun.

I- Vieillissement normal

Le terme de sénescence est issu du latin « *senex* » signifiant «vieil homme» ou «grand âge». La sénescence ou vieillissement est un **processus normal, continu, physiologique et psychologique**. Il entraîne une lente dégradation des fonctions de l'organisme.

Selon l'OMS, « *Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès.* ».

Le vieillissement, bien qu'il soit universel, est variable d'un individu à l'autre. De nombreux facteurs l'influencent notamment: le patrimoine génétique, la socialisation, l'alimentation, les activités physiques et mentales, la médication, les maladies chroniques (hypertension, maladies cardio-vasculaires, etc.) et le vécu du sujet face au vieillissement.

Par souci de clarté, les modifications physiques, cognitives et psychiques seront traitées séparément mais elles s'influencent mutuellement.

1. Modifications physiques

Le vieillissement s'accompagne d'une usure cellulaire globale avec des atteintes sensorielles, osseuses, articulaires et musculaires qui entraînent un ralentissement physique.

On observe une modification du **tissu osseux** avec notamment une atrophie et une dégénérescence articulaires. La diminution de la hauteur des corps vertébraux et les modifications des courbures vertébrales expliquent la diminution de la taille.

La personne âgée souffre également de sarcopénie (diminution du volume musculaire). Les **muscles** perdent en élasticité, en force, se raidissent, se fatiguent plus vite entraînant une perte d'endurance. La **marche** devient hésitante. Nous observons une diminution de la vitesse, de la largeur et de la longueur du pas ainsi qu'une posture en flexion.

Le **système hormonal** est modifié : un déséquilibre entre les hormones de l'appétit et de la satiété entraîne une diminution de l'appétit et des troubles digestifs. Ces derniers rendent délicat le rapport entretenu à l'alimentation. La dénutrition est courante.

Le rythme du **sommeil** se voit également modifié. Le sommeil lent et profond, normalement réparateur, survient souvent à la fin de la nuit. Chez la personne âgée, il devient plus léger avec une plus grande susceptibilité au réveil notamment due aux douleurs.

Les cinq sens subissent également des altérations.

Le **toucher**, est le sens le mieux conservé. Cependant, la peau devient plus fine et moins élastique. Ces modifications engendrent une perte de sensibilité tactile et une diminution de la perception vibratoire. Ceci peut alors entraîner des difficultés au niveau de la motricité fine et de l'équilibre à l'origine de chutes.

La diminution du nombre et de l'efficacité des papilles gustatives, est à l'origine d'une altération du **goût** et de l'**odorat**. La discrimination et l'identification deviennent plus difficiles, nous notons une accentuation du goût amer et une attirance pour le sucré.

La presbycusie, qui est une perte graduelle de l'**audition** due à l'altération des cellules nerveuses auditives, rend la communication laborieuse et peut prédisposer à un isolement.

Au niveau de la **vision**, le vieillissement du cristallin entraîne une diminution de la perception, de la sensibilité et de l'acuité visuelles. Nous observons également une diminution du champ visuel et de l'activité oculomotrice. Ces diminutions, regroupées sous le nom de presbytie, ont des conséquences sur l'orientation spatiale.

Toutes ces transformations physiques liées au vieillissement affectent le rapport qu'entretient la personne à son corps et à son environnement. Il est primordial de prendre en compte ces transformations lors des prises en soin. Il est également nécessaire de tenir compte des modifications cognitives accompagnant le vieillissement.

2. Modifications cognitives

On assiste à un ralentissement des fonctions cognitives : l'attention, les fonctions exécutives, intellectuelles et visuo-spatiales, mais également le langage, la mémoire, la vitesse de traitement de l'information, les gnosies et les praxies.

Une **gnosie** est la faculté de reconnaître (un objet, un visage, un événement, un aliment, etc.) par l'intermédiaire des sens, de se le représenter et d'en saisir la signification grâce à un traitement des informations perçues par le cerveau. Une **praxie** est un geste moteur finalisé. C'est une coordination motrice volontaire, orientée vers un but, et issue d'un apprentissage.

Les fonctions cognitives ne sont pas toutes atteintes avec la même intensité. De plus, il existe une grande variabilité interindividuelle.

Ces modifications sont dues au vieillissement du système nerveux central. Elles résultent d'une atrophie corticale, d'une perte du tissu neuronal ou encore de la diminution du flux sanguin cérébral. Il en résulte une diminution de la vitesse de l'influx nerveux.

L'**attention** (focalisée sur un point) et la **concentration** (pas de point de focalisation) deviennent plus difficiles. Les difficultés se trouvent surtout au niveau de l'attention sélective : traiter plusieurs choses simultanément et faire abstraction des éléments distrayeurs devient laborieux. De plus, la diminution de la **vitesse de traitement de l'information** est responsable d'un temps de réaction aux stimuli extérieurs plus lent.

La **mémoire** est également affectée. La plainte mnésique est courante.

La mémoire est composée de plusieurs sous-types abordés selon différentes classifications :

- Mémoire à court terme et mémoire à long terme

La mémoire à court terme permet le maintien temporaire en mémoire de l'information et sa restitution immédiate.

La mémoire à long terme a un stockage illimité dans le temps. L'information va être mémorisée selon trois étapes :

- L'encodage : Il se fait au niveau de l'hippocampe (lobe temporal interne).
 - Le stockage.
 - La récupération (ou restitution) : elle permet à l'information de revenir à la conscience. Elle engage une attention soutenue, liée au lobe frontal.
- Mémoire épisodique et mémoire sémantique

La mémoire physique sensorielle

La mémoire procédurale contient les procédures, les savoir-faire, les automatismes. C'est la mémoire du geste appris.

La mémoire sémantique contient des connaissances apprises décontextualisées. Ce sont les connaissances générales, sur le monde. Elle intervient également au niveau du langage et de l'élaboration de représentations abstraites.

La mémoire de travail permet l'élaboration des souvenirs. Elle permet également de retenir et de manipuler les informations temporairement en vue d'accomplir une tâche.

La mémoire épisodique contient les souvenirs en rapport à la biographie du sujet. Elle contient la richesse spatiale, temporelle, émotionnelle c'est-à-dire le contexte du vécu.

- Mémoire déclarative et mémoire non déclarative

La mémoire déclarative ou explicite contient les informations que nous sommes conscients d'avoir apprises et que nous pouvons verbaliser. Elle contient la mémoire sémantique et la mémoire épisodique.

La mémoire non déclarative ou implicite contient les informations mémorisées sans que nous soyons conscients de leur présence, elles sont devenues automatiques. Elle ne peut donc pas être verbalisée. Elle contient la mémoire procédurale et des processus implicites.

Le vieillissement mnésique normal n'est pas homogène avec de grandes variations interindividuelles.

De manière globale, nous notons :

- Une préservation des mémoires sensorielle et procédurale. Ainsi, les procédures acquises et les capacités de nouveaux apprentissages procéduraux perdurent.
- Les mémoires à court terme et de travail sont moins efficaces.
- La mémoire à long terme c'est-à-dire des faits anciens n'est pas forcément altérée.
- La mémoire épisodique s'appauvrit car davantage de souvenirs perdent leurs contextes et deviennent sémantiques. De même, la mémoire sémantique diminue.

La personne âgée présente donc des difficultés à retenir et à restituer des souvenirs. Ainsi, il lui est plus facile d'évoquer un souvenir ancien qu'un souvenir récent. De plus, la récupération d'une information est plus difficile: le souvenir de celle-ci est moins accessible.

Le **langage** est également touché avec une perturbation du lexique. Le système phonologique est préservé et perdure jusqu'à la fin de la vie.

Les **fonctions exécutives** sont l'« ensemble des opérations, ou processus mentaux, nécessaires à l'exécution ou au contrôle de comportements finalisés mis en œuvre dans des situations complexes et nouvelles. Ce sont des ressources indispensables pour la production d'une réponse adaptée. » (J.C MARQUIÉ et M. ISINGRINI, 2001, p.89).

Elles regroupent: le contrôle de l'inhibition, l'attention, la mémoire de travail, la flexibilité cognitive, la planification, la résolution de problèmes, l'élaboration d'hypothèses et de stratégies, le raisonnement abstrait, l'estimation cognitive ainsi que le contrôle et l'initiation du comportement. Elles sont sous tendues par une partie du lobe frontal : le cortex préfrontal. Le vieillissement de ce dernier entraîne le ralentissement de ces fonctions.

Le vieillissement des fonctions cognitives est influencé par la plasticité cérébrale. Cette dernière reste présente bien qu'elle soit plus limitée. La génétique, l'environnement, certains traitements, l'alcool, l'altération des systèmes sensoriels et l'état de santé général jouent un rôle dans ce vieillissement. De même que le stress chronique, l'anxiété ou la dépression. Le vécu de la personne âgée, s'il est négatif, peut être à l'origine de ces pathologies influençant le vieillissement cognitif. Or le vieillissement est une période cruciale où ont lieu de nombreux réaménagements psychiques pouvant la fragiliser.

3. Modifications psychiques

Le vieillissement est un temps de grands remaniements à l'origine d'une augmentation de la vulnérabilité psychique. Il est le signe de bouleversement et de perte de repères fondamentaux. Selon D. LE BRETON, cité par CARADEC V. et VANNIENWENHOVE T. (2015), le sentiment de vieillir résulte à la fois :

- d'une conscience de soi qui passe par la conscience du corps changeant.
- d'une appréciation extérieure à soi, qui est socio-culturelle et qui passe notamment par le regard d'autrui.

Bien que les personnes âgées incarnent la maturité et la sagesse, nos sociétés occidentales actuelles considèrent la vieillesse comme un déclin et vieillir n'est guère valorisé. Dans les représentations, le vieillissement évoque l'affaiblissement, l'usure, la diminution ou encore la perte. Redoutant le jugement négatif d'autrui sur leur vieillissement, les personnes âgées finissent par éprouver une honte à l'égard de leur corps, signe apparent des années écoulées.

La vieillesse est un moment privilégié pour faire le bilan de son existence. L'arrivée dans la vieillesse accentue la prise de conscience de la finitude de la vie. Cette réflexion peut être source d'anxiété, liée notamment à la peur de vieillir, de tomber malade, de perdre ses capacités et son autonomie, de mourir.

La personne âgée est confrontée à la perte : de son identité sociale avec le départ à la retraite ; de sa puissance liée à la perte de l'illusion d'une vie éternelle ; de son compagnon, ses amis, sa famille ; des capacités physiques, cognitives ; d'un Moi idéal. S'ensuit la perte de l'estime de soi et celle du sentiment d'utilité pouvant entraîner un repli sur soi et un isolement.

L'isolement est courant chez la personne âgée. Il peut être dû à une diminution de son entourage ou encore à ses propres limitations physiques ou cognitives l'empêchant de se déplacer. Cet isolement limite les possibilités de stimulation, accentuant ainsi la dégradation des capacités motrices ou cognitives. Maintenir un lien social est donc primordial.

La personne peut se remémorer inlassablement son passé, faisant preuve d'un affect mélancolique qui l'empêche de se projeter dans l'avenir.

Pour son bien-être psychique, il est nécessaire de vivre dans le moment présent, de se projeter dans l'avenir ainsi que de maintenir une image de soi et une attitude qui soient positives.

Ce n'est qu'une partie de ce vieillissement qui va devenir pathologique lorsque l'usure ou la maladie va limiter l'individu. Il ne sera alors plus capable de faire preuve d'adaptation.

II- Vieillesse pathologique

La sénilité (ou vieillissement pathologique) est une détérioration pathologique des facultés physiques et mentales d'un individu âgé résultant d'une maladie.

1. Les démences

Le terme de démence est issu du latin « *demens* » qui signifie « qui a perdu l'esprit ». Selon L'OMS, elle correspond à un « *syndrome généralement chronique ou évolutif dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. [...] 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.* ».

La démence n'est pas une accélération prématurée ou une exagération des processus normaux du vieillissement. C'est un processus pathologique, toujours évolutif dans le sens négatif. Aucune récupération n'est possible à ce jour. Ses conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques sont considérables, que ce soit pour la personne malade, la famille, les personnes chargées des soins ou la société. Elle est l'une des causes principales mondiales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées.

Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV ou DSM IV (ouvrage décrivant et classifiant les troubles mentaux), les critères du syndrome démentiel sont :

- la présence de deux troubles cognitifs dont un trouble mnésique et un autre trouble (langage, abstraction, fonctions exécutives).
- la présence de répercussions sur le fonctionnement social et/ou professionnel.

La démence se caractérise par une atteinte du système nerveux central visible par une atteinte du tissu neuronal et/ou des données biochimiques ou neurophysiologiques.

Il en existe différents types :

- *Les démences neurodégénératives*

Le cerveau est constitué de substance blanche centrale (axones neuronaux et noyaux gris centraux) et de substance grise superficielle aussi appelée cortex cérébral (corps cellulaires des neurones). Selon l'origine de l'atteinte, nous distinguons les démences :

- corticales (atteinte du cortex) : démence de type Alzheimer (DTA), démence fronto-temporale.
- sous corticales (atteinte de la substance blanche) : démence de Parkinson, Chorée d'Huntington, Syndrome de Korsakoff.
- sous cortico-corticales : démence à corps de Lewy.
- *Les démences vasculaires*, consécutives à des facteurs de risques vasculaires.
- *Les démences par agent transmissible*: maladie de Creutzfeldt Jakob.

Par nécessité, je ne développerai que la démence la plus répandue, à savoir de Type Alzheimer. Cependant, les personnes âgées auxquelles je suis confrontée en stage n'ont pas forcément un diagnostic de DTA posé, certaines présentant simplement un diagnostic de syndrome démentiel.

2. La démence de type Alzheimer (DTA) ou Maladie d'Alzheimer (MA)

2.1. Historique et définition

En 1906, Aloïs Alzheimer, médecin neurologue allemand, est le premier à identifier cette maladie. Il observe et met en évidence le rapport entre des lésions neuroanatomiques et un syndrome démentiel.

Dans les représentations, cette maladie est souvent associée à la vieillesse. Cependant il existe deux formes : une forme précoce (avant 65 ans) et une forme tardive ou sporadique (après 65 ans). Nous parlerons ici seulement de la forme tardive.

Auparavant, le terme « Maladie d'Alzheimer » était associé à la forme précoce et celui de « Démence de Type Alzheimer » à la forme tardive. Désormais, on ne distingue plus les deux.

La MA est une **maladie neurodégénérative**, avec une dégénérescence et une mort neuronales provoquant des lésions au niveau de l'encéphale, notamment une atrophie corticale caractéristique. C'est une maladie à évolution lente et progressive avec un début insidieux. Elle ôte toute autonomie au malade qui devient dépendant. À long terme, l'état grabataire est inévitable.

En fonction de l'évolution des symptômes et du score obtenu au Mini-Mental State Examination (MMSE), nous pouvons distinguer trois stades de démence : légère (MMSE entre 18 et 24), modérée (entre 10 et 17) et sévère (en dessous de 9). Le MMSE est un test d'évaluation cognitive globale indispensable en cas de suspicion de démence.

2.2. Données épidémiologiques

Selon l'OMS, 47.5 millions de personnes sont atteintes de démences dans le monde. La DTA est la démence la plus fréquente, représentant 60 à 70 % des cas.

Selon l'étude PAQUID¹ (« Quid des Personnes Agées »), la DTA touche environ 850 000 malades et près de 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année en France.

La prévalence augmente de façon linéaire avec l'âge et nous estimons qu'à partir de 90 ans, 50% des personnes sont concernées.

Cependant tous ces chiffres ne sont pas le reflet exact de la situation car nous estimons que 50% des cas ne sont pas diagnostiqués.

¹ Étude de cohorte menée depuis 1988 (Gironde et Dordogne) avec un échantillon de sujets âgés de plus de 65 ans

2.3.Étiologie

2.3.1. Une étiologie organique ?

Selon le modèle médical ou neurologique, l'étiologie serait lésionnelle : la DTA serait la résultante principalement ou exclusivement de lésions cérébrales.

La présence simultanée de deux anomalies cellulaires serait à l'origine de la mort neuronale à la base de l'atrophie corticale. L'anatomopathologie de la DTA comporte :

- Des **plaques séniles** (en extracellulaire) composées de protéines A-Béta amyloïde en surnombre, devenant insolubles et s'accumulant dans les espaces inter-neuronaux.
- Une **dégénérescence neurofibrillaire** (en intracellulaire) due à une phosphorylation anormale de la protéine Tau qui entraîne la formation de filaments rendant impossible l'échange entre les cellules nerveuses.

Cette mort neuronale altère les systèmes des neuromédiateurs (notamment acétylcholine et glutamate) qui permettent la transmission des influx nerveux, donc des informations, entre les neurones.

L'atrophie apparaît dans certaines zones puis va progressivement envahir toutes les zones cérébrales, de l'avant vers l'arrière. Nous notons une corrélation entre la progression de l'atteinte corticale et les symptômes observés, expliquée par la régionalisation des différentes fonctions au niveau du cortex.

Par exemple, la première zone touchée serait l'hippocampe, situé au niveau du lobe temporal interne. Ce dernier est lié aux fonctions cognitives comme les apprentissages récents et la mémoire immédiate. Son atteinte expliquerait les symptômes inauguraux, à savoir des troubles mnésiques, un manque de mot et une désorientation spatio-temporelle.

De nombreux auteurs considèrent ce modèle médical comme réducteur et qu'une approche plus globale des démences est nécessaire. Selon eux, la prise en compte des modifications cérébrales est indispensable mais insuffisante pour expliquer et comprendre les phénomènes observés chez les malades.

Les lésions cérébrales sont caractéristiques de la DTA mais non spécifiques. De plus, leur apparition est tardive. *Ne seraient-elles pas, elles aussi, un des symptômes de la DTA ?* Des sujets avec des lésions cérébrales mais ne présentant aucun signe clinique de démence et inversement ont été observés. Il est donc difficile d'envisager les lésions cérébrales comme agent causal ce qui peut remettre en question une étiologie uniquement organique.

2.3.2. Une étiologie psychique ou sociale ?

Les aspects psychologiques et sociaux, mais également l'histoire de vie du malade apporteraient davantage d'informations sur l'origine de la maladie. Du fait que la DTA affecte les processus cognitifs, certains auteurs, dont L. PLOTON, évoquent le recours à la psychologie cognitive ou à la psychanalyse pour tenter d'expliquer certains symptômes.

Il existe plusieurs hypothèses mettant en avant des facteurs psychogènes et sociaux dans la survenue de la maladie d'Alzheimer :

- **Le traumatisme :**

Tout état émotionnel se traduit par des modifications biologiques au niveau cérébral. De nombreux auteurs se sont donc demandés si les lésions neurologiques n'étaient pas consécutives à un traumatisme psychique trop important qui empêcherait la personne d'élaborer (c'est-à-dire un travail psychique de symbolisation permettant de lier le traumatisme à des représentations). La décompensation psychopathologique en résultant conduirait à la démence.

- **Le narcissisme :**

Une fragilité narcissique pourrait prédisposer à la démence. Le vieillissement représente une crise narcissique majeure, affaiblissant ainsi l'idéal du Moi. Ce dernier est une « *instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs* » (DUQUENOY SPYCHALA K., 2005, p.55). Pour se protéger, la personne réinvestit ses anciens souvenirs pour y puiser des éléments renarcissisants. Ce retour dans le passé serait donc le résultat du trouble mnésique et du déclin narcissique.

- **L'identité**

L'identité est la connaissance que nous avons sur notre propre existence et notre projet dans le monde. Elle évolue tout au long de la vie. La vieillesse initie de nombreux remaniements à l'origine d'une crise identitaire majeure. Plusieurs facteurs qui lui sont associés vont influencer l'instabilité identitaire : changements physiques et cognitifs, deuils et pertes, regard d'autrui et préjugés sociaux, diminution du narcissisme, etc.

Une personne âgée n'ayant pas de ressources suffisantes pour accepter les modifications liées au vieillissement et faire le deuil des idéaux non réalisables, va voir ses assises identitaires défaillir. Pour préserver son identité, elle va désinvestir la réalité extérieure pour investir ses souvenirs. Ces derniers rappellent les événements de vie qui ont participé à la construction et l'évolution de son identité. Ce désinvestissement du monde extérieur pour investir le monde interne serait à l'origine de la difficulté à mémoriser les faits récents.

- **L'angoisse de mort :**

Selon J. MAISONDIEU, cité par GZIL F. (2014), la démence résulterait de facteurs sociaux : elle serait une manière de se protéger du regard dévalorisant d'autrui et de la personne âgée elle-même sur son vieillissement. Il se réfère au stade du Miroir de J. LACAN. La démence serait le résultat d'une angoisse de mort éprouvée par la personne lors de la découverte du reflet de son corps vieillissant dans le miroir. Pour y faire face, la personne nierait ce reflet comme le sien, de son corps comme le sien. Ce dernier étant un repère, elle serait dans l'incapacité de reconnaître son environnement. Cela expliquerait ainsi les troubles gnosiques.

Face à un vécu douloureux, le sujet âgé, incapable d'y faire face, ressent un désir d'oubli. De la même manière que S. FREUD se réfère à la mythologie grecque pour théoriser sa pensée, nous pouvons rapprocher la maladie d'Alzheimer au mythe de Léthé. Dans les Enfers, l'eau de la fontaine de Léthé permet aux humains d'oublier la souffrance. Léthé est la fille d'Eris, déesse de la discorde. Ainsi de la discorde (Eris) naît l'oubli (Léthé). *Un des principaux symptômes de la DTA n'est-il pas un trouble mnésique ?* Selon S. FREUD (cité par CHEVANCE A, 2003, p.81), l'oubli serait mis en place par le sujet afin d'éviter des sensations pénibles provoquées par la remémoration de certains souvenirs. Cette origine psychique expliquerait le caractère variable des symptômes qui, s'ils répondaient à des lésions neurologiques, devraient être constants et les mêmes pour tous les malades. La DTA serait donc due à un mécanisme de défense : l'oubli.

Les symptômes ne peuvent donc pas être réduits seulement à des manifestations d'un trouble neurologique. Prendre en compte les dimensions psycho-affectives dans la genèse de la DTA semble nécessaire. Nous ne pouvons pas considérer la MA comme une maladie seulement neurologique ou seulement psychoaffective. Ce sont deux manières de voir une même entité pathologique, et il n'est pas question de les opposer.

A ce jour, l'étiologie de la maladie d'Alzheimer demeure donc inconnue. Il semble que ce soit une maladie plurifactorielle qui nécessite donc une approche bio-psycho-sociale.

2.4.Facteurs de risque

En l'absence de mécanismes causaux établis, il est important de connaître les différents facteurs de risque afin d'établir des politiques de Santé préventives.

La DTA est une pathologie faisant intervenir des facteurs individuels et environnementaux.

Certains facteurs de risque ont un rôle causal certain dans l'apparition de la DTA:

- **l'âge** (facteur de risque le plus important).
- **la génétique** (présence de l'allèle e4 et de l'apolipoprotéine E).
- **les antécédents familiaux** (risque multiplié si un parent de premier degré est atteint).

D'autres présentent un rôle causal probable :

- un faible niveau de scolarité et socio-culturel.
- le sexe féminin (les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes).
- l'environnement social (les sujets célibataires, le réseau social restreint).
- certaines pathologies : diabète de type 2, trisomie 21, traumatismes crâniens, AVC, hypertension, inflammation chronique, dépression ou encore le stress.

2.5. Les symptômes

Contrairement aux représentations socialement partagées, la MA ne se résume pas à des troubles de la mémoire. De nombreux symptômes associés à la DTA existent et ils ne sont pas tous présents chez l'ensemble des malades. Les profils sont variables, en fonction de la personnalité, le cheminement et l'état de santé. Leur présence évolue également dans le temps. De plus, certains symptômes comme les troubles psycho-comportementaux sont sensibles à l'environnement et peuvent donc apparaître sous certaines conditions.

2.5.1. Les quatre A (*amnésie, aphasie, apraxie, agnosie*)

La MA se caractérise par une triade de symptômes cognitifs : amnésie, aphasie et apraxie, auxquels nous pouvons ajouter l'agnosie.

Dans 75% des cas, les troubles inauguraux concernent la mémoire et le langage.

L'amnésie correspond à une perte totale ou partielle de la mémoire.

Au stade léger, les mémoires épisodique et sémantique sont touchées, provoquant un manque ou oubli du mot (anomie). Au stade modéré, les troubles concernent la mémoire des événements récents (antérograde), avec une incapacité à enregistrer des événements. La mémoire à court terme est déficitaire. Progressivement, la mémoire des événements passés (rétrograde), est également touchée.

La maladie n'affecte pas toutes les mémoires de la même façon:

- la mémoire déclarative est la plus touchée.
- les mémoires implicite, procédurale et sensorielle perdurent. La conservation de la mémoire procédurale permet à la personne de conserver des aptitudes spécifiques et complexes pour lesquelles elle avait atteint un niveau de compétence élevé.
- Des souvenirs flashes persistent. Ce sont des souvenirs émotionnellement très ancrés.

L'aphasie est la perte partielle ou totale de la faculté d'expression et/ou de compréhension du langage, parlé ou écrit. Ceci malgré l'intégrité anatomique et fonctionnelle des organes de la phonation et l'absence de toute atteinte sensorielle. L'aphasie est un trouble du langage, et non pas un trouble de la parole. C'est la fonction symbolique qui est atteinte.

L'aphasie est très liée aux troubles mnésiques. Au début, la personne présente des difficultés à trouver ses mots et à nommer des objets. Ensuite, le trouble de la mémoire sémantique, conjugué à des troubles de syntaxe et de compréhension, l'empêche de suivre correctement une conversation. Ainsi, le trouble du langage rend la communication difficile.

L'apraxie est un trouble acquis de la réalisation du geste intentionnel. Elle résulte d'une atteinte de certaines zones cérébrales, en l'absence d'atteinte motrice, sensitive, cérébelleuse ou intellectuelle. C'est l'impossibilité ou l'incapacité à réaliser des mouvements, volontaires et sensés, orientés vers un but déterminé. Elle se manifeste tardivement dans l'évolution de la DTA.

Nous observons différents types d'apraxie :

- idéatoire : la réalisation de gestes complexes utilisant des objets réels est difficile. Le trouble se situe au niveau de la représentation mentale du geste.
- idéomotrice : c'est une incapacité à réaliser les gestes simples n'utilisant pas d'objet, les gestes symboliques c'est-à-dire sans signification et l'imitation.
- visuo-constructive : les capacités constructives sont altérées ce qui se manifeste dans les actes graphiques et dans le maniement des relations spatiales.
- motrice ou mélokinétique : c'est un trouble de la dextérité, nous observons une impossibilité à réaliser les mouvements rapides, alternatifs ou en série.
- bucco-faciale : la capacité à exécuter sur commande des mouvements d'une ou plusieurs parties du visage ou de l'appareil bucco-pharyngé est altérée.
- de l'habillement : la manipulation et l'orientation des vêtements est difficile ce qui entraîne l'impossibilité de s'habiller.

La DTA touche d'abord les praxies constructives puis les praxies idéatoires. Les praxies de l'habillement se dégradent progressivement.

L'agnosie est une déficience de la reconnaissance et de l'identification, en l'absence de déficit sensitif et sensoriel. C'est la perte de représentation des sensations.

Elle peut être partielle ou totale. Il existe plusieurs catégories d'agnosie : tactile (astéréognosie), olfactive/gustative, auditive, visuelle (la prosopagnosie touche la reconnaissance des visages familiers), spatiale ou corporelle (l'asomatognosie entrave la reconnaissance des différentes parties du corps).

La DTA se caractérise également par une anosognosie. C'est un défaut de conscience de son trouble: le malade oublie qu'il est malade. Il est à distinguer du déni qui est un mécanisme de défense : le malade oublie qu'il est malade car il ne peut pas l'accepter.

2.5.2. Les autres symptômes

À ces quatre symptômes s'ajoutent une altération des fonctions exécutives, une désorientation spatio-temporelle et des symptômes psycho-comportementaux.

Pour rappel, les fonctions exécutives permettent la réalisation de tâches, simples ou complexes, et l'adaptation à des situations nouvelles. Le **syndrome dysexécutif** est responsable notamment d'une diminution de la fluence verbale, des persévérations mentales, des difficultés d'adaptation comportementale, ainsi que de nombreux autres troubles (de l'inhibition, de prise d'initiative, d'attention, de jugement, d'abstraction, de planification et de conceptualisation).

La **désorientation spatio-temporelle**, très précoce dans l'évolution de la maladie, est notamment la conséquence du trouble mnésique. Les difficultés se situent au niveau de l'orientation, de la structuration puis de la perception spatio-temporelle.

Les **symptômes psycho-comportementaux des démences (SPCD)**, précoces et fréquents, augmentent avec l'évolution de la maladie. Ce sont des conduites et attitudes considérées comme inappropriées aux lieux et aux situations, en référence aux normes communément admises par leur fréquence ou leur survenue inadaptées. Ils sont en rupture avec le fonctionnement antérieur de la personne et aggravent le déclin cognitif et fonctionnel. Nous distinguons :

- des **symptômes avec un versant négatif ou en retrait** : anxiété, dépression, apathie, indifférence affective, tristesse, amimie, apragmatisme avec défaut d'initiative, désintérêt, absence de plaisir et d'émotion ainsi que repli sur soi.

Dès le stade de démence légère, la personne âgée perd tout intérêt pour des activités qu'elle affectionnait auparavant. Elle peut montrer des signes d'apathie, d'anxiété et de dépression. La prise de conscience de sa dégradation peut entraîner des affects dépressifs. Elle devient moins expressive au niveau verbal et non-verbal. Elle se retire et s'isole.

- des **symptômes avec un versant dit positif ou productif** (majoritaires, environ 90%) : agitation, agressivité, cris, logorrhées, déambulation, hallucinations, idées délirantes, appels, jurons, sifflotements, chants, euphorie....

Le symptôme prédominant dans la DTA est l'agitation. Elle peut être verbale, vocale ou motrice et peut s'accompagner d'agressivité verbale et physique. Dans l'agitation motrice, nous retrouvons notamment des comportements moteurs aberrants (errance et déambulation).

Les hallucinations sont des troubles psycho-sensoriels généralement visuels, parfois auditifs ou cénesthésiques. Elles peuvent être associées à des troubles de l'identification ou à des idées délirantes.

Au niveau du sommeil, nous observons une inversion du rythme nycthéméral, c'est-à-dire du jour et de la nuit. Il existe des troubles des conduites alimentaires, une anorexie le plus souvent.

La perte des repères entraîne un autre symptôme majeur : l'angoisse qui peut se manifester par des appels à l'aide, des fugues ou encore une instabilité psychomotrice. Cette dernière se caractérise par une agitation motrice, une déambulation, une tasikinésie (incapacité à rester assis ou couché). L'angoisse peut conduire à des conduites d'auto ou hétéro-agressivité.

Avec l'évolution de la maladie, l'expression, la reconnaissance et la régulation des émotions deviennent difficiles. Nous observons une incontinence émotionnelle qui se manifeste par une hyperémotivité. Nous parlons d'instabilité de l'humeur ou labilité émotionnelle.

La présence et l'intensité de ces symptômes psycho-comportementaux sont fluctuantes. Ils sont d'origine plurifactorielle avec :

- des facteurs propres à la maladie : comme par exemple des lésions au niveau du système limbique (régulation des émotions) et du lobe frontal.
- des facteurs propres à la personne : somatiques (douleur, déshydratation, déficit sensoriel, prise de toxique, infection urinaire, fécalome, etc.) et liés à la personnalité.
- des facteurs écologiques liés à l'environnement.

L'environnement physique et social joue un rôle important dans leur apparition. Du fait de la diminution de ses ressources cognitives, la personne âgée atteinte de démence subit une régression du stade de la représentation au stade de la perception. Elle perçoit tout son environnement mais, du fait de l'amnésie, l'agnosie et l'aphasie, elle devient incapable de symboliser ses perceptions afin d'y mettre du sens. Cet environnement non mis en sens demeure donc inconnu et devient angoissant pour la personne.

Les affects persistent mais du fait des troubles, leur mise en mot est difficile. Ainsi, la régulation des émotions est plus difficile et leur expression plus explosive.

Pour extérioriser ses affects, la personne âgée utilise les moyens qui restent à sa disposition et qui apparaissent sous forme de symptômes psycho-comportementaux. Ce comportement, reflet d'une émotion non élaborée, devient un moyen de communication, il exprime un vécu. Il est donc primordial de toujours questionner leur origine.

2.6. Le vécu du malade

Socialement, la MA est associée à la folie, majorant ainsi l'anxiété de la personne qui anticipe et appréhende l'avenir mais aussi le regard stigmatisant d'autrui.

Confrontée à ses difficultés dans tous les actes quotidiens, la personne se sent dévalorisée. Elle ressent une grande humiliation et une angoisse qui la fragilisent davantage.

La mémoire et le langage, tous les deux touchés dans la DTA, sont des fonctions clés qui permettent la socialisation et l'intégration sociale de l'être humain.

Les troubles mnésiques ont un impact important sur la personnalité. En effet, la personne oublie des choses vécues qui ont permis sa construction identitaire. Elle a donc le sentiment d'oublier une partie de soi, d'oublier ce qui fait qui elle est.

Du fait des troubles au niveau de la mise en mot, la personne âgée se retrouve en difficulté dans les échanges verbaux et va les limiter, entraînant ainsi un isolement et un repli sur soi.

La personne âgée a l'impression que la maladie prend le dessus. Cette perte de contrôle de son être est à l'origine d'une dévalorisation narcissique et d'une crise identitaire. Elle se sent ôtée de toute autonomie, toute responsabilité, toute utilité et donc, de son statut de sujet. De plus, la variation des troubles dans le temps est responsable d'une absence de repères pour la personne, entravant ainsi sa construction identitaire.

Pour faire face à la souffrance causée par cette perte de contrôle, elle met en place des mécanismes de défense sous forme de repli, d'indifférence ou encore de perte d'intérêt.

Même à des stades avancés, malgré l'anosognosie, nous observons l'expression d'une grande souffrance faisant penser que la personne a une conscience aigüe de sa problématique.

2.7.Diagnostic

Le diagnostic est posé par un médecin. Il nécessite au préalable un diagnostic de détérioration cognitive progressive chronique, c'est-à-dire d'un syndrome démentiel.

Pour le diagnostic, le médecin se réfère aux critères du DSM V, du National Institute of Neurological Disorder and Stroke - Alzheimer Disease and Related Disorder Association (NINCDS-ADRDA) ou de la Classification Internationale de Maladies (CIM) 10.

Le diagnostic s'effectue après un examen complet comportant : des examens cliniques médicaux, un bilan neuropsychologique, un entretien avec la famille, un bilan d'imagerie neurologique et des examens paracliniques.

Par l'absence de marqueur biologique, ce diagnostic est difficile. Il repose donc sur une évaluation de l'efficacité cognitive, des fonctions exécutives, des fonctions instrumentales, des troubles psycho-comportementaux et du retentissement sur les activités quotidiennes.

À ce jour, il n'existe aucun test permettant de l'établir avec certitude, du vivant de la personne. Un diagnostic de certitude ne peut se faire qu'en post-mortem, par une autopsie. Celui posé du vivant du patient sera donc toujours un diagnostic possible ou probable.

Pour maintenir au mieux et le plus longtemps possible les capacités, il faudrait effectuer un diagnostic le plus tôt possible, afin de mettre en place une intervention thérapeutique précoce. Cependant ce diagnostic reste tardif et sous-diagnostiqué.

3. Troubles psychomoteurs de la personne âgée atteinte de démence

Comme toute personne âgée, la personne âgée atteinte de démence présente des troubles au niveau de l'image du corps, du schéma corporel, de l'organisation spatio-temporelle, du tonus musculaire, de la motricité globale et fine ainsi que des coordinations.

La prise de conscience d'un corps vieillissant, qui n'est plus fidèle à un Idéal du Moi, est à l'origine d'une baisse de l'estime de soi qui modifie durablement l'**image du corps**. Avec la démence, de simples tâches deviennent difficiles, voire impossibles. La personne, consciente de ces changements, perd confiance en ses capacités et est fragilisée dans ses assises narcissiques.

Selon J. De AJURIAGUERRA « *édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ».

Les modifications corporelles accompagnant le vieillissement obligent la personne à adapter son schéma corporel de manière à ce qu'il continue à être un repère fidèle. La diminution de l'activité motrice, le vieillissement du système nerveux et des récepteurs sensoriels concourent à un appauvrissement de ce repère. À cela s'ajoute, lors des démences, des lésions cérébrales qui perturbent le lien entre les sensations corporelles ressenties et l'image que la personne peut avoir de son corps, perturbant ainsi le schéma corporel.

Nous ne pouvons pas considérer comme séparées les notions d'espace et de schéma corporel. Ce dernier est un référentiel pour l'organisation de l'espace. Sa bonne structuration est donc nécessaire afin d'appréhender l'environnement. Ce trouble du schéma corporel va donc avoir des répercussions. La personne âgée atteinte de démence présente des difficultés de perception et d'orientation dans son environnement. Le désinvestissement du corps qui fait défaut va entraîner le désinvestissement de l'espace. Cela se répercute sur les gestes avec des difficultés à les organiser dans l'espace, des maladresses, des difficultés à coordonner les mouvements, une lenteur.

Le temps est une notion à la fois objective, matérialisée par des horloges ou des calendriers, et subjective, liée à l'histoire du sujet. C'est donc une notion étroitement liée à celle de la mémoire. Les troubles mnésiques et attentionnels provoquent un trouble d'orientation, d'adaptation et de structuration temporelle. La personne âgée vit et perçoit le temps différemment. Nous observons une modification des rythmes.

Les **troubles spatio-temporels** associés aux troubles mnésiques font que la désorientation est totale. La personne âgée atteinte de démence se retrouve déçue de ses repères fondamentaux.

Le **tonus musculaire** est une légère tension à laquelle se trouve normalement soumis tout muscle squelettique. Ce phénomène neuromusculaire, support de toutes activités motrices et des émotions, se décompose en trois types:

- le tonus de fond : c'est le degré de contraction musculaire minimal et constant.
- le tonus postural : c'est le degré de tension musculaire au sein des muscles antigravitaires à l'origine du maintien de la posture.
- et le tonus d'action : c'est la modulation du tonus pendant un mouvement actif permettant sa réalisation.

Les troubles du tonus musculaire se trouvent au niveau de sa régulation : il peut être trop élevé (hypertonie) ou trop bas (hypotonie). Nous pouvons également observer des dysharmonies toniques :

- des dystonies qui sont des contractions anormales et inadaptées.
- des paratonies qui se définissent comme une « *impossibilité à réaliser sur commande la résolution musculaire. À la place du relâchement désiré, s'installe une contracture d'autant plus irréductible que le sujet fait plus d'efforts pour parvenir à la vaincre.* » (J.-M. ALBARET, 2011, p.309).
- des syncinésies, qui sont des contractions ou des mouvements involontaires, apparaissant alors qu'un mouvement a lieu dans une autre partie du corps.

Le tonus de fond se voit modifié. Le tonus postural s'affaiblit.

Chez la personne âgée atteinte de démence, les troubles de la régulation du tonus musculaire entravent ce dernier dans ses différentes fonctions.

Le tonus a une fonction d'équilibration. Nous voyons ainsi apparaître des troubles de l'équilibre notamment dus aux troubles toniques, mais également au vieillissement des récepteurs (tactiles, visuels, kinesthésiques, auditifs et vibratoires).

Il possède également une fonction de positionnement directionnel ; c'est la préparation tonique qui précède le mouvement. Chez la personne âgée, la régulation du tonus n'est plus assez efficace pour permettre une correcte réalisation du mouvement.

Et il possède finalement une fonction de communication. Le tonus est le seul canal de communication à la naissance. Chez l'adulte, il reste une voie de communication importante et vient compléter la parole. Il est le vecteur de la communication non verbale (qui représente 95% de la communication). Le tonus est influencé par l'état psychique et donc lié à nos affects. Par son biais, le corps exprime ses émotions et est ainsi le moyen d'être en relation.

Les modifications liées au vieillissement affectent également la **motricité globale** et **fine**. La motricité globale comprend l'ensemble des gestes moteurs qui assurent l'aisance globale du corps sans rechercher le raffinement d'un geste précis contrairement à la motricité fine qui regroupe les mouvements fins, minutieux et précis.

La motricité globale regroupe : l'équilibre statique, l'équilibre dynamique, les dissociations et les coordinations.

Le vieillissement vient modifier l'ensemble des caractéristiques du mouvement : la vitesse, l'amplitude, la précision et la force. Le mouvement devient plus lent et moins précis.

Ainsi, nous observons des perturbations au niveau de la marche ou de la préhension d'un objet. La motricité est d'autant plus entravée par la présence de tremblements qui gênent la réalisation des mouvements volontaires notamment leur précision.

Les chutes ont des conséquences motrices et psychiques importantes et influencent fortement la confiance que le sujet place en son corps.

La maladie entraîne des troubles au niveau de la motricité globale et fine entravant la capacité à effectuer de manière autonome des tâches quotidiennes.

Le vieillissement pathologique touche le corps dans ses dimensions physiques, cognitives, psycho-affectives et psychomotrices. Tous ces remaniements affectent la personne âgée dans son unité psychocorporelle. Le psychomotricien a donc toute sa place dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence. Les conséquences de ces troubles sur les actes de la vie courante sont importantes. Face à l'évolution de la maladie, les stratégies de compensation mises en place au début deviennent inefficaces. À long terme, cela entraîne une perte d'autonomie et une dépendance conduisant à leur institutionnalisation.

En EHPAD, le psychomotricien va prendre en soin ces différents troubles psychomoteurs que présente la personne âgée. Afin de mettre en place une prise en soin adaptée, il est donc nécessaire de procéder au préalable à une évaluation psychomotrice.

4. Évaluation psychomotrice

L'évaluation psychomotrice, ou bilan psychomoteur, est un préalable incontournable à toute action psychomotrice. Elle représente la première étape dans la prise en soin.

La psychomotricité étant une profession paramédicale, le bilan répond à une demande, dans la plupart des cas, du médecin. La première chose à chercher est le motif de la consultation, la demande. Il est également important de recueillir des données de l'anamnèse pour pouvoir comprendre et interpréter nos observations.

Le bilan psychomoteur doit permettre d'établir un portrait le plus proche de la réalité de la personne âgée. Pour cela, une connaissance approfondie des mécanismes du vieillissement, normal et pathologique, est nécessaire. C'est un profil à un moment donné. L'objectif est de mettre en évidence les difficultés et les moyens de compensation, mais plus encore les capacités résiduelles et les ressources afin de mettre en place une prise en soin adaptée. Cette dernière a pour objectif de travailler sur les problématiques sans mettre le patient en situation d'échec, il est donc important de s'appuyer sur des fonctions opérantes.

De bonnes conditions pour la passation du bilan sont nécessaires car il conditionne la suite de la prise en soin et va permettre l'expression des aptitudes de la personne. C'est le premier pas vers l'élaboration de la relation thérapeutique et l'adhésion à la prise en soin.

Il est important de prendre en compte le rythme de la personne, sa volonté et sa fatigabilité et de s'y adapter. Les consignes doivent être claires et simples mais non infantilisantes.

Le bilan psychomoteur s'effectue souvent en deux rencontres. Il comprend un temps d'échange avec la personne puis la passation de différents items permettant d'appréhender les grands domaines psychomoteurs.

Il est déconseillé de faire un bilan lors de la première rencontre avec une personne âgée, il faut qu'une confiance et une certaine reconnaissance se soient forgées.

Pour le bilan d'une personne âgée atteinte de démence, il est important d'évaluer le schéma corporel et l'image du corps, les capacités perceptivo-motrices (notamment la vision, l'audition et le toucher), l'organisation (l'orientation, la structuration et l'adaptation) spatio-temporelle, la latéralité, la motricité globale notamment l'équilibre et les coordinations, la motricité fine, les praxies et le tonus musculaire.

Les épreuves du bilan psychomoteur doivent être maîtrisées par le psychomotricien, leur choix doit être réfléchi pour répondre au mieux aux caractéristiques de la personne.

Pour cela, nous pouvons utiliser des épreuves isolées (liste non exhaustive) comme : le Berges, le schéma corporel de Goodenough, l'épreuve de rythme de Zazzo et Stamback, le Santucci, Rey et Bender, le Frostig, le Test de Stroop, le Piaget-Head, la batterie d'évaluation des praxies, le Tinetti, le Get Up And Go Test, etc. La limite de la majorité de ces outils est qu'ils ne permettent pas une comparaison à la norme, n'ayant pas été étalonnés auprès de la personne âgée. Au-dessus de 60 ans, il est déconseillé d'utiliser les normes adultes.

L'Examen Géronto Psychomoteur (EGP) est le seul bilan psychomoteur normé et standardisé auprès de cette population. Il peut être utilisé à partir de 60 ans.

Un bilan psychomoteur est constitué de la passation d'épreuves mais également d'observations cliniques. Ces dernières sont très riches et importantes pour la compréhension du fonctionnement de la personne. Elles ne sont pas cotées par des chiffres, elles sont subjectives. En effet, le bilan est à la fois :

- objectif par les cotations issues des épreuves
- subjectif par cette clinique.

Il faut donc rester prudent vis-à-vis de l'analyse de nos observations. Il ne faut pas interpréter trop rapidement les résultats, ils risquent d'être empreints de notre propre subjectivité et donc faussés.

Ce bilan psychomoteur va permettre au psychomotricien de dégager les besoins et les attentes du patient ainsi que les axes de travail afin d'élaborer une prise en soin adaptée.

5. Traitements médicamenteux et non médicamenteux

5.1. Traitements médicamenteux

À ce jour, il n'existe aucun traitement médicamenteux curatif. Cette absence de traitement accentue l'anxiété des malades car ils n'ont aucun moyen d'agir sur la maladie. Ils font une nouvelle fois l'expérience de la perte. Cependant, il existe des traitements symptomatiques. Actuellement, il existe deux classes thérapeutiques:

- les **Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase** (Donézépil, Rivastigmine, Galantamine) :

Ils permettent de compenser le déficit en acétylcholine (impliquée notamment dans les processus mnésiques) en inhibant l'action de l'enzyme qui la détruit.

Ils sont efficaces sur les symptômes cognitifs, fonctionnels et psycho-comportementaux mais ils exposent à des effets secondaires notamment des troubles gastro-intestinaux.

Cette classe est plutôt prescrite dans les formes légères ou modérément sévères de démence.

- Les **antiglutamatergiques** (Mémantine)

Ils protègent du glutamate potentiellement toxique en trop grande quantité. Cette classe est davantage utilisée dans les formes sévères de démence car les neurones morts libèrent du glutamate toxique pour les autres neurones.

Ces deux classes de traitements symptomatiques ont quelques effets sur les troubles psycho-comportementaux et les fonctions attentionnelles mais aucun sur la mémoire.

Pour certains SPCD, certains psychotropes (antipsychotiques, antidépresseurs, thymorégulateurs, hypnotiques ou anxiolytiques) peuvent être prescrits. Le traitement médicamenteux ne doit pas être systématique face à un trouble du comportement. Avant de le mettre en place, il est impératif d'analyser le mécanisme et l'origine de ce trouble.

Les traitements médicamenteux présentent des intérêts faibles et de nombreux effets secondaires. Il est donc indispensable de mesurer le rapport bénéfice/risque.

En l'absence de traitement médicamenteux curatif, la prise en charge de la DTA passe également par des traitements non médicamenteux.

5.2. Traitements non médicamenteux

Les prises en soin non médicamenteuses sont diverses et variées. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), elles doivent toujours être préférées au traitement médicamenteux et pratiquées par un personnel formé. Elles sont recommandées en première intention pour le traitement des SPCD. De même que les traitements médicamenteux, elles doivent être adaptées à chaque patient (notamment à ses besoins, capacités et envies). Actuellement, aucune preuve scientifique n'a été apportée sur la validité des thérapies non médicamenteuses. Cependant les observations soutiennent les preuves du bienfait de leur apport.

Les objectifs sont divers :

- Maintenir et améliorer la qualité de vie,
- Préserver le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle,
- Améliorer les fonctions cognitives,
- Améliorer le bien-être, les capacités motrices ou sensorielles de la personne,
- Atténuer les troubles du comportement,
- Préserver les liens sociaux, rompre l'isolement.

On distingue plusieurs types de thérapies non médicamenteuses :

- **L'approche de l'aménagement de l'environnement**

Selon cette approche, les SPCD sont sensibles à l'environnement. L'objectif est d'agir sur cet environnement pour favoriser le bien-être et éviter la contention physique ou chimique. Par environnement, nous entendons cadre de vie mais également environnement social. Il est nécessaire d'adapter l'environnement au malade et non l'inverse car il n'est plus capable d'adaptation.

Outre cette approche visant l'aménagement de l'environnement, nous retrouvons les activités à médiations thérapeutiques. Parmi elles, nous distinguons:

- **L'approche cognitive** (ateliers mémoire, revue de presse, réminiscence, etc.)

Elle permet de stimuler la mémoire et la communication. Elle vise à optimiser les fonctions cognitives préservées dans l'optique de maintenir l'autonomie.

- **L'approche psycho-sociale** (psychothérapie, art thérapie, thérapie assistée par l'animal, thérapie par réminiscence, groupe de paroles etc.)

Elle permet d'augmenter l'estime de soi et l'investissement, de renforcer la motivation, de renforcer sa communication afin de préserver la socialisation.

- **L'approche motrice** (atelier prévention des chutes, gym douce, danse thérapie, etc.)

L'activité physique a des bienfaits sur les fonctions cognitives et physiques. Les objectifs sont le maintien de l'autonomie et des facultés motrices.

- **L'approche sensorielle** (aromathérapie, chromothérapie, musicothérapie, lumphothérapie, culinothérapie, jardin thérapeutique, Snoezelen, relaxation, etc.)

Des stimulations mettant en jeu les différents sens sont utilisées. Les objectifs sont la réduction des SPCD ainsi que l'amélioration du confort et de la qualité de vie des patients.

La psychomotricité rentre dans ce cadre des thérapies non-médicamenteuses. Dans sa pratique auprès des personnes âgées atteintes de démence, le psychomotricien utilise également des médiations thérapeutiques, l'une des plus courantes est la médiation cuisine.

PARTIE 2 : LA MÉDIATION CUISINE

L'utilisation de la médiation, que ce soit auprès de l'enfant, l'adulte ou encore la personne âgée, fait désormais partie intégrante du domaine du soin.

Cependant, elle ne se limite pas à ce domaine. En effet, elle est utilisée dans la justice, la pédagogie, les sciences humaines ou encore pour gérer des relations conflictuelles qu'elles soient personnelles, professionnelles ou administratives. L'utilisation de la médiation n'est donc pas réservée à une profession ou un domaine particulier.

L'utilisation de la médiation dans le soin s'origine d'un constat de certains psychanalystes : celui de la difficulté à travailler auprès d'enfants seulement à partir d'un registre verbal. Pour suppléer à cette problématique, la première médiation introduite dans la psychanalyse des enfants fut le dessin par A. FREUD ou encore M. KLEIN.

Ainsi, comme le dit A. BRUN (2014, p.27), « *Cette introduction de médiations thérapeutiques non verbales, qui relèvent d'un ancrage corporel, apparaît paradoxale dans le cadre de la psychothérapie psychanalytique.* ». En effet, la cure analytique, telle que l'a conçue S. FREUD, est fondée exclusivement sur l'analyse du registre verbal. Le corps n'est pas pris en compte, son expression est même limitée par le fait d'être couché sur un divan.

Cet ancrage corporel rend l'utilisation de la médiation intéressante dans la pratique psychomotrice, que nous développerons plus tard.

L'apparition de la médiation thérapeutique s'enracine donc dans la pratique psychanalytique mais elle n'en est pas, pour autant, un concept spécifique à la psychanalyse ; elle est utilisée par de nombreuses professions.

Dans le soin, la médiation présente de nombreux avantages mais son utilisation ne doit pas s'effectuer au hasard, elle doit être soutenue par des connaissances théoriques permettant au professionnel de l'utiliser à des fins thérapeutiques.

I- Médiation et théorie

Selon A. REY², le terme de médiation est issu du verbe latin « *mediare* » qui signifie « être au milieu ». La médiation désigne l'**intermédiaire**, le fait de **s'interposer entre**.

Par sa position d'intermédiaire entre le thérapeute et le patient, la médiation permet qu'advienne ce qui ne peut pas se jouer dans la relation, trop directe et frontale, lorsqu'elle n'est pas médiatisée. En servant de base commune et partagée, la médiation **facilite la rencontre et la relation** entre le patient et le thérapeute mais également entre le patient et les autres membres du groupe si la prise en soin est groupale. Elle constitue un objet d'attention conjointe et sert de support à la relation thérapeutique.

² Dictionnaire historique de la langue française, 1992

La médiation a une fonction de tiers. Son utilisation dans les pratiques de soin fait référence à la notion d'objet transitionnel théorisée par D.W. WINNICOTT. Elle offre un espace tiers qui a une fonction transitionnelle qui permet à la fois de réunir et de différencier le thérapeute et le ou les sujets.

En effet, elle facilite la proximité entre le thérapeute et son patient car elle se présente comme un objet d'échange. Paradoxalement, par cette position d'intermédiaire, elle permet également de créer une distance entre eux. Elle agit donc dans une dynamique de rapprochement et d'éloignement qui, paradoxalement, sont complémentaires et nécessaires pour le bon déroulé du soin.

La médiation thérapeutique permet de mettre en jeu des modalités autres que le langage verbal. Par l'implication du corps, elle favorise l'expérience sensori-affectivo-motrice. Ainsi, elle va faciliter l'émergence d'affects, le développement de la créativité, l'imaginaire et la communication (verbale et non verbale).

La mise en jeu de modalités autres que le langage verbal fait de la médiation un outil non négligeable dans la prise en soin de la personne âgée atteinte de DTA chez qui ce dernier fait défaut (du fait de l'aphasie et l'amnésie).

La communication non verbale, sollicitée par la médiation, peut alors prendre une place importante, quelque fois prédominante sur la communication verbale. Il est donc primordial que le thérapeute en prenne compte.

Il ne faut cependant pas occulter la communication verbale. La médiation a également pour objectif de soutenir la symbolisation et le passage au registre verbal.

En effet, elle favorise le passage de la sensori-motricité à la perception pour finalement aboutir à la représentation psychique symbolique qui pourra amener à une verbalisation.

- La sensation est un phénomène psycho-physiologique par lequel une stimulation (qu'elle soit externe ou interne) a un effet modificateur spécifique sur la conscience par activation des récepteurs sensoriels.
- La perception est un phénomène de reconnaissance et d'identification des sensations qui permet leur prise de conscience et leur analyse.
- La représentation est la capacité à se représenter une perception antérieure par une image mentale. Afin de signifier et extérioriser cette image mentale donc la pensée, le sujet utilise des symboles, le langage étant le niveau le plus élevé de symbolisation.

Sensations, perceptions et représentations correspondent à trois étapes successives dans le développement de l'enfant vers un accès au symbolique. Comme le disait J. LOCKE, repris par S. FREUD, « *Rien n'est dans la pensée qui ne fut d'abord dans les sens* ». Le travail corporel sollicité par la médiation favorise les allers-retours dans cette boucle entre sensations, perceptions, émotions et représentations.

La médiation, en favorisant le processus de symbolisation, permet de rendre les expériences subjectives du sujet communicables.

Le thérapeute a pour rôle d'accompagner le sujet dans l'intégration de ses éprouvés dans le processus de représentation (c'est-à-dire dans le champ des pensées) et de verbalisation.

Selon C. POTELE, la médiation a pour **objectifs** de :

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

Il existe une multitude de médiations. Une médiation peut être un objet (objet médiateur ou médium) ou une activité. Toute médiation est unique : chacune présente des propriétés, des effets et un rapport à la sensori-motricité qui lui sont propres. C'est ce qui fait son originalité et explique l'engouement de son utilisation dans les soins.

De même, son utilisation sera unique et singulière, propre au sujet qui l'expérimente.

Le choix de la médiation nécessite une véritable réflexion de la part du soignant, sur ce qui est mis en jeu par le biais de cette médiation.

Par ce choix, il va engager une partie de lui-même. Il est conseillé que le soignant choisisse une médiation qu'il aime. Dans ce cas, il doit prendre garde à ne pas faire passer son propre plaisir avant le soin. Une certaine distance avec la médiation est donc nécessaire de sa part.

Le soignant peut également utiliser une médiation, sans toutefois y être sensible pour sa pratique personnelle, s'il y trouve un intérêt vis-à-vis des problématiques de ses patients. Dans tous les cas, il est important qu'il investisse la médiation choisie. Cet investissement par le soignant dans un premier temps, va permettre aux membres du groupe de l'investir à leur tour.

Le choix doit être réfléchi et pertinent vis-à-vis de la population visée, ses caractéristiques, ses pathologies, ses problématiques et du contexte institutionnel.

Le patient va également influencer le choix. La médiation doit posséder un **potentiel attracteur** afin qu'il désire s'en approprier et faciliter ainsi l'adhésion à la prise en soin et l'alliance thérapeutique entre lui et le soignant. Il est important que, par le biais de cette médiation, il puisse éprouver de la satisfaction et du plaisir. Le respect des volontés et désirs du patient est primordial : la médiation va être proposée mais en aucun cas imposée.

La médiation en elle-même n'est pas thérapeutique, elle ne possède pas de propriétés « soignantes ». C'est son utilisation d'une manière précise, amenée et réfléchie par le soignant qui fait qu'elle s'inscrit dans un processus de soin.

II- Médiation, groupe et transfert

1. Le groupe

Les pratiques thérapeutiques à médiation peuvent être individuelles mais sont souvent groupales. Selon B. CHOUVIER (2013), le groupe est une deuxième médiation, qui serait aussi importante que la première. En effet, le groupe est primordial dans la prise en soin : il participe au mouvement qui fait qu'une médiation devient thérapeutique.

En groupe, la médiation va être source d'expériences communes et partagées entre les différents membres. Cela permet qu'émerge un **sentiment d'appartenance groupal**.

La personne âgée est souvent isolée. Appartenir à un groupe est l'occasion pour elle de créer des liens ce qui limite le repli sur soi. Elle retrouve un statut de sujet appartenant à un groupe, semblable aux groupes sociaux auxquels elle pouvait appartenir durant sa vie.

Du fait qu'il soit constitué de plusieurs membres, le groupe multiplie les possibilités d'interactions entre ses membres et favorise ainsi l'accès à la symbolisation et au langage.

R. KAES, définit le groupe comme une entité spécifique qui ne peut pas être réduite à la somme des apports des membres du groupe. Cette définition renvoie au concept d'**appareil psychique groupal** qu'il définit comme une entité psychique propre appartenant au groupe qui s'étaye sur les appareils psychiques individuels des différents membres ainsi que les représentations collectives du groupe. Il serait à l'origine de l'enveloppe groupale.

En effet, la médiation dans un groupe, du fait qu'elle soit commune aux membres, permet la construction d'une **enveloppe psychique groupale** qui permet la délimitation et la cohésion du groupe et qui va avoir une fonction contenante. Cette notion se réfère à celle de D. ANZIEU qui parlait d'enveloppe ou de peau groupale. Ainsi, se sentant contenu, le patient va pouvoir s'exprimer et s'individualiser tout en étant lié aux autres membres du groupe.

Au sein d'un groupe, R. KAES distingue **trois espaces psychiques**:

- L'espace du groupe.
- L'espace du lien. Il représente les liens entre les membres du groupe
- L'espace singulier du sujet.

Le thérapeute ne doit pas limiter son observation à la dynamique groupale ; il est important qu'il prenne en compte ces trois espaces. La personne âgée doit être vue comme un membre du groupe mais également comme un membre distinct et différencié du groupe. Cette prise en compte de la singularité du sujet est primordiale. Le thérapeute doit pouvoir cerner ce qui, dans l'élaboration au sein de la dynamique groupale, reflète la subjectivité du sujet.

Le thérapeute n'est ni inclus ni exclus du groupe, il se trouve à l'intermédiaire et participe aux différents échanges. De même que la médiation, il représente le noyau dur qui réunit le groupe. Par le biais de ce groupe et des relations qui vont pouvoir se créer entre le thérapeute et les différents membres, vont s'établir des transferts. Le transfert est, au même titre que le groupe, primordial dans les médiations thérapeutiques.

2. Le transfert

Selon B. CHOUVIER (2011, p.41), « *Ce qui soigne, c'est d'abord et avant tout la rencontre avec un soignant et la mise en jeu d'un champ transférentiel.* ». En effet, la prise en compte de la dynamique transférentielle permet d'inscrire la médiation dans un processus thérapeutique.

Le **transfert** est l'ensemble des sentiments que le patient projette sur le thérapeute. J. DE AJURIAGUERRA le définit comme l'actualisation des contenus inconscients du patient sur le thérapeute. Inversement, le **contre transfert** regroupe les réactions affectives conscientes et inconscientes du thérapeute envers le patient.

Pour G. DEVEREUX (cité par J. BARUS-MICHEL, 2011, p.48) l'analyse du transfert et du contre-transfert, bien qu'elle fût d'abord propre à la cure psychanalytique, fait désormais partie intégrante de tout processus de soin. Il est donc primordial que le thérapeute y soit attentif.

Selon R. KAES (cité par A. BRUN, 2014, p.76), au sein d'un groupe s'opère un phénomène de diffraction du transfert sur l'ensemble des membres du groupe, le thérapeute, la médiation et le cadre. La médiation, du fait qu'elle soit commune, est un support qui focalise la dynamique transférentielle du groupe. Cet ensemble groupe/médiation permet ainsi de diminuer le transfert qui peut être massivement projeté sur le thérapeute en prise en soin individuelle et non médiatisée. Il lui sera donc plus aisé d'analyser ce qui se déroule dans le soin.

De même que le groupe et le transfert participent à l'intégration de la médiation dans un processus de soin, le cadre et le dispositif ont également leur rôle à jouer.

III- Médiation, cadre et dispositif

1. Définitions : cadre et dispositif

➤ **Le cadre** est ce qui délimite, borde. Selon X. POMMEREAU, il constitue la structure de l'espace de soin. Il est question de contenance, et non de détention ; de souplesse et non de détention. Il contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps et une pensée.

C. POTEL distingue deux cadres : physique et psychique.

- Le cadre physique regroupe : l'horaire, la fréquence, la durée, le lieu, le matériel, la médiation, les conditions d'encadrement et les règles.
- Le cadre psychique se base sur des postulats théoriques et a une fonction de contenance et de pare-excitation.

Selon elle, le cadre garantit la sécurité physique et psychique du thérapeute et du patient.

Le cadre possède quatre fonctions que R.KAËS définit comme:

- Contenante.
- Limitante : il représente une limite entre dedans et dehors, entre le Moi et non-Moi.
- Symboligène : il soutient la symbolisation.
- Transitionnelle : il représente la frontière entre le Moi et non-Moi.

➤ **Le dispositif** est défini par M. LIGNEAU (2014, p.32) comme « *les moyens mis en œuvre par le thérapeute, en fonction du projet thérapeutique. Il est également défini par l'organisation technique et matérielle ainsi que par les facteurs intervenant dans l'élaboration du groupe* ».

Le thérapeute est le garant du cadre et du dispositif. B. CHOUVIER insiste sur la nécessité de la mise en place d'un dispositif et d'un cadre rigoureux et adaptés. Ainsi, le cadre et le dispositif doivent être réfléchis par le thérapeute. Ce dernier doit prendre en compte certains critères comme : sa propre formation, les objectifs qu'il souhaite atteindre en rapport avec son champ de compétence, la médiation, les membres du groupe (leurs pathologies, leurs compétences et difficultés, leurs demandes, leurs besoins, etc.) ainsi que le contexte de l'institution dans laquelle se déroule la prise en soin.

2. L'importance du cadre et du dispositif dans la médiation

Le cadre et le dispositif tiennent une place primordiale dans l'utilisation des médiations. Pour A. BRUN (2011, p.16), *«Il ne suffit pas en effet d'utiliser la terre, la peinture, la danse, la musique pour parler de médiation thérapeutique. L'objet médiateur ne présente aucune portée thérapeutique en lui-même indépendamment du cadre et du dispositif»*. Pour que la médiation soit thérapeutique, il est nécessaire qu'elle s'inscrive dans un cadre et un dispositif propices à la prise en soin.

Ils sont réfléchis et établis à l'avance par le thérapeute et doivent être suffisamment contenant pour que le patient se sente en sécurité et en confiance afin qu'il puisse investir pleinement son expérience au sein de la médiation.

Toute médiation étant unique, le cadre et le dispositif s'y référant doivent être adaptés, en fonction de ses caractéristiques mais également en fonction des membres du groupe et de ce qui peut se jouer en séance.

Il est primordial de mettre en place une certaine stabilité dans la prise en soin : temporelle (fréquence et horaires réguliers), spatiale (dans le même lieu), relationnelle (les participants et thérapeutes doivent être le plus réguliers possible), etc. En effet, la stabilité et la constance du dispositif et du cadre donnent à la médiation sa potentialité thérapeutique. Cette permanence permet que s'établissent des repères fiables et sécurisants, ainsi peut se développer un climat de confiance et une alliance thérapeutique.

IV- La médiation cuisine

De nombreux professionnels, autres que les psychomotriciens, utilisent comme médiation la cuisine : psychologues, ergothérapeutes, nutritionnistes, éducateurs ou encore aides-soignants. De plus, elle est utilisée auprès de nombreuses populations, allant du jeune enfant à la crèche à la personne âgée en EHPAD.

Pourquoi la cuisine est-elle aussi répandue comme médiation dans le domaine du soin ?

1. Le développement de l'enfant en relation avec la nourriture

Avant d'aborder la cuisine, il me semble important d'évoquer en premier lieu l'importance de l'alimentation dans le développement psycho-affectif de l'enfant.

Le stade oral (0-18 mois), développé par S. FREUD, est le premier stade dans le développement de la sexualité. Il précède les stades anal, phallique et génital. À chaque stade, la libido investit une zone particulière. Durant le stade oral, la zone érogène est la bouche. L'ingestion du lait permet de satisfaire un besoin physiologique et vital (la faim) mais va également être source de plaisir et de satisfaction. Ce stade est essentiel dans la construction de la personnalité de l'enfant et dans le développement du Moi.

La bouche est le premier lieu d'échange entre soi et le monde, notamment lors de l'acte de nourrissage car elle se situe à l'intermédiaire entre l'interne et l'externe. Elle est le lieu par lequel nous nous nourrissons et par lequel nous nous exprimons. Pour certains auteurs, cela explique le fait que de nombreuses expressions courantes font référence à l'alimentation («avoir du pain sur la planche», «faire chou blanc», «rougir comme une tomate», «croquer la vie à pleines dents», «les carottes sont cuites », « raconter des salades », etc.).

A la naissance, le bébé n'a pas conscience de son corps comme un tout unifié, ce qui est à l'origine de grandes angoisses de morcellement. Il est dépendant de son environnement, particulièrement à sa Mère (*par Mère, j'entends toute personne s'occupant de lui*)

L'alimentation du bébé est un vecteur qui permet que s'établissent les **premiers échanges et relations** avec sa Mère, échanges primordiaux pour son bon développement psychomoteur.

Lors du nourrissage, le mamelon ou la tétine dans la bouche s'associe au portage, aux caresses, à l'odeur et aux paroles de la Mère. Cette association sollicite les différents sens et a une fonction de regroupement du corps qui va permettre d'apaiser les angoisses. En plus d'avaler le lait, le bébé incorpore en lui toutes les bonnes choses (à savoir la satiété et la sécurité) liées à cette situation de nourrissage.

Par la répétition de cette situation, l'enfant prend conscience des limites de son corps et donc d'un **sentiment d'unification corporelle**. Par la suite, il intègre ses limites corporelles qui permettent dans un deuxième temps qu'advienne un **sentiment d'enveloppe psychique**.

Du fait que le sein ou le biberon ne soient pas continuellement présents, le bébé prend peu à peu conscience qu'il est extérieur à lui. Cette prise de conscience, ajoutée à celle des enveloppes corporelles, est à l'origine d'une **distinction entre soi et l'autre**.

Selon B. SCHAAL et R. SOUSSIGNAN (2008, p.214), « *Alimentation, cognition sociale et attachement ont partie étroitement liée.* ». En effet, lorsqu'il a faim, le bébé s'exprime par des pleurs. Si la Mère est attentive et répond de manière adaptée aux besoins de son enfant d'une manière régulière, le bébé va peu à peu faire le lien entre ses pleurs et le fait que sa Mère arrive. Ainsi, par le biais de l'alimentation, il va prendre conscience de son influence sur sa Mère et donc dans l'établissement de la relation à autrui.

De plus, la Mère accompagne l'ingestion du lait par du langage (sur la température, le goût, la couleur, etc.). Ainsi, le bébé peut faire le lien entre les sensations procurées par le lait et les mots de sa Mère, ce qui permet **l'émergence des perceptions puis des représentations**. L'alimentation participe donc au développement de la fonction symbolique.

2. L'importance de la cuisine dans la vie

La cuisine est un phénomène commun à tout Homme. Pour sa survie, la préparation et la consommation d'aliments est une activité domestique nécessaire et vitale, qu'elle soit source ou non de plaisir. C'est ce caractère universel qui fait de la cuisine une médiation intéressante. En effet, elle se différencie des médiations comme la danse, le théâtre ou encore la peinture qui ne s'adressent pas forcément à tout le monde.

La cuisine est l'une des plus vieilles activités humaines. Elle tire son origine de la Préhistoire. À cette période, l'Homme se nourrissait d'aliments qu'il pouvait consommer directement (*baies, graines, fruits*) mais certains aliments (*viandes, tubercules*) étaient indigestes consommés tel quels. Ces derniers étaient donc préparés afin d'être comestibles.

Chez l'Homme, l'alimentation s'est éloignée de sa fonction physiologique de survie pour s'élever au rang d'activité de loisir, source de plaisir et de détente. Elle est même considérée comme un art avec le développement de la gastronomie.

Comme le dit G. HARRUS-REVIDI (2010, p.23), « *Manger, c'est introduire dans son corps une partie du monde et le faire sien.* ». Le sujet se construit en mangeant. En effet, la nourriture a une **influence dans la construction du sujet** sur divers plans :

- **Physique :**

Se nourrir est primordial pour le développement somatique. Pour leur bon développement et fonctionnement, les organes et les muscles utilisent des nutriments issus de la nourriture.

- **Psychique :**

Par les pratiques alimentaires, le sujet prend conscience de lui-même comme nous l'avons vu précédemment.

- **Affectif :**

La cuisine est étroitement liée à l'affectivité notamment par son évocation de souvenirs d'enfance. Par ailleurs, comme vu précédemment, l'alimentation permet la mise en place d'une sécurité affective et de l'attachement.

- **Identitaire :**

L'alimentation est le support de l'identité individuelle et collective. Cuisiner un plat typique d'une région ou d'un pays est le moyen de montrer son appartenance. La cuisine est également un moyen de réalisation de soi et d'expression de sa créativité.

- **Cognitif :**

La cuisine et l'alimentation permettent la stimulation de l'expérimentation, l'exploration, la découverte et l'apprentissage donc le développement des compétences cognitives. De plus, l'alimentation permet de structurer l'espace et le temps : la journée est rythmée par les repas qui eux-mêmes ont un début et une fin et sont constitués d'une succession de plats (en France : entrée, plat et dessert).

- **Culturel et social :**

Nous mangeons tous mais nous ne mangeons pas tous la même chose et de la même manière ; manger est donc à la fois universel et personnel. Chaque culture possède ses propres caractéristiques alimentaires : nombre et heure de repas, spécialités, alimentation propre à chaque repas (en France, le petit déjeuner est sucré, alors qu'il est salé dans la majorité des autres pays), etc. La cuisine est donc une pratique éminemment sociale et culturelle. Comme le dit J. BRILLAT-SAVARIN « *man isst, was man ist* » (on mange ce qu'on est). Cuisiner permet donc de véhiculer ces normes culturelles et sociales, transmises essentiellement par l'environnement familial dans un premier temps puis par l'environnement scolaire, amical ou encore professionnel. Le repas est un temps de sociabilisation à part entière.

La cuisine, en tant que pièce, est souvent évoquée comme le « centre de la maison ». C'est la pièce où se retrouvent les membres d'une famille. La cuisine permet le lien et la transmission intergénérationnelle. Une étude³, réalisée en 2010, a mis en évidence que 54% des personnes interrogées ont appris à cuisiner grâce à un membre de leur famille.

Cuisiner est une activité sociale par laquelle s'établit la relation, elle est tournée vers autrui. En cuisinant, nous faisons don de notre personne. La cuisine est un temps de convivialité et de partage, d'autant plus lorsqu'elle s'effectue à plusieurs. Le repas permet de se retrouver ; c'est l'occasion, sûrement la plus importante d'une journée, d'échanger.

Les pratiques culinaires sont socio-culturelles, les changements sociétaux ont par conséquent entraîné leur modification : diminution du temps de préparation et du temps passé à table, augmentation de la consommation de produits transformés, surgelés et de fast-food. Cependant, pour la génération présente actuellement dans les EHPAD, cuisiner était une habitude et source d'un grand plaisir ce qui en fait un médiation de choix auprès de cette population.

3. Le sucre et la pâtisserie

Il existe quatre saveurs fondamentales : le sucré, le salé, l'amer et l'acide.

Le sucre a une fonction symbolique différente des autres saveurs. Il représente la douceur contrairement aux autres saveurs à connotation plus négative (souffrance, méchanceté, dureté).

L'attrance pour la saveur sucrée est un caractère inné et universel. En effet, dès la naissance, le nourrisson distingue les saveurs et montre sa préférence pour le sucré. À la naissance, la distinction des saveurs est opérante car le fœtus baigne dans un liquide amniotique qu'il avale et qui change de goût selon l'alimentation de la mère. Le sucre est notamment utilisé chez les enfants pour ses propriétés d'antidouleur.

Dans les représentations collectives, le sucre symbolise la tentation et le désir comme nous pouvons le voir dans la Bible avec Adam et Ève, attirés par la pomme sucrée ou encore dans le conte Hansel et Gretel, attirés par la maison de confiseries.

Le sucre et particulièrement les pâtisseries symbolisent la tendresse et la douceur. *Ne parle-t-on pas de papa ou de maman gâteau pour un parent attentionné et généreux envers ses enfants ?* Il présente une valeur affective forte.

³ <http://www.tns-sofres.com/sites/default/files/2010.06.14-gifam.pdf>

Le plaisir associé au sucre est lié à l'enfance. L'attrance pour les aliments sucrés, comme les gâteaux ou encore les bonbons, est caractéristique de cette période. En effet, le sucré règne en maître dans l'enfance, il est signe de satisfaction, de plaisir et de récompense. *Ne menace-t-on pas l'enfant qui n'a pas été sage de le priver de dessert ?* Ainsi, pour A. DUMAS (cité par BILLAUX M.-S., 2010, p.11), le terme « gâteau » serait lié à celui de « gâter ».

Le sucre est lié à tout événement festif. Comme le dit A. WILKES (cité par SIROTA R., 2004, p.57), « *Une fête sans gâteau ne serait pas tout à fait une fête.* ». Le gâteau a une fonction symbolique puissante. Généralement, à tout événement important est associé un gâteau. Ce gâteau devient le symbole même de l'événement : un gâteau surmonté de bougies pour un anniversaire, une bûche pour Noël, une pièce montée pour un baptême ou un mariage, la galette des rois pour l'Épiphanie, les crêpes pour la chandeleur, etc. Un des gâteaux le plus symbolique est le gâteau d'anniversaire. Il symbolise une année passée, il célèbre ainsi l'inscription du sujet dans le temps et la société et participe donc à l'élaboration de son identité sociale.

Par cette richesse, la cuisine représente une médiation attrayante dans le domaine du soin et est utilisée par de nombreux professionnels. Nous pouvons donc nous demander :

Quelle est la spécificité du psychomotricien dans l'utilisation de cette médiation ?

V- Médiation et psychomotricité

1. Qu'est-ce qu'est la psychomotricité ?

La psychomotricité est née de différents courants (neurologie, pédiatrie, psychiatrie, psychanalyse, phénoménologie, neuropsychologie, psychosomatique, etc.), elle est ainsi considérée comme une discipline carrefour. Cette discipline a donné naissance à la profession de psychomotricien, dont le diplôme d'état date de 1974. C'est une profession paramédicale qui agit donc sur prescription médicale et qui répond à un décret d'acte datant de 1988. Selon ce décret d'acte, les psychomotriciens sont habilités à effectuer les actes suivants :

- Bilan psychomoteur.
- Éducation précoce et stimulation psychomotrices.
- Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants: retards du développement psychomoteur, troubles de la maturation et de la régulation tonique, troubles du schéma corporel, troubles de la latéralité, troubles de l'organisation spatio-temporelle, dysharmonies psychomotrices, troubles tonico-émotionnels, maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies, débilité motrice, inhibition psychomotrice, instabilité psychomotrice et les troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

La psychomotricité est une approche globale du sujet humain, que ce soit du bébé à la personne âgée. C'est une discipline qui s'intéresse au corps sous l'angle de sa relation avec le psychisme. En effet, le fondement de cette discipline repose sur l'idée de l'indissociabilité entre corps et esprit contrairement à ce qu'avancait R. DESCARTES au 17^{ème} siècle.

La psychomotricité s'intéresse à la vie psychique du sujet par le biais du corps en favorisant la mise en mouvement, en expression et en relation de ce dernier. Le psychomotricien s'intéresse à la manière dont le sujet fait mouvoir son corps, le vit, le perçoit, le représente, pour investir son environnement, exprimer ses états internes et entrer en relation. C'est pour cela que nous définissons la psychomotricité comme une pratique à médiation corporelle.

La psychomotricité a plusieurs champs d'action : prévention, éducation, rééducation et thérapie. Elle s'adresse à des personnes qui ont, une ou plusieurs, des fonctions motrices, sensorielles, mentales, affectives, comportementales perturbées. Il existe une interrelation entre ces différentes fonctions : la perturbation de l'une peut entraîner la perturbation d'autres. Par son action, le psychomotricien a pour objectif de rétablir l'équilibre psychocorporel de la personne.

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle. Ainsi, par l'intermédiaire du corps, elle agit sur ces fonctions perturbées afin d'améliorer l'adaptation psychologique, perceptive et motrice de l'individu à son environnement.

Selon F. JOLY, la prise en soin en psychomotricité a pour but « [...] *de favoriser l'exercice et l'expérience ludique et relationnelle du corps expressif, pratique et instrumental* » (2012, p.17). La psychomotricité, même si elle agit par et sur le corps, n'a pas une visée exclusivement motrice et fonctionnelle. Son objectif est que le patient puisse prendre conscience de son corps comme un objet total et support de relation à soi, à autrui et à l'environnement.

2. L'utilisation de la médiation en psychomotricité

La pratique psychomotrice est propre à chaque psychomotricien. En effet, il n'existe pas de protocole de soin préétabli. Chaque professionnel adapte donc sa pratique selon sa sensibilité, la population et les problématiques auxquelles il est confronté. Malgré cette variabilité dans la prise en soin, il existe des notions fondamentales et invariantes dans la pratique psychomotrice dont la médiation fait partie.

La médiation fait partie de la « boîte à outils » du psychomotricien auxquels il est sensibilisé durant ses trois années de formation. Elle est couramment utilisée, quel que soit le lieu d'exercice du professionnel et son champ d'action.

L'utilisation de la médiation dans le soin psychomoteur permet de mettre en jeu le corps dans ses aspects sensoriel, gestuel, expressif, sensori-moteur et perceptivo-moteur. Cette mise en jeu, qui s'inscrit dans la relation identificatoire à l'autre, c'est-à-dire le psychomotricien, a pour objectif :

- le soutien développemental (notamment chez de jeunes enfants),
- la diminution voir la disparition du symptôme,
- le soutien de l'expressivité mais également l'étayage et le remaniement psychique, identitaire et narcissique.

Le choix de la médiation utilisée revient au psychomotricien selon les objectifs de sa prise en soin et les désirs du patient. Le choix d'une médiation particulière et la façon dont le psychomotricien va mener sa prise en soin orientent l'axe de travail.

L'utilisation d'une médiation dans un processus thérapeutique n'a pas pour objectif une performance ; le but n'est pas que le sujet acquiert un savoir-faire et une maîtrise des techniques dans ce domaine. Ce qui intéresse le psychomotricien c'est ce que les expériences psychocorporelles, vécues par le biais de la médiation, produisent comme effets sur le sujet, ses problématiques et ses fonctions psychomotrices.

L'utilisation d'une médiation permet une prise en soin dans un contexte de plaisir qui s'éloigne des pratiques de soin habituelles. C'est une façon agréable et ludique d'aborder et de travailler sur les problématiques ; le sujet va se soigner (il a une part active dans sa prise en soin, il est acteur et non plus spectateur) dans le plaisir sans forcément se rendre compte qu'il « travaille » sur ses troubles. Cependant, sous cette apparence ludique et plaisante, il y a de véritables objectifs thérapeutiques et une véritable réflexion de la part du psychomotricien. En effet, comme le dit C. POTEL (2015, p.20), « *Le psychomotricien parce qu'il investit et connaît « de l'intérieur » ce qui se travaille dans l'expérience proposée, peut donner du sens à ce qui se partage et la réflexion qui accompagne tout engagement thérapeutique. Il est ce qui garantit la qualité d'un travail corporel au service de la construction psychique. Sans cela, c'est prendre le risque de rester dans un occupationnel [...]* ». Les psychomotriciens sont des professionnels de santé à part entière.

Par l'utilisation de la médiation, le psychomotricien sollicite le corps du sujet afin qu'il s'exprime : avec des mots (communication verbale) mais également avec la mimique, la posture, la gestuelle, le dialogue tonico-émotionnel qui sont le reflet externe de l'état interne (communication non verbale).

La médiation permet également de mettre en exergue des choses qui pourraient rester inconnues dans d'autres situations, que ce soit des compétences ou des troubles. Ainsi, elle est l'occasion de faire des observations cliniques rentrant en compte dans une évaluation psychomotrice du sujet. Elle permet ainsi d'évaluer le sujet en dehors de toutes les contraintes et la pression engendrées par la situation de bilan.

3. La spécificité du psychomotricien dans l'utilisation d'une médiation

Dans sa pratique, le psychomotricien peut être amené à utiliser des médiations qui font partie de ses outils de travail. Cependant, son principal outil reste son corps ou plus précisément sa corporéité et c'est ce qui fait sa spécificité. F. GIROMINI définit la corporéité comme « *le nom générique que l'on donne à l'ensemble des corps: réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel* » (2012, p.257).

La psychomotricité se définit comme une discipline qui passe par le corps. Comme le dit O. CLAIR (1983, p.49), « *L'originalité de la psychomotricité [...] c'est de s'adresser à la personne dans sa globalité, avec une mise en jeu du corps dans ses dimensions multiples du corps vécu, ressenti, perçu, et agissant* ». Ainsi, le corps, que ce soit celui du psychomotricien ou du patient, tient une place centrale en psychomotricité.

Cependant, du fait de son approche globale du sujet, nous ne devons pas réduire la pratique du psychomotricien à une clinique du corps. En effet, la psychomotricité est plus large et complexe ; nous pourrions la définir comme une clinique du sujet dans sa globalité.

Le psychomotricien possède des qualités et des compétences qui font sa spécificité et qui font ainsi de lui un professionnel de santé à part entière. Au cours de sa formation, il va acquérir un savoir, un savoir-faire et un savoir-être, qui sont fondamentaux dans sa future pratique professionnelle. Ces acquisitions ont lieu durant sa formation avec les cours et les stages, mais également tout au long de sa vie professionnelle car la psychomotricité est une formation continue.

- **Le savoir** (les connaissances) :

Par les cours théoriques, le psychomotricien acquiert des connaissances dans les différentes disciplines qui nourrissent la psychomotricité. Il possède notamment des connaissances approfondies sur le développement psychomoteur du sujet et sur les différentes pathologies auxquelles il peut être confronté dans sa pratique.

- **Le savoir-faire** (la pratique, être en capacité de):

Par les cours théorico-cliniques et pratiques, il est sensibilisé à diverses techniques, bilans et médiations (eutonnie, rythme, relaxation, expression corporelle, théâtre, mime, massage, etc).

Comme le dit F. DESOBEAU (2010, p.60) « *Ainsi le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir-faire. Cela ne va pas suffire. Encore doit-il posséder un savoir-être, et qui plus est, un savoir exister dans son corps.* ».

- **Le savoir-être** (ce qui nous qualifie, notre attitude en tant que professionnel):

Durant les cours théorico-cliniques et pratiques, le psychomotricien expérimente les différentes techniques et médiations sur lui-même ce qui va lui permettre de sentir, ressentir, percevoir et se représenter. Ainsi, il approfondit la conscience et la connaissance qu'il a de lui-même et d'autrui.

Cette connaissance est nécessaire car « [...] *la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est comme il est.* » (Idlib, p.60). La spécificité du psychomotricien réside dans une implication active et psychocorporelle c'est-à-dire de tout son être dans la relation. F. GIROMINI parle de « *la corporéité du psychomotricien, en tant qu'instrument de la relation à l'autre* » (2012, p.256). En effet, cette implication est nécessaire car la psychomotricité se base sur le corps en relation, c'est la rencontre entre deux sujets (le psychomotricien et le patient) par le biais du corps.

Le psychomotricien doit faire preuve :

- d'**empathie**,

Avoir une attitude empathique c'est reconnaître les états affectifs du patient (douleur, tristesse, etc.) ; ceci est primordial dans la prise en soin psychomotrice. L'empathie assure une bonne écoute, compréhension et guidance et permet de comprendre la détresse sans la partager.

Contrairement à la sympathie où il y a un partage de la détresse, et donc où nous sommes affectés.

Du fait de l'implication conséquente du psychomotricien dans la relation, cette empathie lui permet de mettre une certaine distance entre lui et le patient afin d'éviter toute contagion émotionnelle, néfaste pour le soin.

- d'**écoute** et de **disponibilité**

Le psychomotricien est attentif à tout ce que le sujet peut exprimer, extérioriser notamment par le biais de la médiation.

Cette écoute est verbale et corporelle. En effet, le psychomotricien est sensibilisé à la communication non verbale. Cette dernière fait partie intégrante de sa clinique et de sa pratique. L'écoute de ce type de communication est primordiale dans la pratique psychomotrice car elle reflète le registre affectif et sensori-moteur. Cette écoute se fait notamment par le biais du dialogue tonico-émotionnel.

Selon H. WALLON, le nouveau-né est immature et en dépendance totale d'autrui. Pour communiquer, il utilise le seul moyen de communication dont il dispose, à savoir le tonus. J. DE AJURIAGUERRA, à la suite des travaux de H. WALLON évoque ce dialogue tonico-émotionnel. En effet, c'est un véritable dialogue qui se met en place car la Mère utilise également son tonus pour communiquer avec son enfant.

Les bébés, comme les personnes âgées dépendantes, sont particulièrement sensibles au dialogue tonico-émotionnel, à la fois premier et dernier mode de communication.

Le psychomotricien se spécifie par l'utilisation de ce dialogue tonico-émotionnel dans sa pratique, quelle que soit la population à laquelle il est confronté. Il doit être disponible pour ressentir ce qu'exprime le sujet mais également pour lui transmettre, à travers cette voie, un message en retour.

Le psychomotricien est attentif à ce qu'il perçoit du patient mais il doit être également à l'écoute de lui-même. En effet, du fait de son implication active dans la relation, le psychomotricien perçoit et ressent des choses auxquelles il doit porter attention. L'écoute et l'analyse de ce que le patient provoque en lui, c'est-à-dire de son vécu corporel et sensible, sont des outils fondamentaux pour le bon déroulé du soin en psychomotricité.

- d'une **observation** et d'une **analyse clinique affinées**,

Le corps est un miroir. Par son biais, nous observons les états internes mais aussi les manifestations de troubles psychomoteurs. Le psychomotricien doit donc faire preuve d'une observation fine car des détails même minimes peuvent être sources d'éléments cliniques riches.

De plus, le psychomotricien est souvent confronté à des patients avec des difficultés de symbolisation et de mise en mots. Ainsi, l'observation fine de ce que le patient peut exprimer par son langage corporel, permet au psychomotricien d'appréhender ce que ce dernier vit, ses besoins et ses désirs.

Selon A. BRUN (2014, p.51), les pratiques de soins utilisant des médiations ont pour spécificité d'articuler autour de la médiation, des registres : transférentiel, sensori-moteur, verbal et corporel. Par sa formation, le psychomotricien est à même de repérer et analyser ces différentes composantes, afin d'offrir à la médiation sa fonction thérapeutique.

- d'**adaptation** et d'**ajustement**

Comme vu précédemment, il n'existe pas de protocole prédéfini pour la prise en soin psychomotrice. Ainsi, le psychomotricien doit être polyvalent et faire preuve d'adaptation et d'ajustement. Il fait notamment preuve d'ajustement corporel, en adaptant par exemple sa distance, sa posture, son regard, son timbre de voix, etc. en fonction de sa perception de la situation et de sa relation avec le patient.

- de **qualité relationnelle** :

Pour qu'un travail thérapeutique puisse se mettre en place, installer une relation de confiance entre le psychomotricien et le patient est nécessaire. Peu à peu va pouvoir s'élaborer, se créer, se dessiner une alliance thérapeutique, signe d'un engagement mutuel entre ces deux protagonistes dans le soin. Cet engagement est, selon C. RODGERS, essentiel à la thérapie. En effet, le soin en psychomotricité se caractérise par une co-construction entre le patient et le psychomotricien ; ce dernier n'est pas tout puissant. Sans cette alliance thérapeutique et l'adhésion du patient, la prise en soin n'est pas possible.

Le psychomotricien a également un rôle majeur de **contenance**.

L'effet thérapeutique de la médiation ne peut s'opérer que si le patient se sent soutenu et contenu. La médiation, le groupe et le cadre ont une fonction contenante. Cependant, ils ne sont contenantants que parce qu'ils sont eux même soutenus et contenus par le psychomotricien. Cette fonction de contenance du psychomotricien fait référence aux théories de deux auteurs:

- la **fonction alpha** de W. BION

Selon W. BION, le nouveau-né est immature, il n'est pas encore en capacité de mettre du sens sur ses émotions et ses sensations. Ainsi, tout ce qu'il vit est inconnu et donc source d'angoisses archaïques (morcellement, vidage).

Pour faire face à ces angoisses, il projette hors de lui des éléments bêta qui représentent son vécu brut angoissant. La Mère met à disposition son appareil psychique qui va détoxifier ces éléments bêta et les transformer en éléments alpha. Ces derniers sont des matériaux de pensée, une première forme de représentation, que le nouveau-né va pouvoir réintrojecter et qui vont participer au développement de son appareil à penser c'est-à-dire de son fonctionnement psychique.

Il en est de même chez la personne âgée atteinte de la DTA qui ne peut plus établir cette mise en sens sur ce qui lui arrive et sur son environnement, ce qui est source d'angoisse et de troubles du comportement. Le psychomotricien va établir cette fonction contenante en proposant son appareil psychique comme support à la personne âgée. Cette dernière va donc projeter sur le psychomotricien, afin qu'il l'accompagne dans cette mise en sens et cette réassurance. Ainsi, de manière analogue à la Mère, le psychomotricien se doit d'« *Être contenant jusqu'à permettre au sujet de se sentir capable de contenir, d'investir une existence interne qui lui faisait défaut, qu'il puisse repartir avec des choses qu'il reprenne à son propre compte* » (BALLOUARD C., 2003, p.8).

- le Holding et le Handling de D.W. WINNICOTT

Le nouveau-né vit son corps comme morcelé. Pour faire face à cela, la Mère possède des capacités de Holding et de Handling.

Le Holding correspond à la manière dont le bébé est porté sur le plan psychique et corporel par sa Mère notamment par le biais du portage, du regard et du langage.

Le Handling représente, quant à lui, la répétition des soins du corps apportés au bébé par sa Mère (bain, habillage etc.).

Ces deux notions possèdent une dimension contenante qui apporte au bébé un sentiment de sécurité et de confiance. Ainsi comme le dit D. ANZIEU, la Mère « *maintient [...] le corps du bébé dans un état d'unité et de solidité* » (1995, p.121-122). Elle protège donc le bébé contre les expériences angoissantes de morcellement et soutient son Moi encore immature.

Elles permettent par la suite au bébé de se développer psychiquement. En effet, elles lui permettent de prendre conscience d'un sentiment d'enveloppe sur le plan physique (conscience d'une unité corporelle et d'une limite entre dedans et dehors) et psychique (sentiment de continuité d'existence, d'un Moi unifié et de sécurité interne).

De manière analogue, le psychomotricien assure la sécurité physique et psychique du patient. Il a pour rôle de lui offrir un portage corporel, psychique, affectif et cognitif.

En plus d'une fonction de contenance, le psychomotricien possède d'autres rôles que nous pouvons rapprocher des fonctions du Moi-Peau de D. ANZIEU.

Il assure au même titre une « **fonction de maintenance** » car il offre une présence et un appui stables, fiables, réguliers et permanents sur lequel le patient peut s'appuyer.

Il possède également une « **fonction de pare-excitation** ». Par le maintien du cadre et des règles ainsi que la mise en place d'une relation de confiance, le psychomotricien va protéger le sujet des excitations en jouant un rôle de filtre. Ces excitations proviennent du monde externe mais également du monde interne (c'est-à-dire du sujet) qui, du fait de leur intensité, sont désorganisatrices pour ce dernier si elles ne sont pas filtrées.

La personne âgée atteinte de démence, du fait de son trouble de la symbolisation, a perdu cette fonction de filtre et toutes ces excitations internes et externes, non mises en sens, vont la désorganiser et être à l'origine de troubles du comportement. Il est du rôle du psychomotricien de pallier à cette défaillance en jouant ce rôle de filtre de pare-excitation.

Tous ces éléments font du psychomotricien un professionnel de santé à part entière. Dans l'utilisation d'une médiation, le psychomotricien doit tenir garde à ses spécificités qui fondent son identité professionnelle afin de rester dans une prise en soin qui soit psychomotrice. La médiation cuisine, bien que commune à de nombreuses professions, est largement utilisée par les psychomotriciens en EHPAD. Nous pouvons donc nous demander :

Quels avantages présente la médiation cuisine dans la prise en soin psychomotrice des personnes âgées atteintes de démence ?

PARTIE 3 : UTILISATION D'UN ATELIER PÂTISSERIE DANS LA PRISE EN SOIN PSYCHOMOTRICE DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE DÉMENCE

I- L'établissement

1. Présentation de l'EHPAD

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont des structures nécessaires à une prise en soin adaptée des personnes âgées atteintes de démence. L'EHPAD au sein duquel j'effectue mon stage dispose de 87 chambres.

Maintenir les capacités physiques et psychiques des résidents, afin de favoriser leur autonomie, le maintien et/ou développement des liens sociaux, est une préoccupation constante des intervenants. L'EHPAD étant un lieu de vie, l'équipe s'attache à respecter les habitudes, rythmes, valeurs et souhaits des résidents afin de leur offrir une qualité de vie nécessaire à la promotion de leur bien-être. Son objectif est de garantir qualité des soins et qualité de vie. Pour cela, le principal projet est d'apporter une prise en soin de qualité, la plus adaptée et individualisée possible, notamment par la mise en œuvre d'un Projet d'Accompagnement Personnalisé et d'un Projet de Soins.

2. Population accueillie

L'EHPAD accueille des personnes âgées, quel que soit le niveau de perte d'autonomie et l'avancée de la pathologie. Pour autant, une adéquation entre l'état de santé et les ressources dont la résidence dispose est indispensable pour assurer un accompagnement de qualité.

Le principal motif d'entrée est la perte d'autonomie.

La majorité des résidents présente une démence. En 2014, les personnes âgées atteintes de démence représentaient 77,6% des résidents de cet EHPAD.

3. Présentation du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et de l'Unité de Vie Adaptée (UVA)

L'EHPAD présente des unités de vie spécifiques : un PASA et une UVA. La population accueillie présente des troubles psycho-comportementaux et nécessite donc une prise en soin plus approfondie.

L'admission se fait suite à une évaluation des troubles psycho-comportementaux à l'aide de l'Inventaire Neuropsychiatrique version Équipe Soignante (NPI-ES) qui évalue 10 domaines comportementaux (idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur/euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur et comportement moteur aberrant) et deux variables neurovégétatives (sommeil et appétit) en fonction de leur fréquence, leur gravité et leur retentissement au quotidien. Dans cet EHPAD, le NPI-ES est effectué par la psychomotricienne ou la psychologue.

3.1. Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

Le PASA accueille, du lundi au vendredi, 14 résidents de l'EHPAD (issus d'une file active de 25 résidents) atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et présentant des troubles psycho-comportementaux modérés. Au niveau de sa structure, nous retrouvons une cuisine thérapeutique, une salle de restauration, un espace d'activités, un espace de repos et un espace bien-être. Les professionnels (assistants de soins en gérontologie, psychomotricienne et psychologue) y proposent des activités thérapeutiques adaptées ayant pour objectif principal la diminution des troubles du comportement.

3.2. L'unité de vie adaptée

L'UVA accueille 14 résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et présentant quant à eux des troubles psycho-comportementaux sévères qui nécessitent un accompagnement spécifique et adapté. C'est une unité fermée et protégée par des codes, indépendante du reste de la structure. L'UVA comprend 14 chambres individuelles, une salle de cinéma et une cuisine thérapeutique ouverte sur une salle destinée à la restauration et aux activités. L'objectif est la gestion des troubles, la stimulation des capacités restantes et le maintien du lien social par diverses sollicitations groupales ou individuelles.

4. L'équipe de l'EHPAD

De nombreux professionnels assurent la qualité de vie au sein de l'EHPAD : le directeur, le pôle administratif, les agents de cuisine, les agents de maintenance, les agents des services hospitaliers, l'animatrice ainsi qu'une équipe de soin pluridisciplinaire.

Cette dernière comporte : un médecin coordonnateur, une infirmière coordinatrice, des infirmières, aides-soignantes, aides médico-psychologique, assistantes de soin en gérontologie, une kinésithérapeute, une psychomotricienne, une ergothérapeute et une psychologue. L'EHPAD fait également appel à des intervenants libéraux : médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, cardiologue, dermatologue et pédicure/podologue. Cette équipe pluridisciplinaire permet une prise en soin adaptée.

II- La place de la psychomotricité au sein de cet établissement

1. Le rôle de la psychomotricienne au sein de l'EHPAD

La psychomotricienne de l'établissement est à temps plein. Elle réalise des actes tels que le bilan psychomoteur, la stimulation psychomotrice, la rééducation des troubles psychomoteurs et elle contribue, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des troubles.

Elle réalise, auprès des personnes atteintes de démence, des soins visant un mieux-être psychocorporel. Son rôle est de maintenir et développer les capacités physiques, cognitives et sociales par le biais de médiations corporelles. Le but étant de favoriser les fonctions psychomotrices (motricité, mémoire, cognitions, affects...) de la personne âgée dans leurs dimensions relationnelles. Dans le cadre de la démence, la prise en soin psychomotrice ne vise pas les progrès mais la récupération ou le maintien des capacités du résident, afin de maintenir au mieux son autonomie et, ainsi, améliorer sa qualité de vie.

Un suivi en psychomotricité est indiqué pour :

- Les troubles du schéma corporel et de l'image du corps,
- Les troubles du comportement (agitation, agressivité, impulsivité, inhibition, etc.),
- Les troubles de l'orientation spatio-temporelle,
- Les troubles de l'équilibre et de la marche, les chutes et les syndromes post-chutes,
- Les troubles sensoriels (y compris surdité et malvoyance),
- Les troubles de la régulation du tonus musculaire et de la coordination des mouvements,
- Les troubles mnésiques et praxiques,
- Les angoisses somatis es, les souffrances psychiques en lien avec une souffrance somatique, les douleurs,
- L'accompagnement en fin de vie.

Au sein de l'EHPAD, la psychomotricienne a mis en place de nombreuses prises en soin : ateliers de prévention des chutes, canith rapie, balnéothérapie, atelier pâtisserie, atelier jardin, atelier scrabble ou encore relaxation.

2. Ma place en tant que stagiaire en psychomotricité

Je suis en stage dans cet EHPAD tous les vendredis depuis le mois d'Octobre 2016. Dans un premier temps, jusqu'au mois de Janvier, mon stage était basé sur l'observation. Le matin, au PASA, j'assistais à l'atelier mené par la psychomotricienne et j'allais l'après-midi à l'UVA, afin de me familiariser avec les résidents. Dans un second temps, j'ai pu mettre en place ma propre prise en soin l'après-midi à l'UVA. La psychomotricienne y assiste une fois par mois afin de me superviser.

III- L'atelier pâtisserie

1. Présentation de l'atelier

Lors de mes premières semaines de stage, j'ai pu assister à un atelier pâtisserie mené par la psychomotricienne au PASA. Intéressée par la médiation cuisine, j'ai proposé à ma maître de stage et à l'équipe de mettre en place un atelier pâtisserie à l'UVA les vendredis après-midis. La psychomotricienne ne travaillant pas le vendredi après-midi, j'anime seule cet atelier. Lorsqu'elle est absente, j'anime également l'atelier pâtisserie au PASA le matin, afin que les participants puissent bénéficier d'une prise en soin la plus régulière possible.

Ces ateliers cuisine sont des ateliers pâtisserie, la préparation de plats salés étant plus compliquée, longue, coûteuse et nécessitant davantage de matériel. De plus, la pâtisserie a un côté ludique et affectif, elle plait au plus grand nombre et est plus facile de réalisation.

Cet atelier représente une activité de soin à part entière. En effet, il répond à un projet de soin auquel j'ai réfléchi afin qu'il corresponde aux besoins des résidents.

1.1. Projet de prise en soin

Le projet de prise en soin permet de justifier et d'expliquer à l'équipe nos actes et notre légitimité. De plus, la médiation cuisine étant utilisée par de nombreux professionnels, il permet de justifier notre spécificité dans son utilisation.

➤ Présentation

L'atelier pâtisserie est un atelier de cuisine thérapeutique consistant en la réalisation d'une recette relativement rapide, simple et adaptée aux capacités des résidents.

➤ Médiation utilisée et sa justification

La cuisine est un élément primordial de notre culture et de notre vie quotidienne. Actuellement, les personnes âgées présentes en EHPAD font partie d'une génération qui cuisinait beaucoup et par plaisir.

De plus, la personne âgée est attirée par le sucré, faisant de la pâtisserie un médiateur propice pour la prise en soin psychomotrice.

Par le biais de cet atelier, elle va pouvoir redécouvrir des recettes et des gestes qu'elle avait l'habitude d'effectuer à domicile. Ainsi, cet atelier permet aux résidents de renouer avec les occupations et les saveurs d'autrefois. De plus, l'utilisation de la cuisine comme médiateur présente l'avantage de permettre un travail sur de nombreuses modalités en psychomotricité.

➤ Cadre

L'atelier est hebdomadaire. Cette rythmicité donne à la prise en soin sa potentialité thérapeutique et permet qu'un lien groupal se tisse. L'atelier se déroule dans la cuisine thérapeutique du PASA le matin et dans celle de l'UVA l'après-midi. La séance dure environ une heure quinze (10h30-11h45 le matin, 14h15-15h30 l'après-midi). Le programme des recettes, établi un mois à l'avance, est remis au cuisinier de l'établissement afin qu'il puisse commander les ingrédients nécessaires.

➤ Prise en charge individuelle ou groupale

Cette prise en soin est groupale. Le groupe est fermé afin d'offrir une stabilité et des repères aux participants, mais également pour favoriser les échanges et la création de liens entre eux. Le groupe du PASA est composé de quatre résidentes présentant des troubles cognitifs modérés et sévères ; celui de l'UVA de deux résidents et une résidente avec des troubles cognitifs sévères. Cet effectif restreint, rare en institution, crée une atmosphère intimiste et contenante. De plus, cela permet à chacun des participants de participer pleinement à la réalisation de la recette.

➤ Choix des participants

Indications : cet atelier thérapeutique peut s'inscrire dans le projet de soin d'un résident :

- présentant un état démentiel avec des troubles psychomoteurs, une apraxie, une agnosie, des troubles du comportement alimentaire et psycho-comportementaux,
- pour qui cuisiner est un plaisir,
- qui, malgré des troubles cognitifs importants, s'il est guidé (verbalement, gestuellement, physiquement ou/et par imitation), pourra participer à la réalisation.

Contre-indications : cet atelier est proscrit pour un résident :

- n'aimant pas cuisiner,
- présentant une mobilité limitée au niveau des membres supérieurs au point d'entraver sa participation à la réalisation de la recette,
- présentant des troubles psycho-comportementaux trop importants mettant à mal le bon déroulé de l'atelier (agressivité physique, crachats, etc.),
- présentant un risque de contamination.

➤ Matériel (liste non-exhaustive)

- des appareils électroménagers : frigidaire, lave-vaisselle, four, micro-ondes, etc.,
- des ustensiles de cuisine : balance et/ou verre gradué, planche à découper, moules, rouleau à pâtisserie, récipients, couteaux, économes, fouets, maryses, louches, etc.,
- des produits et matériel de nettoyage : poubelle, chiffonnettes et produits d'entretien,
- des produits de protection et hygiénique : gel hydro-alcoolique, charlottes, gants et tabliers plastiques à usage unique.

L'utilisation des ustensiles est réservée à l'atelier. Pour l'utilisation d'ustensiles potentiellement dangereux, notamment les couteaux, il est nécessaire d'évaluer au préalable le ratio bénéfique/risque.

➤ Objectifs

Les objectifs représentent ce sur quoi, en tant que psychomotricien, nous voulons travailler par le biais de cette médiation. Pour un même atelier, ils peuvent être différents. Cette médiation a l'avantage de mettre en jeu de nombreuses fonctions qui nous intéressent dans la prise en soin psychomotrice de cette population. De plus, les objectifs sont différents selon les résidents participant à l'atelier. En effet, les objectifs thérapeutiques sont personnalisés selon le projet de soin de chacun des résidents.

L'objectif principal est la diminution des symptômes psycho-comportementaux

Les objectifs secondaires sont:

- rééduquer, optimiser ou maintenir certains acquis (physique, cognitif) et l'autonomie,
- stimuler et maintenir les fonctions cognitives,
- renforcer le schéma corporel et revaloriser l'image du corps,
- favoriser les échanges avec autrui et donc la communication et la socialisation,
- offrir des repères spatio-temporels afin de lutter contre la désorientation,
- permettre une stimulation sensorielle,
- stimuler l'appétit,
- offrir un moment de plaisir aux résidents et favoriser leur bien-être.

➤ Evaluation de l'évolution

Après l'atelier, un temps est accordé aux transmissions (groupales et individuelles) sur le logiciel de l'établissement. Le but étant de communiquer à l'équipe mais également de garder une trace des séances. Ceci rentre dans le cadre d'une évaluation qualitative.

Concernant l'évaluation quantitative, nous pouvons nous servir du NPI-ES pour estimer si les troubles psycho-comportementaux, habituellement présents chez un résident, diminuent durant l'atelier. L'EGP, permettant une cotation, peut également être utilisé.

➤ Obstacles à la réalisation de l'atelier

L'atelier pâtisserie ne pourra pas avoir lieu dans certaines circonstances :

- si la psychomotricienne et moi-même sommes absentes,
- si des animations sont prévues pour l'ensemble des résidents de l'EHPAD,
- en cas de difficulté d'insertion dans l'organisation (par exemple s'il n'y a pas assez d'ASG pour s'occuper des autres résidents de l'UVA qui viennent entraver le bon déroulé de l'atelier),
- en cas de pathologies à haut risque de transmission (grippe, gastro-entérite, etc.).

1.2.Déroulement d'une séance type

Je vais développer ici le déroulement d'une séance type d'un atelier pâtisserie.

- **Mise en place du cadre**

Un temps important est accordé à la préparation pour le bon déroulé de l'atelier.

A l'UVA, je déplace des tables au sein de la cuisine thérapeutique, afin de créer un cadre plus contenant. Ceci permet aussi aux ASG de proposer une activité aux autres résidents. L'UVA ne disposant pas de four, je déplace donc celui du PASA dans une unité de soins protégée par un code afin d'éviter tout risque de brûlures aux résidents qui déambulent.

Ensuite, je procède au nettoyage des tables sur lesquelles vont avoir lieu l'atelier. Les ustensiles nécessaires à la préparation sont présentés sur la table. Il est important de mettre à disposition uniquement ceux nécessaires à la préparation, afin de ne pas mettre les participants en difficultés (trop d'informations, de possibilités et de choix).

Les différents ingrédients sont à aller chercher dans la cuisine de l'établissement.

- **Accueil et installation des résidents**

Pour l'atelier au PASA, nous allons chercher les résidentes. À l'UVA, la plupart des résidents sont déjà dans le lieu de vie. Nous les accompagnons donc jusqu'au lieu de l'atelier et nous aidons les moins autonomes à s'installer.

Le cadre qui nous réunit, c'est-à-dire l'atelier pâtisserie, est énoncé ou reprecisé. Ensuite se succèdent plusieurs temps : présentation des différents participants, date et humeur du jour. Ensuite, un temps est accordé au lavage des mains, à la mise en place des charlottes et des tabliers. Ces petits temps représentent un rituel de début.

- **Préparation du gâteau**

La recette du jour est lue à voix haute par un résident ou la psychomotricienne. Du fait de leurs troubles visuels, la recette est imprimée en gros caractères afin de leur faciliter la lecture. En même temps, nous vérifions avec les autres participants que nous avons tous les ingrédients. Ensuite, tous vont être sollicités pour participer à la préparation de la recette. Les différentes tâches sont réparties selon leurs envies, leurs capacités (afin de ne pas les mettre en difficulté) et leur état de fatigue, en dehors de toute contrainte. Les résidents calculent les quantités d'ingrédients nécessaires et procèdent ensuite à la réalisation de la recette.

- **Cuisson du gâteau et rangement**

Le temps de cuisson permet de proposer un temps de retour durant lequel les participants peuvent exprimer et partager leur vécu. C'est également le moment où nous leur proposons de choisir les prochaines recettes. Ensuite, un temps est accordé au nettoyage et au rangement du matériel et de la table, auxquels les résidents participent selon leurs capacités. Pour finir la séance, les participants retirent charlottes et tabliers, temps constituant un rituel de fin.

- **Dégustation du gâteau**

Le gâteau sera dégusté pour le goûter par l'ensemble des résidents et des soignants présents dans la salle commune (du PASA et de l'UVA) dans une ambiance conviviale et familiale. Ici encore, les échanges sur le vécu et les sensations des résidents sont sollicités. Avant la dégustation, il est important de prélever un échantillon témoin du gâteau comme nous le verrons par la suite.

- **Après l'atelier**

L'échantillon témoin et le reste des ingrédients sont ramenés dans la cuisine de l'établissement. Un temps est ensuite consacré aux transmissions dans le système informatique de l'établissement sur ce qu'il s'est déroulé durant l'atelier.

2. Intérêts de cette médiation dans la prise en soin psychomotrice

Nous observons un clivage dans les pratiques psychomotrices avec des approches du symptôme différentes :

- les rééducateurs (approche instrumentale).

L'objectif est la suppression du symptôme. La prise en soin se concentre sur un ensemble de fonctions instrumentales spécifiques : praxies, gnosies, mémorisation attention, etc.

- les thérapeutes (approche plus psychodynamique).

Ces derniers tiennent compte de la globalité et de la complexité du sujet et ne le réduisent pas à un symptôme à rééduquer. Comme le dit F. BOSCAINI (2010, p.79), «*Le trouble psychomoteur n'est pas uniquement causé par un désordre neurobiologique, il est toujours lié à une perturbation fonctionnelle et expressionnelle.*». Ainsi, l'objectif est de favoriser l'expressivité afin d'aller au-delà de la simple réduction du symptôme, de chercher son origine, afin d'aider le patient à s'en affranchir. Le psychomotricien s'intéresse au lien psyché/soma du sujet.

Ces démarches ne s'opposent pas, elles sont complémentaires et permettent une approche globale du sujet. En effet, même dans un acte de soin visant, par exemple, une rééducation des praxies, il est nécessaire de rester dans une démarche qui tente d'aborder et de comprendre la dynamique psychique du sujet, afin d'appréhender ce dernier dans sa globalité. En tant que psychomotricien, nous nous devons de combiner les deux approches et d'adapter notre pratique au patient et à sa problématique.

L'intérêt de la médiation cuisine est, qu'elle peut, selon les objectifs, rentrer dans le cadre de ces deux types d'approches:

- **rééducative** :

Comme nous le verrons par la suite, elle contribue à la rééducation de différentes fonctions cognitives, motrices et psychomotrices.

- **thérapeutique** :

La cuisine est un support thérapeutique riche. Elle permet, entre autres, un travail sur la revalorisation et l'estime de soi, et donc sur l'image du corps.

La médiation cuisine est également intéressante car elle peut s'inscrire dans un cadre évaluatif. Elle permet de repérer et d'évaluer les troubles et les capacités psychomotrices en dehors d'un contexte d'évaluation qui peut souvent mettre en difficulté les résidents. De plus, pour certains résidents, un bilan « standard » n'est pas réalisable. L'atelier pâtisserie permet une observation clinique riche pouvant rentrer dans le cadre d'un bilan psychomoteur.

3. Intérêt de cette médiation dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence

La cuisine est attrayante comme médiation en psychomotricité car elle sollicite de nombreuses fonctions sur lesquelles nous sommes amenés à travailler auprès de cette population. Dans l'utilisation de cette médiation, l'intérêt n'est pas la production finale mais tout ce qui est mis en jeu par son biais et qui nous parle en tant que psychomotricien, c'est-à-dire qui se réfère à notre champ de compétences.

Par souci de clarté, les prochaines parties seront traitées séparément mais il existe une interrelation entre elles.

3.1. Repères spatio-temporels

Pour rappel, la personne âgée atteinte de démence présente une désorientation spatio-temporelle. Plusieurs aspects de l'atelier pâtisserie vont lui donner des repères, afin de lutter contre cette désorientation qui peut être très angoissante.

Tout d'abord **le cadre** joue un rôle majeur. L'atelier se déroule tous les vendredis, à la même heure, dans le même lieu et avec les mêmes interlocuteurs. Ainsi, les participants vont pouvoir s'appuyer sur une organisation stable et intégrer des repères spatio-temporels rassurants. Comme énoncé par E. LE GREGAM (2011, p.55), « *La permanence du cadre [...] permet de former une sorte d'enveloppe symbolique sécurisante pour les participants.* ».

Au cours des différents ateliers, j'ai pu remarquer que les participants se dirigent spontanément vers la place qu'ils occupent habituellement. Ils sont dans une certaine ritualisation et semblent donc avoir pris des repères spatiaux.

Mme C. présente une grande désorientation spatio-temporelle. Quand je vais la chercher dans sa chambre en lui proposant de m'accompagner à l'atelier cuisine, elle me répond « Si on va faire un gâteau, on est donc vendredi aujourd'hui, je vais au PASA ». La régularité du cadre a permis à Mme C. d'intégrer des repères spatio-temporels.

La **structuration de l'atelier** participe également à fournir des repères. Les **rituels** structurent un début et une fin, un avant et un après l'atelier. Énoncer **la date** en début de séance donne des repères temporels, au même titre que l'**horloge** présente sur le mur.

De plus, le fait de suivre les **étapes énoncées par la recette**, imprimée en un exemplaire pour chacun des participants, donne des repères dans le déroulement temporel. Elles permettent au résident de se repérer dans l'avancée de la recette, d'anticiper et donc de se projeter dans le temps. La réalisation d'une recette demande une organisation spatiale et temporelle (respect de l'ordre et de la succession des étapes) rigoureuse.

Les **recettes** peuvent également être choisies afin d'apporter des repères supplémentaires. Faire une bûche au moment de Noël, des crêpes à la Chandeleur ou encore une galette des rois durant l'Épiphanie permet de donner des repères temporels, les résidents associant la pâtisserie réalisée à une période donnée. De plus, le choix des ingrédients, plus particulièrement des **fruits de saison**, y participe également.

3.2. Stimulation sensorielle

La personne âgée atteinte de démence présente des difficultés de mise en sens de ce qu'elle perçoit, via ses systèmes sensoriels, majorant l'angoisse et les SPCD (Pour rappel, Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences). Ainsi, la mise en sens du vécu corporel est primordiale et se doit d'être sollicitée.

Par le biais de l'atelier, nous stimulons les sens et encourageons les résidents à verbaliser leurs sensations, favorisant ainsi la **triade sensation/perception/représentation**. Par cette stimulation, l'attention de la personne se focalise sur ce qu'elle ressent dans son corps, permettant un **réinvestissement de ses sens**, mais également **de ce corps, senti et ressenti**.

Nos sens nous permettent d'investir et d'interagir avec notre environnement physique et social. Ainsi, l'altération sensorielle peut être à l'origine d'un repli sur soi. Selon E. LE GREGAM (*Idlib*, p.53), « *La sollicitation sensorielle [...] favorise alors le contact avec le monde extérieur et initie un processus de communication entre les participants.* ».

La stimulation sensorielle va donc avoir pour but d'encourager la personne âgée à réinvestir ses sens afin d'**interagir avec son environnement**.

L'atelier pâtisserie permet une **stimulation multi-sensorielle** riche qui va solliciter les différents sens préservés. Ces derniers sont stimulés durant l'élaboration du gâteau mais également durant sa cuisson et sa dégustation :

- **Le toucher :**

Il est sollicité par la manipulation des différentes textures et sensations qu'offrent les ingrédients et les ustensiles. Nous pouvons inciter les participants à comparer les textures. Malaxer la pâte à la main, malgré les gants fins en vinyle, offre une stimulation tactile riche.

- **L'odorat :**

Il est amplement stimulé : *les arômes des ingrédients, l'odeur de cuisson, etc.* Nous pouvons inviter les participants à sentir les différents ingrédients afin qu'ils y portent attention.

- **Le goût :**

Ce sens est sollicité durant la dégustation du gâteau mais, également, durant sa préparation. En effet, nous pouvons inviter les participants à goûter les ingrédients ou la préparation.

- **L'audition :**

Elle est également sollicitée notamment par : *le bruit des ustensiles, du four, le bruit du sucre que l'on verse dans un plat, etc.*

- **La vue :**

Elle est stimulée par les multiples couleurs et formes qu'offrent les ingrédients et ustensiles.

Par le biais de cet atelier, la personne reprend du plaisir à cuisiner et à manger. Cette sollicitation multi-sensorielle permet de **stimuler l'appétit** et de lutter contre la dénutrition.

M. R. ne mange pas durant le temps du repas, qu'il occupe à déambuler. Du fait de sa dénutrition et des dépenses énergétiques importantes engendrées par la déambulation, M. R. chute régulièrement. Dans le cadre de l'atelier, il a pu goûter aux différents ingrédients lors de la réalisation et s'est resservi plusieurs fois du gâteau.

3.3. Stimulation cognitive

En absence de sollicitation, nous observons une détérioration des fonctions cognitives, accentuée par la démence. La stimulation cognitive a pour but d'infléchir cette dégradation irréversible mais ne peut avoir d'action curative, aucune récupération n'est possible.

L'atelier pâtisserie mobilise les fonctions cognitives à plusieurs niveaux :

- les fonctions instrumentales :

Lire la recette permet le maintien des capacités de **lecture**.

Au niveau du **langage**, l'atelier pâtisserie encourage et maintient la communication.

Il permet également de préserver et/ou de réactiver l'**attention** et la **concentration**, nécessaires au déroulé des différentes étapes de la recette.

L'atelier met en jeu plusieurs types de **mémoire** :

- *La mémoire procédurale*

Malgré les troubles mnésiques, cette mémoire perdure. Ainsi, elle permet aux résidents atteints de démence d'accomplir des gestes complexes qu'ils avaient l'habitude d'effectuer.

- *La mémoire sensorielle*

La stimulation sensorielle va faire appel à cette mémoire, très liée à la mémoire émotionnelle ce qui va provoquer, comme nous le verrons, des réminiscences.

- *La mémoire à long terme*

Cette dernière va réactiver des souvenirs. Nous pouvons la stimuler en demandant aux participants leurs « astuces de cuisine » ou encore les ingrédients nécessaires pour telle recette.

- *La mémoire à court terme*

Cette mémoire peut être stimulée en questionnant les participants : où nous situons-nous dans la recette ? Quel est l'ingrédient que nous venons d'ajouter ?, etc.

- *La mémoire épisodique et la mémoire sémantique*

Elle peut être sollicitée en interrogeant le résident au sujet de l'occasion où il pouvait manger ce gâteau par exemple. Concernant la mémoire sémantique, questionner le résident sur l'origine d'un gâteau ou d'un ingrédient.

Les **gnosies** sont sollicitées notamment par le biais de la stimulation sensorielle. Ainsi, encourager les participants à reconnaître les ingrédients et les ustensiles en fonction des différentes informations sensorielles concoure à leur maintien.

L'atelier pâtisserie stimule également les **praxies** afin de favoriser leur maintien. Elles sont sollicitées notamment par l'utilisation d'ustensiles (*le résident épluche, découpe, mélange, etc.*). Solliciter ces gestes du quotidien permet de maintenir une autonomie fonctionnelle.

- les fonctions exécutives :

La réalisation des différentes étapes de la recette sollicite les capacités de **planification** et d'**organisation**.

Le calcul des proportions d'ingrédients nécessaires sollicite le **raisonnement**, le **calcul mental** et les **notions de quantités**.

Nous pouvons être étonnés par les capacités cognitives mises en exergue par le biais de cet atelier, certains résidents pouvant faire preuve de ressources inattendues.

Mme M., une dame âgée de 95 ans ayant un diagnostic de DTA et présentant de gros troubles cognitifs, a pu m'étonner par sa capacité de calcul mental.

3.4. Stimulation de la motricité, du tonus et des coordinations

Le vieillissement, la limitation des activités et les différents troubles occasionnent des difficultés au niveau du tonus, des coordinations et de la motricité manuelle, rendant les gestes quotidiens laborieux. Il est donc important de les stimuler car leur efficacité est nécessaire, afin de préserver une certaine autonomie dans les actes de la vie courante.

Tout d'abord, il est primordial que la personne soit bien installée sur son fauteuil et par rapport à la table. Un tonus adéquat est nécessaire pour adopter et maintenir une posture adaptée nécessaire à une bonne installation. Cette dernière est indispensable, afin de faciliter au résident la mise en place de praxies organisées et efficaces.

Le tonus est sollicité par la mise en mouvement nécessaire à la préparation. L'atelier pâtisserie stimule la **régulation tonique**. En effet, la personne âgée va devoir adapter son tonus en fonction de la tâche qu'elle doit effectuer : *remuer la pâte demande un tonus conséquent contrairement à ajouter un demi sachet de levure*. L'atelier pâtisserie offre des situations variées, permettant un travail sur cette régulation tonique.

Le tonus et la motricité de la partie supérieure du corps, plus particulièrement des membres supérieurs, sont mis en jeu. Certains résidents préfèrent cuisiner debout. Cela est encouragé car c'est une position dans laquelle beaucoup cuisinaient, ils sont donc plus à l'aise. Une libération de la motricité au niveau de leurs membres supérieurs est alors souvent observée. De plus, nous invitons les résidents à se déplacer (*pour attraper les ingrédients, surveiller la cuisson ou encore nettoyer*). Cette station debout et ces déplacements permettent un travail sur le tonus et la coordination des membres inférieurs mais également sur l'**équilibre**.

Les **coordinations** sont indispensables à la réalisation d'une recette. L'atelier pâtisserie sollicite notamment les coordinations bi-manuelles et oculo-manuelles.

Les coordinations bi-manuelles sont mises en jeu tout au long de l'atelier (*éplucher, couper, peser les ingrédients, etc.*). Certains résidents ont tendance à n'utiliser qu'une seule main. Il est de notre rôle de leur faire reprendre conscience de leurs deux mains et de les amener à coopérer pour rendre le geste plus facile et efficace.

La préparation d'une recette met également en jeu les coordinations oculo-manuelles (*peser les ingrédients, éplucher et couper les fruits, etc.*).

La cuisine met énormément en jeu les mains, permettant de stimuler la **motricité et l'habileté manuelles**. Manier les ustensiles encourage la dextérité et la force manuelle, le déliement digital ainsi que la préhension. Certaines préparations réclament des mouvements précis, nécessitant préhension et motricité fines.

3.5. Stimulation de la communication et des échanges interrelationnels

Dans les démences, les différents troubles entraînent une difficulté au niveau de la mise en mot des percepts et/ou affects. La personne ne peut plus échanger et partager comme auparavant et préfère limiter les interactions, occasionnant un repli sur elle-même.

Il est important de solliciter et laisser s'exprimer le vécu des participants. L'atelier pâtisserie offre un espace et un **temps de parole et d'écoute**, trop souvent négligés en institution. S'exprimer, écouter les autres et communiquer permet le développement du processus de représentation, permettant ainsi une restauration de la boucle sensori-motricité, affect, perception et représentation.

L'atelier pâtisserie, en encourageant la communication, favorise également les échanges relationnels entre les participants et donc, la **socialisation**. Selon l'OMS (2016, p.207), « *Le fait d'entretenir des relations est souvent identifié par les personnes âgées comme étant essentiel à leur bien-être* ». Ainsi, il est indispensable de stimuler et/ou maintenir une « appétence relationnelle », la cuisine est une médiation propice à cela. En effet, c'est une activité conviviale et chaleureuse source d'échanges.

Pour C. POTEL (2006, p.113), « *La rencontre avec les autres, autour d'un même objet d'investissement et de plaisir, va enrichir les expériences relationnelles* ». L'atelier pâtisserie, du fait qu'il soit groupal (« être ensemble ») et qu'il propose une création commune (« faire ensemble ») va avoir une fonction de resocialisation.

Le nombre restreint et le partage d'une expérience agréable et conviviale favorise l'interaction et la création de liens sociaux entre les participants. Durant l'atelier, nous pouvons observer des comportements de partage, de collaboration et d'entraide, signes de liens créés.

Tout au long de l'atelier, la **communication** est stimulée afin de favoriser les interactions. Pour débiter, nous demandons à chacun comment s'est passée leur semaine, initiant un processus de communication au sein du groupe. Durant l'atelier, nous invitons les participants à partager leur vécu, leurs astuces, leur recette préférée, leurs souvenirs, etc. Cet échange de souvenirs, éléments mnésiques intimes et personnels, permet de tisser un **lien de confiance** entre les participants. Les échanges vont ainsi faire éclore un **sentiment d'appartenance groupale**.

Les échanges se poursuivent durant la dégustation, lorsque les résidents donnent leur avis sur le gâteau réalisé. Le moment du goûter, au même titre que l'atelier, redevient un moment de convivialité et de partage, où se mêlent plaisir et lien social.

L'atelier est également le lieu d'**échanges culturels**.

Ma maitre de stage ramène de ses voyages à la Martinique, d'où elle est originaire, des ingrédients et des recettes typiquement Antillais. Ainsi, nous avons pu faire un tourment d'amour et un roulé à la confiture de noix de coco.

Mme M., 95 ans et porteuse d'un diagnostic de DTA, autrefois excellente cuisinière. Elle préserve de grandes connaissances en cuisine française et fait preuve d'une grande curiosité lorsque nous réalisons des recettes d'une culture qui lui est inconnue.

De plus, cet atelier, en raison de nos différences d'âge, permet également une **transmission intergénérationnelle**.

Au cours d'un atelier au PASA, nous avons pu évoquer avec les différentes participantes le fait que leur génération apprenait à l'école à cuisiner et à coudre, chose que ma génération et celle de ma maitre de stage n'ont pas connu.

Dans le cas de la démence, la conscience de soi et le sentiment d'identité peuvent faire défaut. Les échanges avec les autres participants permettent au résident de sortir de son repli pour considérer l'autre. La **conscience de soi** passe par la conscience d'autrui. En sollicitant l'interaction avec les autres participants, en permettant des processus d'identification et de différenciation, l'atelier pâtisserie permet à la personne âgée de prendre conscience d'elle. Les échanges vont instaurer une différenciation entre soi et autrui, entre soi et le monde. Ainsi, l'atelier pâtisserie, en faisant prendre conscience à la personne d'être une personne singulière parmi d'autres, permet une **réappropriation subjective**.

3.6. Stimulation de la réminiscence et renforcement des assises identitaires

La cuisine étant une activité que les résidents avaient l'habitude de pratiquer, donne lieu à des **réminiscences**. Elle réactive des traces mnésiques, notamment des souvenirs d'expériences vécues. Ces réminiscences peuvent apparaître en lien avec la stimulation sensorielle, un contexte, une recette particulière, un ingrédient, etc.

Je ne peux évoquer les réminiscences sans parler de la célèbre « Madeleine de Proust ». M. PROUST, dans son livre *À la recherche du temps perdu*, fait allusion à ces événements, sensations qui font resurgir de lointains souvenirs. Le goût d'une madeleine trempée dans du thé fait réapparaître chez lui des souvenirs enfouis, de sa tante et du village de son enfance.

Selon P. ESTRADÉ, « *Nos sens sont de grands fournisseurs de souvenirs agréables* ». Ainsi, un goût, une odeur peuvent réactualiser des traces mnésiques perceptivo-sensorielles et, ainsi, susciter l'évocation d'un souvenir.

Nous pourrions penser que, du fait de troubles mnésiques importants, ces réminiscences ne puissent avoir lieu chez les personnes âgées atteintes de démence. Or **les sens sont des fixateurs de souvenirs extrêmement puissants**. Elles ont donc lieu, malgré les troubles.

M. SIKSOU précise que « *Les contextes olfactifs infantiles s'avèrent particulièrement résistants à l'oubli.* » (2011, p.30). En effet, les souvenirs évoqués par les résidents sont souvent en lien avec leur enfance. Ces souvenirs sont les plus anciens donc plus ancrés et, de ce fait, sont ceux qui perdurent le plus souvent et le plus longtemps dans les démences.

L'avantage de l'atelier pâtisserie est qu'il permet, par le biais notamment de la stimulation sensorielle, de remobiliser une expérience psychosensorielle vécue par le sujet.

Il offre un espace et un temps qui donnent aux résidents la possibilité de se remémorer des souvenirs particulièrement chargés d'affects. Cette « reconvocation » de souvenirs, la plupart du temps heureux, va dans le sens d'un mieux-être.

Mme C. est une résidente qui participe à l'atelier pâtisserie du PASA. Elle présente des affects dépressifs. La préparation d'un gâteau au yaourt lui rappelle ceux qu'elle faisait pour ses enfants. Elle évoque ces souvenirs avec un grand sourire et se remémorer ces moments familiaux heureux semble positif pour elle.

Par la dynamique groupale, l'évocation d'un souvenir par un résident entraîne souvent l'émergence de souvenirs chez les autres participants. L'échange, au sein du groupe, de ces souvenirs offre aux participants l'occasion de se raconter, de se sentir écoutés et donc de se sentir quelqu'un, leur permettant de **se réinscrire dans leur singularité**.

Dans le cadre de l'atelier, nous proposons des recettes «traditionnelles» (tarte aux pommes, clafoutis, roulés, madeleines, crêpes, etc.) que les participants avaient l'habitude de réaliser afin de favoriser ces réminiscences. Il est également intéressant d'utiliser des ustensiles similaires ou proches de ceux qu'ils pouvaient avoir à domicile (*par exemple, les balances modernes tactiles sont à éviter car peu porteuses de sens pour eux*).

Cette réminiscence peut être spontanée mais également sollicitée. Nous pouvons proposer des stimuli sensoriels et demander aux résidents à quoi ils les associent.

M. D., atteint d'une démence de Lewy participe à l'atelier pâtisserie de l'UVA. Au cours d'un atelier, je lui fais sentir du rhum dont nous nous servons pour aromatiser le gâteau. Lui demandant à quoi cela lui fait penser, il me répond spontanément que cela lui évoque les crêpes de sa mère qui intégrait beaucoup de rhum dans sa pâte.

Lors de la préparation du gâteau, les échanges entre participants s'enrichissent de souvenirs qui nous permettent de mieux appréhender la personnalité, les besoins et envies de chacun, en lien avec leur histoire personnelle (qu'ils évoquent par le biais de ces souvenirs). En effet, **nos souvenirs sont de puissants révélateurs de qui nous sommes**. Ainsi, ceux-ci apportent de la matière à partager avec l'équipe pluridisciplinaire, afin d'améliorer et d'adapter au mieux leur Projet d'Accompagnement Personnalisé.

L'atelier pâtisserie, par la réactivation et l'évocation de souvenirs personnels, permet une **stimulation cognitive** (notamment de la mémoire et du langage) mais également un **renforcement des bases identitaires**.

Le vieillissement, d'autant plus lorsqu'il est associé à la démence, occasionne une crise identitaire majeure. Par les troubles mnésiques, des événements ayant contribué à la construction identitaire sont oubliés. De plus, l'absence de repères associée à la démence entrave la construction et la permanence identitaire de la personne âgée.

Selon M. MEMBRADO et T. SALORD (2009, p.34) « *la référence au passé et aux multiples temps et liens qui composent une vie permet au grand âge de se "rassembler", de constituer de soi une image cohérente qui puisse donner du sens à sa vie* ». En effet, notre passé fait de nous ce que nous sommes. Il est donc important de permettre aux personnes âgées atteintes de démence présentant des failles identitaires de pouvoir évoquer ce passé.

L'atelier pâtisserie, en favorisant l'émergence de ces souvenirs, permet aux participants de **s'inscrire dans leur histoire personnelle et singulière**. Ces souvenirs, signes de leur histoire et donc de leur identité, peuvent ainsi avoir une fonction contenante et rassurante pour ces personnes en manque de repères. La personne âgée prend conscience de son passé et, faisant le lien avec son vécu présent, peut prendre conscience de sa permanence d'existence.

3.7. Renforcement du schéma corporel

Le vieillissement et l'institutionnalisation de la personne âgée diminuent les occasions de mobilisation. Ainsi, les sensations éprouvées et perçues dans le corps lors du mouvement diminuent, entraînant progressivement une altération et un appauvrissement du schéma corporel. De plus, les troubles associés à la démence occasionnent chez la personne âgée une souffrance psychocorporelle. Le corps étant le lieu de cette souffrance, il est souvent désinvesti, perturbant d'autant plus ce schéma corporel.

Le schéma corporel se structure en partie grâce à l'intégration des informations sensorielles extéroceptives (toucher, odorat, goût, audition, vision) et proprioceptives (kinesthésiques et vestibulaires). L'intérêt de l'atelier pâtisserie réside donc dans la sollicitation des différents sens extéroceptifs. La proprioception est également mise en jeu par la mobilisation physique nécessaire à la réalisation de la recette.

L'atelier, en **sollicitant les différents types de sensibilités**, participe donc à la réintégration du schéma corporel. Les ressentis corporels éprouvés permettent aux participants de se réapproprier leur corps et de prendre conscience de celui-ci.

Pour autant, la structuration d'un schéma corporel efficient implique que ces différentes sensations puissent être conscientisées puis intégrées par la personne. Par nos propositions ainsi que la mise en sens et en mots, la psychomotricienne et moi-même soutenons cette intégration. Nous pouvons amener les résidents à être attentifs à ce qu'ils peuvent percevoir dans leur corps, suivant les différentes sollicitations afin qu'ils affinent leur perception corporelle. L'attention tournée vers ses perceptions corporelles permet à la personne âgée atteinte de démence de **prendre conscience de son corps** et de **le réinvestir**, favorisant ainsi l'intégration du schéma corporel.

Par le biais de l'atelier, nous pouvons également travailler sur la **somatognosie** (connaissance que la personne a de son corps).

Lorsque j'aide M. D. qui présente des difficultés à mettre les protections, je verbalise mes gestes « Je vais vous aider à mettre une charlotte sur votre tête », « Je vais accrocher le tablier dans votre dos », etc. Cela lui permet de faire le lien entre la partie du corps concernée et le terme utilisé.

Du fait des différents troubles, la prise de repères est difficile. Or, quand tout est toujours nouveau, l'invariant reste le corps. Ainsi, ce réinvestissement corporel est primordial car il permet à la personne âgée atteinte de démence de s'appuyer sur cette **permanence corporelle**, afin de prendre des repères stables et rassurants.

Ce réinvestissement du schéma corporel est primordial. En effet, le désinvestissement corporel est étroitement lié à un désinvestissement narcissique, le schéma corporel étant imbriqué à l'image du corps. Ainsi, un schéma corporel bien intégré va faciliter les mouvements et, ainsi, permettre à la personne âgée de reprendre confiance en ses capacités.

3.8.Revalorisation de l'image du corps

La prise de conscience de ses difficultés et la diminution de son autonomie entraînent une baisse de l'estime de soi et une altération du sentiment d'identité chez la personne âgée atteinte de démence. Elle fait preuve d'un grand sentiment de dévalorisation, signe d'une atteinte de l'image du corps. De plus, son institutionnalisation peut lui enlever certaines possibilités de faire par elle-même. La personne âgée subit le rythme et l'organisation imposés par l'institution. Elle se sent alors passive ; elle n'est plus actrice de sa vie et peut se sentir ôtée de toute responsabilité. Tout ceci peut occasionner une perte d'identité, de son individualité et de sa dignité.

L'atelier pâtisserie, en sollicitant les capacités de la personne, mobilise des enjeux identitaires et narcissiques. Il participe à la **revalorisation de l'estime de soi** et à la **renarcissisation**, avec un impact positif sur l'image du corps de la personne âgée.

Par le biais de cet atelier, nous redonnons aux participants la possibilité **d'exercer des choix et des décisions**, leur redonnant ainsi un **sentiment de maîtrise et de contrôle**. Ils redeviennent de ce fait acteurs (et non plus spectateurs) de leur existence.

Grâce au groupe, la personne retrouve une certaine identité et un **rôle**. La proposition de participer à la réalisation d'une étape de la recette lui donne « une mission », permettant de répondre au besoin de se rendre utile. Cette mission, qui lui est propre, lui donne une **responsabilité** et un rôle dans l'élaboration de la recette. Cette responsabilisation et l'intégration au groupe renforcent le **sentiment d'avoir de l'importance**, d'être considéré par autrui, source de revalorisation narcissique pour la personne. L'atelier permet à la personne âgée de ne plus se considérer comme une personne vieillissante, malade et dépendante mais comme quelqu'un d'unique et de singulier, **toujours capable d'être**.

L'atelier pâtisserie, en sollicitant les compétences de la personne, permet de se retrouver soi, sujet doué de compétences. Ainsi, il permet également à la personne de se sentir **toujours capable de faire**.

L'atelier donne la possibilité aux participants de retrouver et/ou de préserver une certaine **autonomie**. Ainsi, nous laissons à la personne la possibilité d'accomplir seule ce dont elle est encore capable de faire.

Il est important de l'encourager, lui laisser le temps de faire par elle-même. Nous laissons également une certaine **liberté** afin de favoriser la prise d'initiative. En cas de besoin, nous lui proposons notre aide (sans l'imposer) pour la réalisation d'une tâche « difficile », sans toutefois faire à sa place. Le but étant qu'elle ne se sente pas incapable de faire, ce qui pourrait la dévaloriser.

L'atelier pâtisserie permet aux participants de renouer avec une activité quotidienne, que leur institutionnalisation ou l'évolution de leur maladie a interrompue. Autrefois source de satisfaction, cette activité peut leur manquer. L'atelier leur redonne la possibilité de faire « comme à la maison », source de grand plaisir pour les personnes âgées.

Les participants renouent avec des gestes autrefois habituels et un certain savoir-faire acquis auparavant. L'atelier permet de **prendre conscience de compétences préservées**, alors qu'ils pensaient les avoir perdues. Cette prise de conscience est très gratifiante et renarcissisante pour eux. Ainsi, le corps est réinvesti comme un lieu de compétences et de plaisir.

Le soutien social est nécessaire pour renforcer cette estime de soi défaillante. Complimenter les résidents durant cet atelier est donc important. Les participants s'échangent également des **compliments**. La dégustation du gâteau est également un temps riche en flatteries de la part des résidents et des soignants n'ayant pas participé à l'atelier.

Au cours de cet atelier, la psychomotricienne et moi-même ne nous situons pas dans une position de supériorité. Bien au contraire. Nous sollicitons régulièrement les participants sur leurs aptitudes culinaires, ces derniers ayant toujours de bons conseils. Par cette **transmission de savoir-faire**, ils se sentent valorisés de l'aide qu'ils peuvent nous apporter.

Mme M., surveille régulièrement la cuisson avec moi. Le gâteau commençant à être trop cuit sur le dessus mais pas assez à l'intérieur, je demande conseil à Mme M.. Cette dernière me conseille de mettre le gâteau plus bas dans le four ou de le recouvrir de papier aluminium.

Mme M. est considérée par l'ensemble du groupe comme « l'experte ». Ainsi, elle est sollicitée régulièrement, ce qui est source d'une grande valorisation pour elle.

3.9. Diminution des symptômes psycho-comportementaux (SPCD)

L'objectif principal de mon projet de prise en soin est la diminution des troubles psycho-comportementaux.

Au fil des séances auxquelles j'ai assisté, au PASA comme à l'UVA, j'ai pu observer que certains SPCD, habituels chez certains résidents, sont absents durant l'atelier et peuvent réapparaître une fois l'atelier fini.

M. D. présente une démence à corps de Lewy et des SPCD importants, plus particulièrement des cris. Un vendredi, au moment de l'atelier, je ne l'ai pas trouvé dans la salle de restauration où il se trouve habituellement. L'ASG m'explique alors qu'elle l'a isolé dans sa chambre, afin qu'il s'apaise, car il ne cessait de crier et cela perturbait les autres résidents. Je vais donc chercher M. D. dans sa chambre afin qu'il participe à l'atelier. Durant ce dernier, il ne fait état d'aucun cri et participe activement à la préparation. À la fin de l'atelier, j'installe M. D. dans la salle de restauration afin qu'il puisse prendre son goûter. Quelques minutes plus tard, il crie à nouveau et perturbe les autres résidents.

Pour certains, la diminution d'apparition des SPCD par les thérapies non-médicamenteuses, s'explique par le fait qu'elles offrent un support sur lequel la personne âgée atteinte de démence se focalise et sur lequel elle « détourne l'énergie » autrement destinée à ces symptômes.

Cependant, leur apparition est variable, même au sein de l'atelier. En effet, j'ai pu constater durant des séances l'apparition de certains SPCD, habituellement absents. Cette inconstance semble mettre en évidence que ce n'est pas la médiation cuisine en elle-même qui permet la diminution des symptômes.

Selon moi, ce serait la manière d'amener la médiation, ce qui revient à dire que c'est la personne qui mène l'atelier (à savoir ici la psychomotricienne et moi-même), qui lui donne sa potentialité thérapeutique permettant, de ce fait, la diminution des SPCD.

Le psychomotricien, par son implication active, son écoute corporelle et verbale, ses connaissances, son observation clinique fine des signaux corporels émis et sa sensibilité au dialogue tonico-émotionnel, va pouvoir analyser une situation et ainsi essayer de « dés-enclencher » l'apparition d'un SPCD ou le réduire.

Lorsqu'un SPCD apparaît au cours d'un atelier pâtisserie, il est nécessaire de chercher à comprendre son sens. Il est important de se questionner :

- *Quand ?* Dans quelles circonstances apparaît ce symptôme, ses facteurs déclenchants ?
- *Comment ?* Quel trouble apparaît ?
- *Pourquoi ?* Quel est son sens de ce symptôme à ce moment précis ?

Un SPCD est difficile à déchiffrer. La mise en sens est toujours teintée de notre propre subjectivité. Cependant, il est primordial d'élaborer des hypothèses, d'agir en conséquences et, selon le résultat, d'adapter notre posture et nos actions afin de tenter de diminuer le SPCD. Tenter de comprendre son mécanisme d'apparition est un préalable afin de le prévenir.

Un certain nombre d'éléments peuvent nous orienter sur l'origine du SPCD et donc son sens. Nous devons en prendre connaissance :

- des traits de la personnalité antérieure et de la biographie du résident. Pour cela, il est possible de se renseigner auprès des proches ou dans le dossier médical,
- de l'humeur habituelle : durant ma période d'observation, j'ai pu appréhender l'humeur et la personnalité des différents résidents de l'UVA,
- d'une altération sensorielle rendant la mise en sens de l'environnement difficile,
- de possible douleur (constipation, escarres),
- du type de démence et des pathologies somatiques associées dont souffre le résident,
- des traitements médicamenteux (un changement peut entraîner l'apparition de SPCD).

Avant l'atelier, il me semble nécessaire de consulter l'outil de transmissions de l'EHPAD où sont notés des événements pouvant expliquer l'apparition de certains SPCD (absence de selles, chutes pouvant entraîner des douleurs, etc.).

Étant seule pour mon atelier à l'UVA, il est également important de discuter avec les ASG. Ces dernières sont des sources majeures d'informations, travaillant quotidiennement auprès des résidents qu'elles connaissent donc mieux que moi, présente qu'un jour par semaine.

De nombreuses hypothèses affectives sur l'origine des SPCD sont également émises : un vécu d'abandon angoissant, le besoin d'attirer l'attention sur soi (afin de vérifier que l'on compte pour quelqu'un), le besoin de se sentir exister, la difficulté de mise en sens/en mot des vécus et émotions, etc.

La personne âgée atteinte de démence est abandonnique et ressent donc la nécessité de vérifier qu'elle compte pour autrui. Elle a besoin d'une permanence et d'une contenance, ces deux derniers étant apportés par notre présence régulière. La solitude ou l'absence d'une présence étayante peut être source d'angoisse et d'apparition de SPCD.

M. D., sûrement rassuré par la présence de ma maitre de stage, ne l'a pas vu sortir de son champ de vision. Son absence l'angoisse et il se met à crier en demandant « Où est-elle? ».

Le cadre permet également cette permanence. Tout changement est délétère. Il est donc primordial de maintenir la stabilité de ce cadre. En cas d'absence, nous prévenons à l'avance que l'atelier n'aura pas lieu, afin que les résidents puissent anticiper et y mettre du sens afin de limiter les angoisses, notamment de perte et d'abandon. Ainsi, une préparation des résidents va être mise en place avant mon départ, plus particulièrement ceux de l'UVA. En effet, la fin de mon stage annoncera la fin de l'atelier pâtisserie, ma prise en soin n'étant pas reprise par un autre professionnel.

L'agressivité serait une tentative de la personne pour se sentir exister et entrer en relation. De même, la déambulation serait un moyen de sentir son corps, afin de se sentir exister. Par le biais de l'atelier, nous offrons aux résidents l'occasion de sentir leur corps et ainsi se sentir exister, d'une manière alternative à celle se traduisant par des SPCD.

Notre présence permet également cela. En effet, la personne âgée atteinte de démence a besoin de l'autre pour se sentir exister.

Cette dernière est confrontée à un environnement, des vécus, émotions et sensations qu'elle ne peut plus mettre en sens. Non mis en sens, ils deviennent alors angoissants et peuvent entraîner l'apparition des SPCD. Notre rôle est d'assurer une fonction alpha, en mettant du sens et des mots sur ce qui est vécu, afin d'apaiser la personne.

Lors de l'atelier pâtisserie à l'UVA, je mets à la poubelle des déchets, faisant claquer le couvercle. Se trouvant dans son dos, le bruit surprend M. D.. Ses capacités de mise en sens étant limitées, cette stimulation demeure inconnue et devient donc angoissante pour lui. Il se met alors à crier en demandant quel est ce bruit. Je tente de l'apaiser en lui offrant un contact tactile rassurant et en lui expliquant, calmement et simplement, que le bruit venait du couvercle de la poubelle se refermant. M. D. semble alors s'apaiser.

Ainsi, des choses qui semblent anodines pour nous peuvent déclencher des SPCD chez la personne âgée atteinte de démence. Il est donc toujours nécessaire de se demander : *quel sens cela a-t-il pour elle et quel sens cela a-t-il pour moi ?*

Notre présence semble donc primordiale afin de diminuer les SPCD à condition, bien sûr, qu'une relation thérapeutique avec les résidents se soit mise en place.

Il semble que ce soit cette relation thérapeutique qui donne à la médiation cuisine sa potentialité thérapeutique. Inversement, c'est par le biais de la médiation que cette relation thérapeutique va pouvoir se créer. Ainsi, c'est la complémentarité existant entre le psychomotricien (par ses capacités relationnelles et l'approche globale et spécifique qu'il peut avoir de la personne) et la médiation qui semble permettre une prise en soin psychomotrice et la diminution des SPCD.

La médiation cuisine présente donc de nombreux avantages dans la prise en soin psychomotrice des personnes âgées atteintes de démence. Cependant, elle présente également certaines limites et inconvénients, qui doivent être prises en compte avant de mettre en place un atelier cuisine.

4. Limites/Inconvénients de cet atelier

L'atelier, du fait qu'il nécessite l'utilisation de la nourriture et qu'il se déroule dans une collectivité, implique le suivi de **nombreux protocoles et aspects réglementaires**.

Son organisation doit se faire dans le respect de **règles d'hygiène strictes**, pour prévenir tout risque d'intoxication alimentaire collective.

- Contraintes liées au lieu

L'atelier doit se dérouler dans une cuisine ou une salle à manger, aérée et ventilée avec un point d'eau. Les plans de travail doivent être lisses, clairs, faciles à nettoyer et à désinfecter.

- Contraintes liées au matériel et au nettoyage du lieu

Les procédures de nettoyage sont strictes : utilisation de produits et matériels ménagers spécifiques (produits désinfectants homologués « contact alimentaire », chiffonnettes lavables), nettoyage des différents plans de travail avant et après l'atelier.

- Contraintes liées aux ingrédients

La traçabilité est primordiale. Un échantillon de 100 g de chaque préparation est prélevé puis conservé au frigidaire de la cuisine de l'établissement pendant au moins cinq jours.

Toute préparation doit être cuite, limitant les possibilités de recettes (tiramisu, mousse).

Les œufs sont déjà battus et présentés dans des bidons en plastique. Ceci est une limite de l'atelier : les résidents ont du mal à se représenter les œufs sous cette forme et pensent donc souvent que nous avons oublié de les intégrer à la recette.

Les fruits doivent être nettoyés dans la cuisine de l'établissement, à l'aide d'un mélange d'eau et de Javel puis rincé à l'eau afin d'éliminer les micro-organismes présents sur le fruit.

- Contraintes liées aux résidents

L'atelier cuisine est contre-indiqué aux résidents :

- présentant une négligence corporelle (mains, ongles, cheveux, nez, vêtements, etc.)
- pouvant induire une contamination «manufécale» ou «manugénitale»
- pouvant entraîner un risque de contamination par contact (staphylococcie, plaies, infections dermatologiques suintantes, gastro-entérites...) ou de contamination aérienne (toux, expectoration, éternuements...).

De même, un résident n'ayant pas effectué sa toilette ne peut assister à l'atelier.

Avant de commencer la recette, un temps de préparation est nécessaire : retrait des bijoux, remontage des manches, lavage des mains avec une solution hydro-alcoolique. Ensuite, les participants mettent des charlottes et des tabliers plastiques à usage unique.

D'autres inconvénients, d'ordre non hygiénique, existent.

Un atelier cuisine est **chronophage**, particulièrement la préparation autour. Avant l'atelier : préparation des recettes, nettoyage du lieu, récupération des ingrédients dans la cuisine de l'établissement (ce qui nécessite une tenue de protection complète), installation des ustensiles, rassemblement des résidents concernés et installation de ces derniers. Après l'atelier : nettoyage du lieu, prélèvement de l'échantillon, regroupement des ingrédients non périssables pour les ramener à la cuisine de l'établissement et réalisation des transmissions. Un atelier nécessite en moyenne entre 2 heures et 2 heures 30.

Par ailleurs, l'atelier requiert un **matériel** conséquent et adapté qui engendre un coût pour l'établissement. L'absence de certains matériels restreint également l'éventail des recettes possibles.

Autres contraintes :

- La **contrainte temporelle**, particulièrement lorsque l'atelier se déroule l'après-midi. En effet, le gâteau doit être prêt pour 15h30, l'heure du goûter.
- La **contrainte de réussite**. Contrairement à d'autres médiations, le résultat (c'est-à-dire le gâteau) doit absolument être réussi pour être consommé.

De plus, l'atelier cuisine est contraint aux **moyens humains**, qui ne sont du ressort ni de la psychomotricienne ni de moi-même. Se déroulant dans un EHPAD, qui est un lieu de vie, il est parfois difficile de **maintenir le cadre**. Certains soignants ou membres de famille se permettent d'intervenir durant l'atelier ou d'amener des résidents non prévus. À l'UVA, la cuisine ouverte, rend impossible l'isolement complet : les autres résidents peuvent alors perturber la séance.

D'autres événements indépendants interviennent et empêchent la participation de certains résidents à l'atelier et donc qu'ils puissent bénéficier de cette prise en soin, comme les retards pris dans les toilettes, dans les autres soins ou encore la prise de rendez-vous extérieurs (médicaux ou autres). Il est de notre rôle d'expliquer à l'équipe soignante et aux familles que l'atelier est une prise en soin thérapeutique à part entière et qu'il est donc important que les résidents concernés puissent y participer.

PARTIE 4 : CAS CLINIQUES

Mme L. et M. F. sont deux résidents que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de mon stage en EHPAD. Ces deux résidents sont arrivés au cours de mon stage et ont chacun intégré un atelier pâtisserie. Mme L. a été intégrée par la psychomotricienne à l'atelier du PASA ; M. F., quant à lui, participe à l'atelier que je mène à l'UVA.

Dans ces études de cas, je tâcherai de dresser le tableau clinique le plus précis possible de la personne notamment par le biais de l'anamnèse, les différents diagnostics, le comportement au sein de l'EHPAD et le bilan psychomoteur. L'objectif étant de mettre en évidence les différents troubles que présentent Mme L. et M. F.. Ceci nous permettra d'appréhender l'intérêt d'une prise en soin psychomotrice de leurs problématiques par le biais de la médiation cuisine.

I- Mme L.

1. Présentation physique succincte

Mme L. est une dame de petite taille aux cheveux teints en bruns, coupés courts au carré. Son corps très aminci et sa posture courbée donne l'impression que sa fragilité est telle, qu'elle risque de se casser à tout moment. Son visage est triste et ses yeux, encerclés par ses lunettes, sont souvent larmoyants.

2. Anamnèse

Mme L. a **81 ans** quand je la rencontre. Elle évoque spontanément certains éléments de son histoire. Elle a vécu toute sa vie jusqu'à son institutionnalisation dans sa ville natale qui lui tient très à cœur. Elle est fille unique et issue d'un milieu modeste. Son rêve était de devenir institutrice mais sa mère a refusé qu'elle poursuive ses études. Cependant, elle réussit à devenir institutrice puis directrice d'école.

Mme L. a eu trois filles avec son mari. Un jour, ce dernier lui a annoncé qu'il partait, elle s'est donc occupée seule de ses filles. Elle est avec son nouveau compagnon depuis 45 ans avec lequel elle habitait jusqu'à ce qu'elle rentre en EHPAD.

Mme L. était une femme très active et dynamique. À domicile, elle s'occupait de tous les actes de la vie quotidienne. Elle aimait beaucoup faire la cuisine, lire et tricoter. Elle était présidente du Lions Club qui est un club service international de bénévoles ; encore aujourd'hui, c'est une femme qui a besoin de rendre service et d'être utile.

Suite au décès brutal de sa fille aînée d'une crise cardiaque il y a un an, Mme L. présente un **syndrome anxio-dépressif** et plonge dans l'anorexie. Elle a déjà eu des idées suicidaires mais le passage à l'acte n'a pas été pensé en raison de ses croyances religieuses. Suite à cet événement traumatique, elle a cessé toutes activités car elle n'avait « *plus la force de faire quoi que ce soit* ».

Mme L. est arrivée à l'EHPAD pour cause d'une diminution de l'autonomie à domicile.

Concernant ses antécédents médicaux, Mme L. a eu un cancer du sein droit et présente une cardiopathie hypertrophique.

Elle mesure 1 mètre 55 pour 43,2 kilogrammes, son IMC de 17,98, la classe donc en état de maigre. Mme L. souffre de **dénutrition sévère**. Elle porte des lunettes mais ni appareil auditif ni appareil dentaire.

Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Actuellement, le **GIR** de Mme L. est de **3**. Le GIR 3 signifie qu'elle a conservé partiellement son autonomie mentale et son autonomie locomotrice, mais a besoin d'aide pour son autonomie corporelle notamment pour se nourrir, se coucher, se laver et aller aux toilettes.

Elle présente des **troubles cognitifs sévères** entravant son autonomie. Son **MMSE** (évaluation des fonctions cognitives) est de **7/30**. Les nombreux troubles présents évoquent une démence, notamment : des troubles mnésiques, phasiques, praxiques et gnosiques ainsi que des symptômes psycho-comportementaux. Elle est actuellement **en attente de diagnostic**.

Les **troubles psycho-comportementaux moyens** (symptômes de **dépression, d'anxiété** et **troubles de l'appétit**) mis en évidence par son NPI-ES font qu'elle bénéficie d'une prise en soin en PASA.

3. Au sein de l'EHPAD

Mme L. nécessite une aide partielle à la toilette, à l'habillage et au déshabillage. À son arrivée, elle dit être continente mais après évaluation, il a été décidé de mettre en place des protections. Mme L. semble dans le déni vis-à-vis de cette incontinence. À la découverte de son lit souillé, elle demande à ce que les fuites au plafond soient réparées.

Elle présente des épisodes de confusion en particulier la nuit : elle peut être retrouvée dans le couloir en train de déambuler en pleurs, à la recherche de ses affaires qu'elle pense perdues ou volées.

Lors des repas au PASA, Mme L. est autonome : elle se sert et mange seule. Concernant son alimentation, le régime et la texture sont normaux cependant elle mange très peu.

Au niveau de la prise en soin médicamenteuse, Mme L. prend un antihypertenseur, un antidépresseur, un traitement contre la maladie d'Alzheimer, un anticoagulant et un anxiolytique. En terme de prises en soin non médicamenteuses, elle est suivie par la kinésithérapeute de l'EHPAD et la psychomotricienne dans le cadre de l'atelier de prévention des chutes une fois par semaine. Elle est également prise en soin par un kinésithérapeute extérieur deux fois par semaine pour une dorsalgie modérée. Mme L. bénéficie par ailleurs d'une prise en soin en orthophonie. La psychologue de la structure vient régulièrement la voir et va prochainement mettre en place un suivi individuel pour une stimulation cognitive.

Mme L. va au PASA trois jours par semaine où elle participe à divers ateliers menés par les deux Assistantes de Soins en Gérontologie. Elle y bénéficie d'une prise en soin par la psychomotricienne dans le cadre de l'atelier de cuisine thérapeutique.

Mme L. a gardé de nombreux contacts à l'extérieur. Elle reçoit régulièrement la visite de son compagnon, de son ancienne auxiliaire de vie, de ses deux filles et de ses petits-enfants. Les visites de son compagnon sont source de grande souffrance pour elle. Son institutionnalisation a marqué une rupture. L'avenir de leur couple lui semble incertain ce qui majore l'anxiété et la tristesse de Mme L. Il peut avoir des propos dévalorisants envers elle, notamment sur son physique, et l'incite à prendre plus soin d'elle. Il ne semble pas avoir conscience des troubles de sa compagne.

Les deux filles de Mme L. sont inquiètes de l'état de santé de leur mère. Selon elles, le compagnon de leur mère est très dévalorisant envers elle et est la raison pour laquelle Mme L. a demandé à rentrer en EHPAD. Il ne supporterait pas voir sa compagne se dégrader car cela le renvoie à sa propre vieillesse, à laquelle il n'est pas prêt à faire face.

4. Notre première rencontre

Ma **première rencontre** avec Mme L. a eu lieu lors d'un atelier pâtisserie mené par la psychomotricienne au PASA.

Elle m'apparaît comme une dame très amaigrie comparée aux autres dames. Son bras gauche entouré par un gros plâtre, semble beaucoup trop lourd pour la finesse de ses membres. Je lui dis bonjour et me présente, elle me répond d'une petite voix, presque chuchotée, avec un sourire léger. Ce sourire semble en contradiction avec ses yeux tristes, d'où semblent vouloir s'échapper des larmes qui embuent son regard.

Malgré son plâtre, Mme L. est participative. Elle accepte mon aide quand elle se trouve trop en difficulté mais ne me sollicite pas spontanément.

Durant cette séance, j'ai été marquée par l'attention qu'elle porte aux autres participantes. Elle s'inquiète à propos d'une résidente qui crie et refuse de participer. Mme L. cherche des solutions pour « *qu'elle cesse d'être triste* » selon ses mots. Elle propose également de relayer les autres participantes lorsqu'elles sont trop fatiguées.

5. Bilan psychomoteur

J'ai réalisé ce bilan psychomoteur à l'aide du Tinetti, de l'Examen Géronto-Psychomoteur et d'observations cliniques. La passation s'est faite en trois sessions, Mme L. faisant preuve d'une grande fatigabilité et profitant de mon écoute et de ma disponibilité pour exprimer son mal-être. Ces différentes rencontres en relation duelle ont permis la mise en place d'une relation de confiance et l'émergence d'une alliance thérapeutique.

L'**équilibre** statique et dynamique ainsi que la **motricité globale** sont **de bonne qualité**. Au Tinetti, Mme L. obtient un score de 25/28 (risque de chute peu élevé).

Ses difficultés se situent au moment des pivotements où l'équilibre est instable. Lors de nos premières rencontres, Mme L. se déplaçait seule sans aide technique. La **marche** était correcte avec une amplitude et un déroulé du pas de bonne qualité. Environ un mois après son arrivée, la fréquence des chutes a augmenté ce qui a occasionné une fracture de son poignet gauche. Cette augmentation inhabituelle de chutes m'a questionnée. *Sont-elles seulement des conséquences du vieillissement moteur et perceptif? L'institutionnalisation et la perte des repères qu'elle engendre n'auraient-elles pas occasionnées une fragilité de son axe, de ses points d'appuis psychiques et corporels? Un déséquilibre psychocorporel ?* Depuis ces chutes, j'ai pu observer une modification de la posture de Mme L. : elle est davantage courbée, son épaule gauche est plus basse. De même, sa démarche est moins assurée. Ces modifications pourraient peut-être s'expliquer par la diminution de la confiance en ce corps chuteur, se courber permet de retrouver l'enroulement primaire du nourrisson qui est une position rassurante. Cela pourrait également s'expliquer par le poids du plâtre, trop lourd pour son corps amaigri et affaibli.

Mme L. présente une **désorientation spatio-temporelle**. Lors de la passation du bilan, elle ne parvient pas à donner la date du jour, son âge ou sa date de naissance. La réalisation de séquences temporelles est également problématique. Concernant la sphère spatiale, les relations topologiques sont préservées. Elle est désorientée au sein de l'EHPAD et est souvent retrouvée dans la chambre d'un autre résident et nécessite d'être raccompagnée dans la sienne.

Concernant le **schéma corporel**, l'imitation est bonne. La somatognosie c'est-à-dire la connaissance des différentes parties du corps semble préservée sur elle, autrui et une représentation symbolique. La dénomination est difficile du fait de ses troubles du langage (aphasie) liés à des troubles mnésiques (amnésie).

Au niveau de l'image du corps, Mme L. présente une **baisse de l'estime de soi** conséquente et fait preuve d'une **grande dévalorisation** d'elle-même.

Selon P. SCHILDER (cité par MONTANI C., RUFFIOT M., 2009, p.104), l'image du corps intègre les aspects physiologiques, libidinaux et psycho-sociaux de la représentation de soi. Elle est donc profondément liée à l'histoire du sujet.

La prise de conscience d'un corps vieillissant, qui n'est plus fidèle à un Idéal du Moi, et celle des bouleversements liés au vieillissement sont à l'origine d'une crise narcissique et identitaire majeure qui modifie durablement l'image du corps. Dans le cas de Mme L., à cela s'est ajouté de nombreuses ruptures et pertes qui ont affecté cette image du corps : perte de son mari, de son sein (symbole de la féminité), de sa fille, de ses capacités motrices et cognitives, de son autonomie et de ses activités. De plus, son institutionnalisation a occasionné de nouvelles ruptures : avec sa ville natale où elle aurait souhaité mourir mais également avec son compagnon. Toutes ces ruptures et l'avancée de la maladie ont occasionné chez Mme L. une perte de repères identitaires. La permanence et la stabilité de son identité sont ainsi mises à mal ce qui est à l'origine d'une grande confusion chez elle et d'un désinvestissement corporel.

La **régulation tonique** est efficiente. La **motricité fine** est **de bonne qualité**. Au niveau des praxies, l'écriture est préservée. Elle présente une **apraxie de l'habillage** qui a des conséquences néfastes (c'est en essayant de mettre ses jambes dans les bras de sa chemise de nuit qu'elle a chuté), une apraxie **idéomotrice** et une apraxie **visuo-constructive**.

L'évaluation de la mémoire met en évidence des **capacités mnésiques à court terme entravées** : Mme L. présente des difficultés pour enregistrer de nouveaux souvenirs. Face à un vécu douloureux, la personne âgée, si elle est incapable d'y faire face, ressent un désir d'oubli. Comme dit précédemment, l'oubli serait un moyen de défense afin d'éviter des sensations pénibles provoquées par la remémoration de certains souvenirs notamment celui du décès de sa fille dans le cas de Mme L.

L'évaluation desgnosies est rendue difficile du fait de son manque de mot. Cependant lesgnosies tactiles et visuelles des objets semblent préservées.

Au niveau du langage, Mme L. parle spontanément et facilement à autrui malgré ce **manque de mot**. Malgré ses difficultés, son discours et le vocabulaire utilisé sont logiques et cohérents. En relation duelle, Mme L. parle beaucoup et semble parfois se noyer dans son discours, ne se souvenant plus pourquoi elle parle de ce sujet, sûrement majoré par ses troubles mnésiques. La compréhension est préservée. Cependant, son anxiété semble par moment la submerger rendant difficile son attention et sa compréhension.

Au niveau relationnel, malgré sa discrétion, Mme L. est une dame **très sociable** qui a **envie et besoin de créer des relations**. Elle est toujours attentive aux autres, faisant passer ses besoins après ceux d'autrui. En cas de besoin, elle ne sollicite pas les soignants car elle ne souhaite pas les déranger. Elle se joint avec plaisir aux activités de groupe et apprécie également la relation duelle qui est le moment où elle exprime le plus sa souffrance notamment lors de la passation du bilan.

Mme L. présente une **grande souffrance psychique**. Elle ne parvient pas à faire le deuil de sa fille et verbalise qu'elle n'accepte toujours pas cette perte.

Selon E. ZARIFIAN (cité par MONTANI C., 2001, p.153) les symptômes n'existent pas en soi, ils existent pour soi et pour les autres. Mme L. souffre des conséquences de ses troubles sur sa famille, elle ne veut pas être un fardeau, ce qui a motivé sa demande d'institutionnalisation.

Mme L. fait preuve d'une grande **labilité émotionnelle** et pleure souvent. La reconnaissance et la mise en mot de ses émotions sont entravées par l'amnésie et l'aphasie.

Mme L. présente une **symptomatologie anxieuse**. Elle semble avoir peur de l'échec et d'être mise en difficulté. Par moment, elle peut avoir des idées délirantes qui accentuent ses angoisses. Ces dernières semblent se cristalliser autour de la mort (de ses filles ou la sienne).

Le vieillissement est une « [...] *crise dans laquelle la mort n'est plus considérée comme un accident n'arrivant qu'aux autres, mais bien comme une fin réelle et plus proche* » (MARCHAND M., 2008, p.24). C'est un moment de la vie où la pulsion de mort prend le dessus sur la pulsion de vie.

Les sensations corporelles de Mme L. semblent également être sources d'angoisse : elle verbalise que par moment les cicatrices au niveau de sa poitrine sont douloureuses et s'inquiète sur le fait que « *ça repousse* » selon ses dires.

Malgré ses troubles, Mme L. ne semble pas défaitiste, elle exprime son envie d'aller mieux, de ne pas vouloir se laisser aller ainsi que son besoin d'être aidée.

Conclusion du bilan : Mme L. est très coopérative et volontaire.

Elle ressent le besoin d'être utile. Elle a **conscience de ses difficultés** ce qui accentue sa souffrance et son anxiété. Le fait de se sentir diminuée lui donne l'impression d'être inutile.

Il est important de lui donner des responsabilités et des choses à accomplir pour combler ce besoin d'utilité et pour qu'elle prenne conscience de ses capacités restantes afin de revaloriser son image du corps. Mme L. a besoin d'être écoutée, soutenue et contenue.

6. Objectifs de la prise en soin en psychomotricité

Pour Mme L, l'atelier de cuisine thérapeutique a pour objectifs :

- Diminuer les troubles psycho-comportementaux qu'elle présente,
- Revaloriser l'estime de soi par une prise de conscience de ses capacités,
- Stimuler ses capacités cognitives,
- Favoriser l'échange avec autrui,
- Retrouver des gestes quotidiens comme la cuisine, qui était source de plaisir pour elle.

7. Prise en soin psychomotrice

Au sein de l'atelier pâtisserie, Mme L. est très participative. Je ressens son besoin d'être utile. Elle nous sollicite souvent en demandant ce qu'elle peut faire pour nous aider. Elle est également très attentionnée envers les autres résidentes. Elle semble vraiment prendre du plaisir à aider autrui.

L'atelier pâtisserie au PASA, du fait qu'il soit en petit comité et avec les mêmes participantes, favorise la mise en place de lien. Le groupe donne l'occasion à Mme L. de créer des relations avec autrui. Echanger et partager avec les autres résidentes lui permet de maintenir une vie sociale et d'éviter ainsi le repli sur elle-même.

A son arrivée, Mme L. a eu quelques difficultés à s'intégrer au groupe déjà constitué. Cependant, les autres dames ont été sensibles à son altruisme et à sa souffrance et elle a pu, peu à peu, s'intégrer.

Ses échanges au sein du groupe restent cependant rares, Mme L. s'exprime spontanément mais pas assez fort. Il est nécessaire de l'accompagner pour qu'elle puisse se faire entendre et écouter et, ainsi, affirmer sa place au sein du groupe.

Faire partie de ce groupe et y avoir sa place est très renarcissant pour Mme L. En effet, cela lui permet d'avoir un statut, un rôle et ainsi d'affirmer ses bases identitaires défaillantes. Une fois tout le monde arrivé au PASA, Mme L. serre la main à toutes les dames présentes en leur disant bonjour, elle est la seule à faire ceci. Ce temps semble important pour elle.

La stabilité et permanence du cadre et du groupe sont primordiales. Comme le dit L. PLOTON (2009, p.105), « rien de plus délétère que les changements pour des sujets aussi fragiles ». Cette régularité offre à Mme L. des repères, une sécurité et la contenance dont elle manque considérablement.

Par sa régularité, l'atelier introduit des repères spatio-temporels que Mme L. peut intégrer. Cette dernière ne semble pas avoir intégré où se trouvait le PASA au sein de l'établissement bien qu'elle y aille fréquemment, elle ne peut s'y rendre seule. Cependant, lorsqu'elle arrive dans ce lieu, l'investissement de l'espace dont elle fait part semble montrer qu'il lui est familier et qu'elle y a pris certains repères.

Dans l'élaboration de la recette, Mme L. prend peu d'initiatives, elle doit être sollicitée pour participer et a tendance à décliner notre proposition. Je me suis questionnée. *Est-ce un trouble de l'initiative qui est un symptôme de la maladie ? Ou est-ce un manque de confiance, une crainte de mal faire ou de ne plus savoir faire ?* Une fois encouragée, étayée, contenue psychiquement et physiquement (notamment lorsqu'il faut peser des ingrédients, car elle manque de force), Mme L. parvient à réaliser la tâche. Ceci témoigne à nouveau de la faible estime qu'elle se porte et de la mauvaise appréciation de ses capacités.

Ainsi, elle a besoin d'être encouragée et revalorisée. Il est important de la soutenir et de l'accompagner sans toutefois faire à sa place.

Sa difficulté à accomplir les actes quotidiens mais également la déresponsabilisation, le manque de liberté, d'autonomie et de prise d'initiative du fait de son institutionnalisation, altèrent d'avantage l'estime de soi que Mme L. se porte et son sentiment identitaire.

L'atelier cuisine permet de lui redonner la possibilité d'exercer des choix, de prendre des décisions et de retrouver une certaine autonomie allant dans le sens d'un sentiment d'utilité, d'être une personne encore en capacité de contrôler, de maîtriser et de décider.

Par le biais de cet atelier, Mme L. retrouve des gestes du quotidien source de plaisir et une certaine autonomie. Selon l'OMS (2016, p.247), « l'autonomie des personnes âgées, qui a une forte influence sur la dignité, l'intégrité, la liberté et l'indépendance des personnes âgées ; [...] a souvent été identifiée comme une composante essentielle de leur bien-être général. ».

Mme L. arrive souvent triste et je peux parfois observer une amélioration de son humeur au cours de l'atelier avec des sourires qui se font plus présents.

Par moment, lorsque je vais chercher Mme L. dans sa chambre pour lui proposer de m'accompagner à l'atelier pâtisserie, elle ne sait pas si elle souhaite venir. Dans ces moments de doute, j'essaie de trouver les mots justes afin de lui donner envie de venir, car l'atelier semble vraiment lui apporter quelque chose. La revaloriser semble être un bon moyen. En effet, le fait de lui dire que j'ai besoin de son aide pour préparer le goûter du PASA car elle est meilleure pâtissière que moi (ce qui est vrai), la fait accepter de venir. Participer à l'élaboration du goûter pour tous les résidents du PASA, qui ne manquent pas de féliciter celles qui ont cuisiné, lui donne le sentiment d'être utile et la revalorise.

Durant l'atelier, la psychomotricienne et moi-même, n'intervenons qu'en cas de besoin. Par notre regard porté sur elle comme une personne possédant des capacités, Mme L. se sent exister comme sujet doué de compétences. Ainsi, se sentant soutenue et contenue, elle peut exprimer ses capacités préservées, en prendre conscience et ainsi se sentir valorisée et reprendre confiance en elle. Ainsi, Mme L. réinvestit son corps comme un lieu doué de compétences et non plus comme seulement un lieu de souffrance où s'exprime la maladie. Le Holding (D. WINNICOTT)⁴ favorisé par la psychomotricienne et moi-même, le groupe et le cadre permet d'étayer la dimension psychique et le narcissisme de Mme L. et de répondre à son besoin de stabilité et de contenance.

L'atelier permet une stimulation de tous les sens (toucher, odorat, goût, audition, vision) ce qui permet de stimuler le petit appétit de Mme L.. Lors de la dégustation, il peut lui arriver de laisser sa part de gâteau intacte. Si nous la valorisons, en lui rappelant qu'elle a participé à sa confection et qu'il est très bon, elle accepte de le manger. Elle semble même prendre du plaisir à manger, ce qui est rare chez Mme L..

L'atelier cuisine, par la sollicitation des différents sens, va également stimuler la mémoire sensorielle de Mme L. Ainsi, il permet la remobilisation d'expériences sensorielles et psychocorporelles passées et ainsi l'émergence de souvenirs. Ainsi, à partir d'un vécu corporel, il y a une remise en sens de sa propre histoire. En effet, ces souvenirs sont nos expériences passées, ce qui fait que nous sommes ce que nous sommes, ils constituent ainsi notre identité et vont donc avoir une fonction contenante.

Du fait de sa problématique identitaire, l'émergence et la symbolisation de ces souvenirs sont donc primordiales chez Mme L.. Le fait de cuisiner des gâteaux évoque à Mme L. des souvenirs heureux avec ses filles, ses petits-enfants mais également ses élèves avec qui elle cuisinait beaucoup.

⁴ Cf p.45 de ce mémoire

Elle explique avoir appris à cuisiner avec sa grand-mère et que, pour elle, la cuisine était comme un jeu. Ces souvenirs provoquent chez elle des sourires et semblent lui apporter un peu de joie au milieu de sa tristesse.

Mme L. présente des difficultés à mettre en mot ses perceptions et affects ; ainsi il est difficile pour elle de représenter et de partager. Partager ses souvenirs et ses astuces de recettes avec le reste du groupe permet à Mme L. un travail de symbolisation, qui lui fait défaut.

A son arrivée, Mme L. pleurait souvent, la majorité du temps à l'évocation de sa fille décédée. Cette dame me touche énormément, elle suscite en moi un sentiment d'attachement. De ce fait, à plusieurs reprises, je me suis retrouvée démunie face à elle. Je me suis beaucoup questionnée sur l'attitude à adopter face à sa souffrance. J'en suis venue à la conclusion, qu'il fallait que je fasse preuve d'empathie afin d'entendre et comprendre sa souffrance sans toutefois la partager. Dans ces moments, j'essaie d'être contenante et rassurante.

Au fil des mois, sûrement du fait des différentes prises en soin et du fait que Mme L. ait pris des repères au sein de l'EHPAD, il semblerait qu'elle présente moins d'affects dépressifs. Désormais, elle profite pleinement de l'atelier, ne se laissant plus envahir par ses émotions de tristesse.

Mme L. ayant des difficultés de symbolisation, j'accorde une grande attention à son langage corporel, dont les troubles psycho-comportementaux, comme des manifestations de son vécu et de son ressenti.

Lorsque Mme L. présente des troubles psycho-comportementaux (apparaissant le plus souvent sous forme de déambulation, de tristesse, d'anxiété et de dépression), je l'encourage à verbaliser. Ceci lui donne l'opportunité d'exprimer, autrement que par le biais de ses symptômes psycho-comportementaux, son vécu et sa souffrance.

Quand Mme L. n'est pas en capacité de symboliser, tout est inconnu et donc source d'angoisses, origine probable de ses troubles du comportement. Il est de notre rôle, la psychomotricienne et moi-même, de tenter de mettre du sens et des mots sur ce qu'elle vit dans le but de l'apaiser. Nous exerçons une fonction de contenance et de parexcitation qui lui font défaut. W.R. BION évoque la fonction alpha⁵ qui permet de contenir les pensées et les angoisses du sujet. En proposant notre appareil psychique à Mme L., nous établissons cette fonction alpha qui permet une mise en sens et une réassurance.

Depuis son arrivée, j'ai pu observer chez Mme L. une augmentation de la déambulation et de l'impossibilité de rester assise durant les repas. Cette déambulation serait un moyen utilisé par la personne âgée afin de sentir qu'elle continue d'exister en faisant mouvoir son corps. Cette déambulation est cependant absente durant l'atelier cuisine, Mme L. restant assise tout le long alors qu'elle n'y est pas contrainte. Il semblerait donc que cet atelier, en lui proposant d'exercer ses compétences, permet à Mme L. de se sentir exister, de se sentir être.

⁵ Cf p.44 de ce mémoire

Conclusion:

Cet atelier a pour objectif premier de remobiliser chez Mme L. des enjeux identitaires et narcissiques afin de revaloriser son image du corps. La cuisine occupait une place importante dans la vie de Mme L. Pour reprendre ses mots « *Ici, je peux faire des choses que je faisais avant... et qui me manquent.* ». Elle verbalise être satisfaite de cet atelier car il lui permet de faire des choses dont elle pensait être aujourd'hui incapable. Pouvoir faire par elle-même des choses qu'elle faisait par le passé la revalorise narcissiquement et lui permet de prendre conscience de ses capacités qu'elle pensait disparues. Ainsi, elle peut réinvestir son corps comme lieu de plaisir et doué de compétence.

Les objectifs de la prise en soin semblent atteints.

Mme L. présente une symptomatologie anxieuse. Ses angoisses semblent se cristalliser autour de la mort. Ses sensations corporelles sont également source d'angoisse⁶. Il serait intéressant de mettre en place un suivi individuel en psychomotricité avec Mme L. par le biais de la relaxation ou de la balnéothérapie afin d'apaiser ses angoisses.

II- M. F.

1. Présentation physique succincte

Physiquement, M. F. semble en forme, ayant conservé de bonnes conditions physiques. D'allure fière, il a gardé une certaine prestance. Sa posture et sa démarche distinguées montrent qu'il était un homme socialement important. Ses cheveux gris sont coupés courts, son visage est très souvent souriant, rasé de près, et il est toujours bien habillé.

J'ai été touchée par ce monsieur, dont le physique laisse transparaître quelqu'un en bonne santé, mais présentant une atteinte cognitive très importante en dépit de son « jeune » âge.

2. Anamnèse

M. F. est âgé de **77 ans**. Il n'évoque jamais sa vie que cela soit spontanément ou sur sollicitation. Je ne dispose donc que d'éléments issus de son dossier ou évoqués par son épouse lors de notre rencontre.

Le père de M. F. était ouvrier, sa mère femme au foyer. Ils ont eu quatre enfants : trois garçons et une fille. M. F. est l'aîné de la fratrie. Il semble avoir eu une enfance heureuse. Son père fut prisonnier de guerre pendant 7 ans. Pendant cette absence, M. F. a été fusionnel avec sa mère. Le retour du père fut donc vécu difficilement.

M. F. a obtenu un certificat d'étude puis a été scolarisé en lycée agricole. Très investi dans son activité professionnelle, il a été conseiller viticole puis directeur de coopérative viticole.

⁶ Cf p.77 de ce mémoire

M. F. a fait la guerre d'Algérie en tant qu'Infirmier Diplômé d'État. Selon son dossier, il n'en gardait pas de mauvais souvenirs.

Il a connu son épouse à l'école primaire. Mariés à l'âge de 24 ans, ils ont eu deux enfants (un garçon et une fille) et quatre petits-enfants. M. F. n'évoque jamais sa famille.

A son domicile, **il ne cuisinait jamais**. Sa femme a donc été étonnée d'apprendre qu'il participait activement à un atelier pâtisserie. Cependant, **il a toujours aimé manger, avec une préférence pour la charcuterie et les desserts**. M. F. aimait également jardiner, lire (le journal et des romans), se promener et les animaux.

Le décès de sa mère et son cancer de la prostate furent des événements douloureux pour M. F. auxquels s'est ajouté son départ à la retraite. La diminution des relations sociales et des responsabilités ont occasionné chez lui une **dépression**. Des troubles cognitifs sont apparus progressivement ce qui a conduit, en **2015**, à un **diagnostic de démence de type Alzheimer**.

M. F. présentait à cette époque des affects dépressifs, une apathie et une conscience de ses troubles à l'origine d'une grande dévalorisation. A ce jour, il semble que ce ne soit plus le cas.

J'ai eu l'occasion de rencontrer son épouse une fois durant ma période d'observation. Cette dernière est en grande souffrance face à l'état de son mari. À domicile, la **perte d'autonomie** de M. F. était telle qu'elle s'occupait de tous les actes quotidiens. Elle stimulait les capacités cognitives de son mari à l'aide de petits jeux. À cette époque, M. F. allait régulièrement en accueil de jour afin qu'elle puisse se reposer, étant elle aussi malade. Elle me raconte avec tristesse que du fait de ses troubles du comportement, vivre quotidiennement avec son époux, lui était devenu insupportable. Son épuisement l'entraînait à avoir des comportements envers lui qu'elle qualifie de « maltraitants ». De plus, elle vivait dans la crainte qu'il fugue. L'accentuation des troubles cognitifs et des SPCD de M. F. ces derniers mois a entraîné son institutionnalisation, le maintien à domicile étant devenu impossible. M. F. a tout d'abord été institutionnalisé dans un autre EHPAD duquel il a fugué. Ainsi, il a été décidé de le transférer à l'UVA de l'EHPAD dans lequel j'effectue mon stage. L'institutionnalisation de M. F. fut un soulagement pour son épouse. Cette dernière n'a jamais évoqué le caractère, la personnalité de M. F. avant la maladie, ne me parlant de son époux qu'à partir des troubles et semblant ainsi le réduire à cela.

M. F. mesure 1.65 mètre et pèse 66 kilos. Son IMC est de 24.24, sa corpulence est dite « normale » et se situe dans les normes statur pondérales. Il ne porte ni appareil dentaire, ni appareil auditif, ni lunettes.

Concernant ses antécédents médicaux, M. F. a subi un accident sur la voie publique grave à 18 ans qui a nécessité une greffe osseuse au niveau de son bras droit. Il présente une hypertension artérielle, une phlébite et une insuffisance veineuse chronique.

Il fait régulièrement des malaises vagues. À 58 ans, il a eu un cancer de la prostate. M. F. a un diagnostic posé de **Démence de Type Alzheimer**. Aux vues de sa présentation clinique, il semblerait que M. F. se situe au **stade sévère** de la maladie d'Alzheimer.

Son **GIR** actuel de **2** correspond aux personnes dont les fonctions mentales sont gravement altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer. Du fait de l'atteinte cognitive, certains gestes, tels que l'habillage, la toilette, ne peuvent être accomplis.

M. F. présente des **troubles cognitifs à un stade avancé** et une **anosognosie**. Son dernier MMSE, datant d'un an, est de 19 ce qui met en évidence des troubles cognitifs modérés. Cependant, les troubles cognitifs de M. F. se sont considérablement aggravés. À ce jour, je ne suis pas certaine qu'une nouvelle passation du MMSE soit possible.

Au niveau de l'évaluation psycho-comportementale, son **NPI-ES** met en évidence des **troubles psycho-comportementaux importants : agitation/agressivité, anxiété, irritabilité/instabilité et comportement moteur aberrant**.

3. Au sein de l'EHPAD

Au niveau de la toilette, de l'habillage et du déshabillage, M. F. nécessite une aide complète. La journée, M. F. est continent urinaire mais incontinent au niveau des selles. La nuit il est incontinent. Ainsi, il porte des protections jour et nuit et nécessite un accompagnement aux toilettes. Le régime et la texture de son alimentation sont normaux. Durant les repas, il se nourrit seul. Les **prises de repas** sont cependant **difficiles, du fait de sa déambulation**, M. F. refusant de venir à table.

Concernant la prise en soin médicamenteuse, M. F. prend quotidiennement un antihypertenseur, un hypolipémiant, un anticoagulant, un laxatif, un antidépresseur, un benzodiazépine anxiolytique, un neuroleptique atypique et un antiparkinsonien (pour le syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques). Au niveau de la prise en soin non médicamenteuse, M. F. bénéficie d'une prise en soin en psychomotricité (canithérapie, atelier chant et atelier pâtisserie).

4. Notre première rencontre

Lors de notre première rencontre, M. F. est en compagnie de sa femme. Cette dernière me parle beaucoup contrairement à lui, qui reste mutique malgré ses sollicitations. M. F. semble ne plus avoir aucun affect envers son épouse. Cette dernière lui parle, l'embrasse sans que celui-ci ne réagisse, occupé à tourner les pages d'un magazine.

Je pense donc, à ce moment, que les troubles sont avancés au point qu'ils ont entraîné un tel repli sur soi, qu'il n'est plus capable d'interagir avec son environnement.

5. Période d'observation

M. F. a été admis à l'UVA début décembre, j'ai donc eu l'occasion de l'observer quelques semaines avant de l'intégrer à l'atelier pâtisserie. Voici ce qui ressort de mes observations et des transmissions faites par l'équipe à son égard.

M. F. s'est très vite adapté au fonctionnement de l'UVA. Il participe toujours et de manière active aux animations proposées par les ASG. Il semble y prendre du plaisir. Il apprécie particulièrement les activités manuelles et les jeux de carte. M. F. est très volontaire et fait preuve d'une grande empathie envers les résidents de l'UVA. J'ai pu l'observer s'occuper d'une nouvelle dame en fauteuil roulant qui criait en lui faisant des massages et en l'embrassant, notamment sur la bouche. *Est-ce que cela met en évidence une perturbation au niveau des distances relationnelles ? Une désinhibition ?*

M. F. reçoit peu de visites, mais ne semble pas en souffrir. Il ne réclame pas la visite de sa famille mais il lui arrive cependant de demander à rentrer chez lui. M. F. peut présenter des **épisodes d'anxiété** importante. Dans ces moments-là, il ressent le besoin de partir, le **risque de fugue** est important ce qui nécessite une attention accrue de l'équipe.

Le trouble du comportement majeur qu'il présente est la **déambulation**, M. F. déambule dans les couloirs ou le jardin de l'UVA toute la journée. Il dort peu la nuit, occupé à déambuler dans le couloir. Il lui arrive de rentrer dans les chambres des autres résidents et se coucher dans les lits occupés. Il s'endort très tard dans la nuit. De ce fait, le réveil est très difficile. Les ASG ne parviennent pas à le lever avant midi, M. F. pouvant devenir agressif physiquement si elles insistent. Les soins sont très compliqués, que ce soit le matin ou le soir, M. F. peut être très opposant et irritable.

Il peut également présenter des **épisodes d'agitation et de désinhibition**. Il peut sortir nu de sa chambre par exemple.

6. Bilan psychomoteur

Du fait de ses troubles importants, **un bilan psychomoteur standardisé n'a pu être réalisé**. Ce bilan a donc été réalisé à l'aide du Tinetti et d'observations cliniques faites durant ma période d'observation et plus particulièrement durant l'atelier pâtisserie.

La **motricité globale est efficiente**. L'**équilibre**, qu'il soit statique ou dynamique est de bonne qualité. Concernant la **marche**, M. F. se déplace seul, sans aide technique. Le pas (hauteur, largueur et longueur) est **de bonne qualité**. Sa démarche est assurée, les bras se balançant au rythme de ses jambes ce qui met en évidence de bonnes coordinations haut/bas du corps. M. F. se déplace en chaussons ce qui peut majorer les risques de chute.

Depuis son arrivée, il a chuté six fois. Les causes retenues sont une mauvaise appréciation de ses capacités, sa déambulation et les malaises vagues dont il peut être victime. Le Tinetti est de 28/28 ce qui correspond à un risque de chute normal.

M. F. présente une **désorientation spatio-temporelle**. Au niveau du repérage temporel, il ne parvient pas à lire l'heure et me donner la date durant l'atelier. Pour sa date de naissance, il ne donne que le chiffre. Il n'est pas orienté dans la journée.

Au sein de l'UVA, il n'est pas repéré. Il ne parvient pas à retrouver sa chambre malgré sa photo, son nom et son prénom sur la porte. Il est souvent retrouvé dans une chambre qui n'est pas la sienne. M. F. ne semble pas avoir investi sa chambre, qui ne présente aucun meubles, décorations ou photos personnels. Ainsi, elle est semblable aux autres chambres, ce qui ne doit pas aider M. F. à retrouver sa chambre. Les relations topologiques sont confuses.

Le **schéma corporel semble fragilisé**. L'imitation des mouvements est bonne au niveau des membres supérieurs, hasardeuse au niveau des membres inférieurs. La somatognosie semble également atteinte plus particulièrement au niveau des membres inférieurs. Ainsi, les membres inférieurs semblent désinvestis. *Ceci pourrait-il expliquer la déambulation ? La déambulation ne serait-elle pas un moyen pour stimuler ses membres inférieurs afin de s'assurer de leur présence ?* Comme le dit V. VIAUD-BESSONNET (2014, p.28) « Une lecture psychomotrice des comportements moteurs atypiques nous pousse à les considérer comme une remobilisation sensorielle et psychique afin de retrouver la continuité du schéma corporel. Ce dernier étant une base à l'identification de la personne, sa remobilisation renvoie à une recherche du sentiment d'exister ».

Les **assises identitaires** de M. F. **semblent défailtantes**. La conscience d'éléments fondateurs de son identité comme son nom, son prénom ou ses liens familiaux est mise à mal par sa démence (« *Je m'appelle... Claude... Enfin... je pense* »). Du fait de son anosognosie, il ne semble pas avoir conscience de ses troubles. De ce fait, il ne semble pas souffrir. Selon C. MONTANI et M. RUFFIOT, l'image du corps de la personne âgée atteinte de démence est perforable et donc insuffisamment contenante. Pour faire face à cela, elle tente de restaurer des limites par le biais corporel ou sensoriel visant « *la restauration d'une image du corps suffisamment sécurisante.* » (2009, p.110). *La déambulation ne serait-elle pas un moyen pour M. F. de restaurer cette image du corps contenante ?*

M. F. présente un tonus adapté aux différentes propositions de l'atelier ce qui met en évidence une **régulation tonique efficiente**.

Au niveau de la motricité fine, le **déliement digital** est de **bonne qualité** permettant à M. F. d'effectuer des actes fins et précis lors de la préparation d'un gâteau. La dextérité manuelle est bonne et plus importante au niveau de sa main droite. M. F. est droitier.

M. F. présente de **bonnes coordinations dynamiques générales**. Il peut tenir le plat et remuer un fouet ou manier deux ustensiles en même temps ; les coordinations bi-manuelles semblent donc préservées. Les coordinations oculo-manuelles sont également efficaces : il lui est possible de verser des ingrédients tout en vérifiant le poids sur la balance.

Au niveau cognitif, M. F. souffre d'une **atteinte mnésique importante** mais qui est difficile à évaluer du fait de son aphasie. La **mémoire à court et à long terme sont altérées**. Il lui arrive de ne pas se rappeler qu'un ingrédient a été mis. La **mémoire procédurale semble conservée** car le maniement des couverts ne pose pas de problème. Les **gnosies sont perturbées**. Il présente un **trouble des praxies de l'habillage et constructives**. L'utilisation des ustensiles durant l'atelier semble mettre en avant une conservation des praxies idéatoires. Le langage de M. F. est entravé par une **aphasie importante** rendant difficile tout échange verbal. Il parle peu spontanément. Le langage ne représente plus chez lui un support par lequel il va pouvoir échanger avec autrui. Il peut s'en servir pour les choses simples comme exprimer son envie ou son refus mais dès que cela nécessite des phrases plus construites, plus élaborées, le **discours devient confus et incohérent**.

La compréhension est difficile à évaluer. Un bilan standard n'a pu être fait car dès que cela nécessite une réponse verbale, le discours de M. F. est confus et il n'est pas possible de déterminer si c'est le résultat d'une incompréhension, de son aphasie ou d'autres troubles cognitifs. Contrairement aux consignes complexes, les consignes simples auxquelles il peut répondre non verbalement semblent comprises (notamment lors du Tinetti). Au fil des ateliers, j'ai pu comprendre qu'en cas d'incompréhension de sa part, un guidage par imitation ou kinesthésique est efficace, M. F. arrive ensuite à réaliser seul ce qui lui est demandé. L'attention de M. F. est par moment labile mais n'entrave pas sa participation à l'atelier. Il ne réagit pas forcément lorsque je l'appelle mais se recentre si je lui offre un contact corporel.

Au niveau **relationnel**, M. F. est **de bon contact**. Au fil des séances, il semble avoir créé une bonne relation avec M. D. (avec qui il participe à l'atelier) et moi. N'étant à l'UVA que le vendredi après-midi, il a fallu quelques semaines avant qu'il puisse, il me semble, me reconnaître. Au début de ma prise en soin, j'avais l'impression de recommencer « à zéro » notre relation à chaque séance. Il fallait lui accorder un certain temps pour me présenter à nouveau, lui expliquer ce que je faisais afin qu'une certaine confiance et réassurance s'installe. Désormais, il semble me reconnaître, son sourire s'élargit quand j'arrive et il accepte facilement de venir, signe qu'une confiance s'est créée.

Le visage de M. F. est souvent figé dans un sourire. Du fait de ses troubles, la **régulation émotionnelle semble dichotomique**, passant d'un visage souriant à un visage contrarié. Il lui semble difficile d'afficher d'autres mimiques ou émotions plus variées.

7. Objectifs de la prise en soin en psychomotricité

Pour M. F., les principaux objectifs de l'atelier pâtisserie sont :

- Diminuer les troubles psycho-comportementaux,
- Stimuler ses capacités restantes afin de maintenir son autonomie fonctionnelle,
- Consolider son schéma corporel afin qu'il reste un repère sécurisant pour lui,
- Lui permettre des échanges avec autrui malgré ses troubles phasiques,
- Le revaloriser en lui donnant un rôle important.

8. Prise en soin psychomotrice

M. F. est très volontaire durant l'atelier pâtisserie. Il participe activement à l'élaboration de la recette, au rangement et au nettoyage. Il semble ressentir le besoin de se rendre utile.

Au début de l'atelier, j'énonce le nom des différents participants. Ce moment semble important pour M. F. dont le sourire s'élargit d'autant plus à l'annonce de son nom. *Ce moment le rassure-t-il parce que cela confirme son existence et son identité ? Ou parce que ce rituel marque sa place au sein du groupe ?* Au fil des mois, M. F. a su prendre sa place au sein du groupe dans lequel il apporte une bonne dynamique.

Sûrement du fait de ses troubles mnésiques à court terme, M. F. pense régulièrement que nous avons oublié de mettre un ingrédient dans la préparation. Il peut alors demander à plusieurs reprises si nous l'avons mis. Il est important que je réponde avec bienveillance à ses questions, même si elles sont répétitives, afin de lui offrir une réassurance dont il semble avoir besoin.

Les autres participants n'étant plus en capacité de lire, M. F. lit la recette. Le fait de lire la recette lui donne un statut important au sein du groupe. Cela revalorise M. F., qui retrouve alors un rôle important qu'il tenait autrefois et qu'il appréciait. Certains automatismes de l'homme d'affaires qu'il était, ressortent durant l'atelier. En effet, il est très organisé et peut être directif. Il tient à ce que les gâteaux soient bien présentés, ce dont il s'assure. Il peut même proposer de les mettre dans des boîtes afin de les vendre.

M. F., bien qu'il n'ait jamais cuisiné de sa vie, est très appliqué durant la préparation et semble prendre du plaisir. Malgré ses troubles importants, il peut réaliser seul la majorité des étapes d'une recette. M. F. a parfois besoin d'être guidé dans ses gestes verbalement ou par la démonstration.

Il peut lui arriver de ne pas suivre mes conseils et de faire preuve de prise d'initiative. Je lui laisse cette part de liberté si cela n'entrave pas la réalisation du gâteau. L'atelier lui donne ainsi la possibilité de retrouver une certaine autonomie, aujourd'hui très limitée du fait de ses troubles.

Faire par lui-même est source de grande valorisation pour M. F. Il est très sensible aux compliments que je peux lui faire durant l'atelier. La dégustation du gâteau est également un moment très valorisant pour lui. En effet, il est toujours ravi de voir le résultat de son travail. Il ne manque pas de complimenter le gâteau. *Valoriser sa production ne lui permet-il pas de valoriser sa propre personne et ainsi de se renarcissiser ?* Au cours du goûter, M. F. reste assis tout le long et peut se resservir plusieurs fois du gâteau, il est très gourmand.

A ce jour, le seul acte quotidien que M. F. est encore capable de faire seul est de s'alimenter. En stimulant sa force, sa motricité manuelle et ses praxies, l'atelier pâtisserie participe au maintien de son autonomie fonctionnelle.

Du fait des troubles cognitifs avancés de chaque participant, l'échange entre eux fut long à se mettre en place. Au fil des mois, M. F. s'est lié d'amitié avec M. D. qui participe également à l'atelier. M. D. est en fauteuil roulant et du fait de douleurs aux épaules, il ne peut pas remuer la pâte quand le plat est posé sur la table. Je pose donc le plat sur ses genoux et je le maintiens pendant qu'il remue. Durant une séance, j'ai proposé à M. F. de me remplacer ce qu'il a accepté. Une relation d'entraide est ainsi apparue, qui s'est transformée en amitié. Pour le goûter, M. F. s'installe souvent à la même table que M. D. J'ai pu assister à un de leur échange qui apparaissait, de mon point de vue, totalement dénué de sens mais qui donnait lieu à une interaction riche entre ces deux messieurs.

M. F. est souvent le premier à s'installer et toujours à la même place : en bout de table, la place de celui qui préside. Cette place lui permet à la fois d'observer ce que font tous les participants mais également de voir la salle de restauration où se tiennent les autres résidents et les ASG. Au début de la prise en soin, il regardait souvent vers la salle, son lieu de vie habituel, contrairement à la cuisine thérapeutique où il n'allait jamais. *Peut-être cherchait-il des repères sécurisants pour se rassurer ?* Désormais, par la répétition des ateliers au fil des mois, il semble avoir pris des repères suffisamment rassurants, du fait de leur stabilité, au sein de la cuisine thérapeutique et semble être davantage en confiance. Il est plus présent et concentré sur ce qu'il se passe dans l'atelier.

A chaque fin de séance, M. F. tient à garder sa charlotte et son tablier. Ce petit temps représentant le rituel de fin, je me suis demandée : *M. F. ne redoute-t-il pas la fin de l'atelier qu'on pourrait rapprocher d'une angoisse de séparation ?*

Il chercherait ainsi à repousser cette fin. Il lui faut un petit temps, que je lui accorde, pour qu'il accepte de les retirer. Pendant ce temps, je lui explique, afin de tenter d'apaiser son angoisse et qu'il puisse se projeter dans le temps, que nous nous revoyons la semaine suivante pour faire un nouveau gâteau.

Du fait que l'atelier ne soit pas repris à la fin de mon stage, je rappelle aux participants qu'il nous reste tant de séances avant mon départ afin qu'ils puissent anticiper la fin de la prise en soin et éviter au maximum les angoisses de fin et d'abandon.

M. F. a pu m'étonner par sa perspicacité. En effet, il s'est inquiété de l'absence de levure et de farine pour une préparation (rochers coco) qu'il m'a réclamée.

Du fait de ses troubles, même lorsque je le sollicite, M. F. n'évoque rien de sa vie personnelle (son gâteau préféré, des souvenirs en rapport avec la pâtisserie, etc.). La mise en mot de ses sensations et ressentis est également difficile. Ainsi, notamment par le biais de la stimulation sensorielle, je m'attache à mettre des mots sur ce qu'il peut sentir mais également sur ce qu'il peut faire.

J'ai pu noter que ses déambulations disparaissent complètement durant l'atelier. Je me suis alors questionnée sur le sens que pouvait avoir cette déambulation et sur ce que l'atelier pouvait apporter à M. F. pour qu'il ne présente plus ce comportement.

La démence et les troubles associés entraînent une perte du sentiment de la permanence d'exister. Comme le dit A. GRILLET (2016, p.28), « *Le passé récent est définitivement perdu, le futur est une notion floue, il ne reste alors que le présent et la déambulation, vécu corporel du temps qui passe* ».

Ainsi, la déambulation peut être considérée comme une activité sensori-motrice permettant un état de stimulation permanente.

Le mouvement n'est-il pas un moyen utilisé par M. F. pour sentir et prendre conscience de son corps afin de lutter contre le sentiment de vide pouvant renvoyer à l'angoisse de mort dont parle J. MAISONDIEU ?

Par cette déambulation, M. F. semble répondre à un besoin d'être dans l'agir. Ainsi, l'agir semble avoir pour M. F. une fonction contenante pour pallier à son sentiment d'existence défaillant.

En effet, j'ai pu ressentir dès les premières séances chez M. F. un besoin d'être dans le faire en permanence. Du fait que cela soit une prise en soin groupale et qu'il y ait une répartition des tâches, il ne peut pas constamment être dans l'agir. Il a éprouvé quelques difficultés au début de la prise en soin à laisser participer les autres résidents, il aurait aimé tout faire. Ainsi, je lui faisais faire des choses en autonomie pendant que je m'occupais d'un autre résident. Il pouvait par exemple beurrer le moule pendant que le résident que j'aidais finissait la pâte. Ainsi, M. F. ne déambulait plus durant cet atelier pâtisserie mais, il restait dans le « faire » qui semble le rassurer.

Lorsqu'il ne pouvait rien faire, j'ai pu remarquer que M. F. avait tendance à lire la recette en boucle sans vouloir s'arrêter. *Est-ce le résultat d'un trouble mnésique ? Une logorrhée ? Une stéréotypie ?*

Ce comportement, au même titre que son besoin d'agir, pourrait être vu comme une manière pour M. F. de se stimuler.

Par cette stimulation, ne cherche-t-il pas à lutter contre une angoisse qu'il peut éprouver face au vide et au silence ?

En effet, la voix permet une stimulation interne par les vibrations qu'elle provoque dans le corps. Par les sons émis, elle permet également une enveloppe sonore contenant.

Ainsi, l'image du corps de M. F. ne semble plus assez sécurisante, n'assurant plus son rôle de Holding interne. Il est de mon rôle d'assurer cette fonction de contenance, de lui offrir un Holding externe afin de restaurer le sentiment de permanence de soi de M. F.. Comme le dit P. SCIALOM (2015, p.5) « *Le sentiment d'exister provient de cette présence de l'autre* ». Au fur et à mesure des séances, par la contenance procurée par ma présence mais également par le cadre et le groupe, M. F. semble avoir intégré des repères rassurants. Désormais, il peut observer les autres sans être dans « le faire ». Par moment, il lui arrive encore de relire sa recette en boucle. Sans l'en empêcher, je l'accompagne dans ces moments par ma présence, ma voix et un toucher rassurant afin de le contenir au mieux.

Conclusion :

L'atelier pâtisserie a été riche en observations cliniques permettant de mettre en avant les troubles et les capacités de M. F. pour qui une passation d'un bilan standardisé n'est pas possible.

M. F. semble profiter de ce que lui apporte l'atelier pâtisserie, il est dommage qu'il ne soit pas repris à la fin de mon stage. Par ce que j'ai pu observer au fil des séances, selon moi, les objectifs de la prise en soin ont été atteints.

La complexité des troubles que présente M. F. rend difficile la mise en sens de ses symptômes psycho-comportementaux, pourtant nécessaire pour lui offrir une prise en soin adaptée à ses besoins. En rencontrant M. F., je me suis retrouvée confrontée pour la première fois, seule face à un patient pour lequel la communication verbale n'est plus un appui. Il a fallu que je m'adapte à cela, ce qui a été formateur.

Une prise en soin individuelle en psychomotricité pourrait être intéressante pour M. F. par le biais du toucher afin de lui faire prendre conscience de la permanence de son corps.

CONCLUSION

Lorsque j'ai choisi de traiter ce sujet, la cuisine étant utilisée par de nombreux psychomotriciens dans leur pratique, je m'attendais à trouver de nombreux ouvrages, articles ou mémoires traitant de l'importance de cette médiation en psychomotricité. Quelle ne fut pas ma désillusion. Effectivement, malgré maintes recherches, ce sujet semble peu (pour ne pas dire sous) traité. Avec du recul, ceci a été un véritable avantage. En effet, j'ai pu mener tout au long de cette année un véritable travail de réflexion personnel, sans être influencée par ce qui aurait pu déjà être écrit. Ce qui fut donc très enrichissant.

C'est un sujet vaste que j'ai tenté de traiter car, selon moi, la cuisine représente une médiation majeure dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence.

Les psychomotriciens sont de plus en plus nombreux à travailler auprès de cette population. Bien qu'ils soient souvent assimilés au domaine de l'enfance, ils sont des professionnels de santé à part entière qui ont toute leur place dans le milieu gériatrique. J'ai souhaité, par le biais de ce mémoire, montrer l'intérêt que représente l'approche psychomotrice dans la prise en soin de la personne âgée atteinte de démence.

Nombreux sont les psychomotriciens travaillant en EHPAD qui utilisent la médiation cuisine. N'oublions pas que ce n'est pas la médiation en soi qui possède des vertus thérapeutiques, mais la façon dont elle est amenée par le professionnel. Le psychomotricien, par ses spécificités, va amener cette dernière d'une manière qui lui est propre.

La cuisine est une médiation intéressante car elle parle au plus grand nombre des personnes âgées que nous pouvons rencontrer en EHPAD. Elle sollicite de nombreuses fonctions psychomotrices qui peuvent être fragilisées par la démence. En ce sens, elle est d'un grand intérêt pour la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence. Pour autant, cette médiation ne doit pas être réduite à un support ayant pour but de « rééduquer » les fonctions défaillantes, ce qui reviendrait à réduire la personne à ses troubles. Son but étant de permettre à la personne âgée de voir au-delà de sa maladie, de ne plus se définir seulement par ses troubles et, ainsi, retrouver un statut de sujet. « Je cuisine donc je suis ». Le psychomotricien, par son implication, rend possible ce réinvestissement car ne perdons jamais de vue qu'un sujet seul n'existe pas.

Par sa richesse, la médiation cuisine permet une approche globale de la personne, approche globale qui fonde et définit la psychomotricité. C'est là que réside son intérêt dans la prise en soin psychomotrice.

BIBLIOGRAPHIE

- **ALBARET J.-M.** (2011). Introduction aux troubles psychomoteurs et à leur mise en évidence. Dans J.-M. ALBARET, P. SCIALOM, F. GIROMINI *Manuel d'Enseignement de Psychomotricité* Vol. 1 : Concepts fondamentaux (p 287-326). De Boeck Solal.
- **ANKRI J.** (2001). Le vieillissement cérébral: les thérapies médicamenteuses. *Gérontologie et société*, 97, p. 115-127.
- **ANKRI J.** (2009). Prévalence, incidence et facteurs de risques de la Maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 128-129, p 129-141.
- **ANZIEU D.** (1995). *Le Moi-Peau* (1985). 2ème éd.. Dunod.
- **BALLOUARD C.** (2003). *Le travail du psychomotricien*. Dunod.
- **BARUS-MICHEL J.** (2011). La médiation, point de vue psychanalytique et clinique. *Le Journal des psychologues*, 288, p. 44-48.
- **BILLAUX M.-S.** (2010). *Le goût du sucre*. Autrement.
- **BONNET A. et FERNANDEZ L.** (dir.) (2015). *Psychologie clinique du vieillissement*. In Press.
- **BOSCAINI F. et SAINT-CAST A.** (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49, p. 78-88.
- **BRUN A., CHOUVIER B. et ROUSSILLON R.** (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Dunod.
- **BRUN A.** (2011). *Les Médiations thérapeutiques*. Erès.
- **BRUN A.** (2014). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*, 2^{ème} éd. (p. 27-108 et p. 151-184). Dunod.
- **CARADEC V. et VANNIENWENHOVE T.** (2015). L'expérience corporelle du vieillissement. *Gérontologie et société*, 148, p83-94.
- **CATHELINE N. et MARCELLI D.** (2011). 1. La médiation éclairée par les travaux de D.W. Winnicott. Dans *Ces adolescents qui évitent de penser* (p 19-42). Erès.
- **CHEVANCE A.** (2003). Alzheimer, le mal de Léthé. Une hypothèse psychogène de la maladie d'Alzheimer est-elle crédible ?. *Cliniques méditerranéennes*, 67, p.75-86.
- **CHOUVIER B.** (2011). La médiation dans le champ psychopathologique. Dans BRUN A. (dir.) *Les médiations thérapeutiques*, p.37-47. Erès.
- **CLAIR O. et DUBOS G.** (1983). Être psychomotricienne en gériatrie. *Thérapie psychomotrice*, 59, p.43-51.
- **COMITE DE LIAISON ALIMENTATION NUTRITION du CH de Jonzac**, (2008). *Guide des Ateliers de Cuisine Thérapeutique*. Récupéré de http://www.felin.re/IMG/pdf/V5_Guide_des_ateliers_de_cuisines_therapeutiques_valide.pdf
- **DARTIGUES J.F, HELMER C. et LETENNEUR L.** (2001). Epidémiologie des démences. *Gérontologie et société*, 97, p.75-90.

- **DESOBEAU.F.** (2010). Identité et fonction du psychomotricien. *Thérapie psychomotrice*, 162, p.58-68.
- **DORMA C. et FEVE S.** (2015). *Psychomotricité auprès de la personne âgée*. Broché.
- **DUBOIS B.** (2009). Quelques réflexions sur le diagnostic de la Maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 128-129, p.143-162.
- **DUQUENOY SPYCHALA K.** (2005). 3. Approche psychodynamique de la maladie d'Alzheimer. *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer* (p.49-55). Pratiques gérontologiques, Erès.
- **DUPUY A. et POULAIN J.-P.** (2008). Le plaisir dans la socialisation alimentaire. *Enfance*, 60, p.261-270.
- **ESCOUROLLE F., HAUW, J.-J. et DUYCKAERTS C.** (2001). Neuropathologie du vieillissement cérébral. *Gérontologie et société*, 97, p.19-31.
- **GZIL F.** (2014). Analyses critiques. *Retraite et société*, 68, p.190-206.
- **GRILLET A.** (2016). Quand le temps s'en mêle... . *Le Journal des psychologues*, 336, p 26-29.
- **HARRUS-REVIDI G.** (2010). Dans BILLAUX M.-S., *Le goût du sucre*, p.18-25. Autrement.
- **GIROMINI F.** (2012). La médiation en psychomotricité. Dans LESAGE B., *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 253-264). Erès.
- **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** Site officiel. Récupéré de <http://www.has-sante.fr/portail/>
- **JOLY F.** (2012). Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective. *Le Journal des psychologues*, 298, p.16-21.
- **JUHEIL J-C.** (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. Chronique sociale.
- **LE GREGAM E.** (2011). La médiation sensorielle dans les petits groupes de personnes âgées. *Le Journal des psychologues*, 285, p. 52-55.
- **LIGNEAU M.** (2014). *L'utilisation de la médiation danse en psychomotricité auprès d'un groupe d'adultes déficients intellectuel* (Mémoire en vue de l'obtention du D.E. de Psychomotricien), IFP de la Pitié Salpêtrière, Paris.
- **MARCHAND M.** (2008). Regards sur la vieillesse. *Le Journal des psychologues*, 256, p.22-26
- **MARQUIE J.C et ISINGRINI M.** (2001). Aspects cognitifs du vieillissement normal. Dans Albaret J-M. et Aubert E. (dir.) *Vieillesse et psychomotricité*. De Boeck Solal.
- **MEMBRADO M. et SALORD T.** (2009). Expériences temporelles au grand âge. *Informations sociales*, 153, p.30-37.
- **MONTANI C.** (2001). La version cachée de la maladie d'Alzheimer : celle livrée par le patient. *Gérontologie et société*, 97, p 151-158.
- **MONTANI C. et RUFFIOT M.** (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes*, 79, p.103-116.
- **NKODO MEKONGO Y.-P., DE BREUCKER S. PEPERSACK T.** (2007). Maladie d'Alzheimer: la psychologie clinique en contrepoint de la médecine. *Cahiers de psychologie clinique*, 28, p.207-219.

- **OMS** (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*.
- **OMS**. Site officiel. Récupéré de <http://www.who.int/fr/>
- **PFERSDORFF A.** (2012, 19 mars). *Notre alimentation est culturelle. Aspects linguistiques, historiques, sociologiques*. Récupéré de <http://www.pediatre-online.fr/acquisitions/notre-alimentation-est-culturelle-aspects-linguistiques-historiques-sociologiques/>
- **PLOCINIAK L.** (2015). *La psychomotricité auprès de la personne âgée démente anxieuse en EHPAD : les médiations bain et toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement* (Mémoire en vue de l'obtention du D.E. de Psychomotricien). IFP de Bordeaux.
- **PLOTON L.** (2009). À propos de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 128-129, p.89-115.
- **POTEL C.** (2010). *Être psychomotricien*. Erès.
- **POTEL C.** (2006). 3. Thérapie à médiation corporelle : un abord thérapeutique qui permet que les mots prennent corps. Dans *Corps brûlant, corps adolescent* (p. 39-49), Erès.
- **POTEL C.** (2015). Introduction aux pratiques psychomotrices et à la médiation thérapeutique en particulier. Dans ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Vol 2. Méthodes et techniques* (p. 14-21), De Boeck-Solal.
- **QUELIN-SOULIGOUX D.** (2003). De l'objet à la médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 41, p.29-39.
- **RECHERCHE SUR ALZHEIMER**. Site officiel. Récupéré de : <http://alzheimer-recherche.org/category/maladie-alzheimer/>
- **REGNIER F., LHUISSIER A., GOJARD S.** (2009). *Sociologie de l'alimentation* (p.5-44). La Découverte.
- **RIGAUD A.-S.** (2001). Symptômes de la maladie d'Alzheimer : point de vue du médecin. *Gérontologie et société*, 97, p.139-150.
- **RODRIGUEZ M.** (2012). De la place du corps dans les thérapies psychomotrices. *Le Journal des psychologues*, 298, p.22-25.
- **SCHAAL B. et SOUSSIGNAN R.** (2008). L'enfant face aux aliments : d'avant-goûts en préférences en programmations. *Enfance*, 60, p. 213-218.
- **SCIALOM P.** (2015). Présentation. Dans ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Vol 2. Méthodes et techniques* (p.3-6). De Boeck-Solal.
- **SIKSOU M.** (2011). Les sens et les odeurs. *Le Journal des psychologues*, 285, p.30.
- **SIROTA R.** (2004). Le gâteau d'anniversaire. De la célébration de l'enfant à son inscription sociale. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 55, p. 53-66.
- **VIAUD-BESSONNET V.** (2014). *"Bouger pour continuer d'exister" : lecture psychomotrice des comportements moteurs répétitifs de personnes atteintes de démence de type Alzheimer en EHPAD* (Mémoire en vue de l'obtention du D.E. de Psychomotricien). IFP de Bordeaux.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	p.1
Sommaire	p.2
Introduction	p.3
PARTIE 1 : VIEILLISSEMENT NORMAL ET PATHOLOGIQUE	p.6
I- Vieillessement normal	p.6
1. Modifications physiques	p.6
2. Modifications cognitives	p.7
3. Modifications psychiques	p.10
II- Vieillessement pathologique	p.11
1. Les démences	p.11
2. La démence de type Alzheimer (DTA) ou Maladie d'Alzheimer (MA)	p.12
2.1. Historique et définition	p.12
2.2. Données épidémiologiques	p.12
2.3. Étiologie	p.13
2.3.1. Une étiologie organique ?	p.13
2.3.2. Une étiologie psychique ou sociale ?	p.14
2.4.Facteurs de risque	p.15
2.5.Les symptômes	p.16
2.5.1. Les quatre A (amnésie, aphasie, apraxie, agnosie)	p.16
2.5.2. Les autres symptômes	p.18
2.6.Le vécu du malade	p.19
2.7.Diagnostic	p.20
3. Troubles psychomoteurs de la personne âgée atteinte de démence	p.21
4. Évaluation psychomotrice	p.23
5. Traitements médicamenteux et non médicamenteux	p.25
5.1.Traitements médicamenteux	p.25
5.2.Traitements non médicamenteux	p.25
PARTIE 2 : LA MÉDIATION CUISINE	p.27
I- Médiation et théorie	p.27

II-	Médiation, groupe et transfert	p.30
1.	Le groupe	p.30
2.	Le transfert	p.31
III-	Médiation, cadre et dispositif	p.32
1.	Définitions : cadre et dispositif	p.32
2.	L'importance du cadre et du dispositif dans la médiation	p.33
IV-	La médiation cuisine	p.34
1.	Le développement de l'enfant en relation avec la nourriture	p.34
2.	L'importance de la cuisine dans la vie	p.35
3.	Le sucre et la pâtisserie	p.37
V-	Médiation et psychomotricité	p.39
1.	Qu'est-ce que la psychomotricité ?	p.39
2.	L'utilisation de la médiation en psychomotricité	p.40
3.	La spécificité du psychomotricien dans l'utilisation d'une médiation	p.41
PARTIE 3 : L'UTILISATION D'UN ATELIER PÂTISSERIE DANS LA PRISE EN SOIN PSYCHOMOTRICE DES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE DÉMENCE		p.47
I-	L'établissement	p.47
1.	Présentation de l'EHPAD	p.47
2.	Population accueillie	p.47
3.	Présentation du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et de l'Unité de Vie Adaptée (UVA)	p.48
3.1.	Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés	p.48
3.2.	L'unité de Vie Adaptée	p.48
4.	L'équipe de l'EHPAD	p.48
II-	La place de la psychomotricité au sein de cet établissement	p.49
1.	Le rôle de la psychomotricienne au sein de l'EHPAD	p.49
2.	Ma place en tant que stagiaire en psychomotricité	p.49
III-	L'atelier pâtisserie	p.50
1.	Présentation de l'atelier	p.50
1.1.	Projet de prise en soin	p.50
1.2.	Déroulement d'une séance type	p.53
2.	Intérêt de cette médiation dans la prise en soin psychomotrice	p.54
3.	Intérêt de cette médiation dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de démence	p.55

3.1.Repères spatio-temporels	p.55
3.2.Stimulation sensorielle	p.56
3.3.Stimulation cognitive	p.58
3.4.Stimulation de la motricité, du tonus et des coordinations	p.59
3.5.Stimulation de la communication et des échanges interrelationnels	p.60
3.6.Stimulation de la réminiscence et renforcement des assises identitaires ..	p.62
3.7.Renforcement du schéma corporel	p.64
3.8.Revalorisation de l'image du corps	p.65
3.9.Diminution des troubles psycho-comportementaux (SPCD)	p.66
4. Limites/inconvénients de cet atelier	p.70
PARTIE 4: CAS CLINIQUES	p.72
I- Mme L.	p.72
1. Présentation physique succincte	p.72
2. Anamnèse	p.72
3. Au sein de l'EHPAD	p.73
4. Notre première rencontre	p.74
5. Bilan psychomoteur.....	p.74
6. Objectifs de la prise en soin en psychomotricité.....	p.77
7. Prise en soin psychomotrice	p.77
II- M. F.	p.81
1. Présentation physique succincte	p.81
2. Anamnèse	p.81
3. Au sein de l'EHPAD	p.83
4. Notre première rencontre	p.83
5. Période d'observation	p.84
6. Bilan psychomoteur	p.84
7. Objectifs de la prise en soin en psychomotricité	p.87
8. Prise en soin psychomotrice	p.87
Conclusion	p.91
Bibliographie	p.92
Table des matières	p.95
Annexes	p.98

ANNEXES

Cuisine thérapeutique du PASA



Cuisine thérapeutique de l'UVA

(ouverte sur la salle de restauration/d'activités)

