



HAL
open science

L'intérêt de la psychomotricité dans le maintien à domicile : application en Équipe Spécialisée Alzheimer à travers l'éducation thérapeutique

Morgane Latrille

► **To cite this version:**

Morgane Latrille. L'intérêt de la psychomotricité dans le maintien à domicile : application en Équipe Spécialisée Alzheimer à travers l'éducation thérapeutique. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562114

HAL Id: dumas-01562114

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562114>

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**L'intérêt de la psychomotricité
dans le maintien à domicile**

*Application en Equipe Spécialisée Alzheimer à travers l'éducation
thérapeutique*

LATRILLE Morgane

Née le 10 mai 1993 à Cenon (33)

Juin 2017

Directrice de mémoire : Mailys NORMAND

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de stage et directrice de mémoire, Maïlys, pour l'attention et l'écoute qu'elle a pu me consacrer tout au long de mon stage, pour la réalisation de ce mémoire, et pour ses précieux conseils.

Je remercie également mon second maître de stage, Béatrice CHENEL, pour la confiance qu'elle a pu m'accorder et pour la richesse de son expérience.

Merci à mes proches sans qui je n'aurais pu réaliser ce parcours, merci d'avoir soutenu mon projet professionnel.

Je souhaite enfin remercier l'ensemble des personnes (patients, personnel soignant) que j'ai pu rencontrer sur mes lieux de stage et qui m'ont permis de partager et de vivre de belles expériences.

Sommaire

Avant-propos	p.2
Introduction	p.3
I) Les démences : impact sur la vie quotidienne	p.6
1) Du vieillissement normal au vieillissement pathologique	p.6
2) Qu'est ce que la démence ?	p.9
3) Les différents types de démence	p.11
4) Les conséquences de la maladie	p.28
5) Les prises en soin existantes face à la démence	p.32
II) Vers une compréhension théorique de l'éducation thérapeutique en ESA	p.36
1) L'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)	p.36
2) L'éducation thérapeutique auprès de personnes âgées atteintes de démence	p.45
III) De la rencontre à l'élaboration d'une prise en soin en psychomotricité adaptée	p.51
1) De l'éducation thérapeutique à l'éducation psychomotrice	p.51
2) Etude de cas de Madame M.	p.52
3) Etude de cas de Madame D.	p.61
IV) Discussion	p.73
1) Dans la relation soigné/soignant : qui éduque qui ?	p.73
2) Le cadre du domicile dans la pratique psychomotrice	p.74
3) La disposition psychique du psychomotricien dans la pratique de l'ESA	p.78
Conclusion	p.81
Bibliographie	p.83
Sigles	p.86
Annexes	p.87
Table des matières	p.110

Avant-propos

« Lorsque nous regardons une photographie avec un filtre rose, nous ne voyons plus le vert... et les arbres apparaissent gris. Si l'on regarde une personne cognitivement défaillante, avec un filtre uniquement cognitif (...) on ne verra plus grand chose d'elle, on passera à côté de ce qu'elle ressent, de ce qu'elle éprouve, de ses émotions et de ses sentiments, de ses plaisirs et de ses tristesses... »¹

¹ GINESTE Y., PELISSIER J., *Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux*, Armand Collin, 2005, p.148.

Introduction

Grâce aux évolutions grandissantes réalisées en matière de santé, notre espérance de vie augmente de façon considérable au fil des années : nous vieillissons donc à des âges plus avancés. Mais vieillir signifie aussi avoir un risque plus important de développer une pathologie, car l'homme devient plus vulnérable sur les plans cognitifs et physiques.

Concernant la situation démographique en France, selon l'INSERM, en 2006, la population des personnes âgées de plus de 60 ans s'élève à 12,5 millions de personnes. A l'horizon 2050, si la baisse de mortalité se poursuit au même rythme qu'actuellement, les plus de 60 ans représenteront avec 22,4 millions de personnes, 35,1 % de la population française².

D'après ces données, il est normal de constater que les services d'aide et de soins – dont la psychomotricité - dans le domaine de la gériatrie se soient développés de manière considérable.

Mon intérêt pour la population gériatrique a débuté deux ans auparavant. En effet, j'ai effectué des remplacements d'aide à domicile durant ces deux dernières années et j'ai été amenée à travailler avec une population très souvent âgée. Cependant, ma mission se limitait seulement à l'accomplissement de tâches ménagères et aux déplacements extérieurs (accompagnement aux courses, aux rendez-vous médicaux). Durant ces différentes rencontres, j'ai aussi été très vite confrontée à l'importance et à la place que pouvaient prendre les pathologies démentielles au sein de la population gériatrique.

Après avoir fait plusieurs recherches sur les dispositifs de soin mis en place à domicile, j'ai donc découvert les Equipes mobiles Spécialisées Alzheimer (ESA) qui ont été créées suite au second plan national Alzheimer 2008-2012.

² INSERM : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre_15.html

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), les ESA interviennent à domicile et se composent de professionnels formés à la réadaptation, à la stimulation et à l'accompagnement du patient et de son entourage dès le début de la maladie. L'équipe peut se composer d'un psychomotricien et/ou d'un ergothérapeute et d'assistants de soins en gérontologie (ASG)³.

Mon expérience préalable au domicile m'a donc amenée à faire du lien avec ma future pratique et donc à l'impact que pouvait prendre la psychomotricité sur les pathologies démentielles, notamment dans la prise en soin au domicile. Pour cette principale raison, j'ai ainsi décidé d'effectuer mon stage en ESA.

Suite à cette orientation autour des pathologies démentielles, je me suis interrogée sur l'intérêt et l'apport spécifique de la psychomotricité auprès de ce public, et spécifiquement au quotidien du patient. J'ai alors cherché, en tenant compte de mes opportunités dans mon lieu de stage, à ce que je pouvais proposer afin de cibler mon sujet. Mon choix s'est alors porté sur **le concept de l'éducation thérapeutique** : en effet, ce dispositif est déjà connu, notamment dans le domaine des soins infirmiers, mais aussi en psychomotricité. Il s'illustre sur différentes pathologies chroniques : obésité, Syndrome de l'Immunodéficience Acquis (SIDA), cancer... Cependant, il peut aussi être appliqué à la maladie d'Alzheimer et autres démences apparentées.

Ma problématique sera donc la suivante : **en tant que psychomotricien, que peut-on apporter à des personnes âgées atteintes de pathologies démentielles et vivant au domicile, à travers l'éducation thérapeutique ?**

Afin de débiter ce mémoire, une première partie sera tout d'abord dédiée à développer la notion de vieillissement normal et pathologique, pour aller vers la **démence** : son origine et les différents types de démences rencontrés au long de mon stage ainsi que leurs signes cliniques.

³ HAS : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/planalzmesure_fichemedecin.pdf

Cette partie me semble essentielle puisqu'elle va illustrer l'impact que peuvent avoir les pathologies démentielles sur l'autonomie et la dépendance du sujet à son domicile.

J'aborderai ensuite une seconde partie qui sera consacrée à une **explication théorique du concept d'éducation thérapeutique au sein de l'ESA**. En effet, comme j'ai pu le mentionner plus haut, j'ai décidé d'expliquer l'intérêt de la psychomotricité dans le maintien à domicile, à travers l'éducation thérapeutique. Après une brève présentation de la structure, je développerai plus précisément ce concept.

J'illustrerai ensuite ma **pratique psychomotrice** dans une troisième partie à l'aide de deux cas cliniques, et une dernière partie de **discussion** sera exposée dans le but d'amener une réflexion sur ma pratique, en particulier sur l'intervention au domicile : ses points positifs mais aussi ses limites, et les questionnements que j'ai pu soulever durant ce stage.

Partie I : Les démences : impact sur la vie quotidienne

1) Vieillesse normale et psychomotricité

a) Vieillesse normale et modifications psychomotrices

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement est le processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps.⁴

Le processus physiologique du vieillissement est normal, et il est **unique** pour chaque personne, en fonction de ses antécédents médicaux, de son hygiène de vie, de son bagage génétique, du niveau socioculturel, du niveau scolaire ou encore de ses habitudes de vie. Néanmoins, toute personne passe par les processus du vieillissement qui modifient de manière significative les différentes sphères le composant : « *La problématique du sujet âgé est complexe et très variable selon l'individu et sa culture. Elle est à la fois organique, psychologique, affective, sociale, culturelle, morale et spirituelle.* »⁵.

Sur le plan organique, nous pouvons observer une **altération des différents sens** (vision, ouïe, tact, goût, odorat, proprioception), et d'autres modifications physiologiques (troubles du sommeil, ostéoporose, arthrose) qui affectent la personne âgée dans sa mobilité et sa posture. On observe notamment « *une réduction de la vitesse de la marche (...) une diminution de la hauteur du pas se traduisant pas des pas traînants, voire glissants sur le sol* »⁶. Enfin, ces signes favorisent aussi la survenue des **chutes**, qui restent un motif de prise en soin régulier en psychomotricité chez la personne âgée.

Par le vieillissement physiologique normal, la personne âgée doit aussi faire certains deuils au niveau de son **indépendance** (ne plus pouvoir aller faire ses courses, ne plus pouvoir se laver seule, être incontinente) qui viennent diminuer considérablement **l'image et l'estime de soi**, et qui suscite de **l'anxiété**, et parfois même de **l'angoisse**.

⁴ OMS, dans JUHEL J-C, *La psychomotricité au service de la personne âgée*, Chroniques Sociales, Lyon, 2010, p.6.

⁵ POTEI C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Editions in Press, Paris, 2010, p.290.

⁶ ALBARRET J-M., *Vieillesse et psychomotricité*, De Boeck, 2003, p.28.

A un âge plus avancé, **l'apparence physique** se modifie : « *Le corps qui vieillit ne vieillit pas silencieusement.* »⁷. Le corps subit des modifications extérieures irrémédiables : pousse des cheveux blancs, rides de plus en plus marquées... Ces transformations « *sont en règle générale vécues péjorativement et contribuent à la fragilisation de l'image de soi* »⁸.

Sur le plan cognitif, « *on constate seulement le déclin de la vitesse de traitement* »⁹. Ce changement entraîne donc chez la personne âgée des **difficultés d'adaptation face à de nouvelles situations**.

Enfin, sur le plan social et affectif, le vieillissement « *suppose de continuer à désirer malgré les pertes et les traumatismes vécus depuis la naissance (...)* »¹⁰. En effet, plus la personne vieillit, plus elle est susceptible d'être confrontée à des événements de vie traumatisants ou à la perte d'êtres chers (parents, fratrie, amis). L'arrivée de l'âge de la retraite arrive et peut être parfois mal vécue : elle peut être perçue comme une mise à l'écart de la société. La personne vieillissante utilise ses capacités de **résilience**¹¹ pour vivre avec ces moments, souvent difficiles à accepter. Cependant, ces capacités peuvent être parfois compromises, et des moments de **tristesse** et d'**isolement** peuvent survenir suite à ces deuils.

Le vieillissement s'illustre par des pertes, mais cette période ne se résume pas à celles-ci. La personne âgée est aussi porteuse d'**expériences riches** qu'il faut prendre en considération. Elle s'est construite une histoire, une identité dont il faut tenir compte et qui font d'elle un individu unique et singulier.

⁷ FANTINI-HOWEL C. et all., *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*, Dunod, Paris, 2014.

⁸ Ibid.

⁹ JUHEL J-C, *La psychomotricité au service de la personne âgée*, Chroniques Sociales, Lyon, 2010, p.11.

¹⁰ HESLON C., *Accompagner le grand âge : psycho-gérontologie pratique*, Dunod, Paris, 2008, p.16.

¹¹ **Résilience** : notion introduite par Boris CURULNIK. C'est la capacité, pour un individu, à vaincre des situations traumatiques, à continuer de vivre sa vie malgré des événements difficiles.

b) Intérêt de la psychomotricité au sein de la population gériatrique

Nous avons pu constater précédemment que le sujet âgé vieillit dans son corps mais aussi dans sa tête.

*« L'intervention psychomotrice entraîne des réactions psychiques, une dialectique continue entre le corps et la pensée. Toute perturbation psychomotrice est une entrave au maintien de la personnalité. »*¹². Effectivement, la psychomotricité rend compte de la constante **liaison entre le corps et la psyché** : en tant que soignant, le comportement psychomoteur doit donc sans cesse être pris en considération, quel que soit l'âge de la personne : *« L'homme est un être psychomoteur. »*¹³

Pour les autres professionnels de santé, la spécificité de la psychomotricité est éminemment ancrée dans la sphère corporelle. Cependant, il faut être vigilant à cette brève présentation de la psychomotricité, puisqu'en effet, le psychomotricien se préoccupe du corps, mais il n'est pas le seul à le faire (kinésithérapeute, ergothérapeute).

Concernant sa pratique, *« son approche diffère, à commencer par la saisie dans ses deux sens (...), d'un corps qui agit et réagit. »*¹⁴. L'approche du psychomotricien vis-à-vis du corps est délicate : ce n'est pas un corps seul qui est pris en considération, mais un **corps complexe**, en lien avec ses versants psychiques, affectifs, cognitifs, et fonctionnels, et en interaction avec son environnement.

C'est donc ainsi que la psychomotricité prend tout son sens au travers de la population gériatrique puisqu'elle considère la personne âgée sous toutes ses sphères, et est en interaction permanente avec celle-ci.

Avec l'âge, l'être humain devient aussi sensible à l'apparition de maladies chroniques (cancer, diabète), aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) et aux pathologies liées plus spécifiquement à la vieillesse. Parmi celles-ci, on retrouve les maladies neurodégénératives, et notamment les **pathologies démentielle**s, que je vais développer désormais.

¹² JUHEL J-C, *La psychomotricité au service de la personne âgée*, Chroniques Sociales, Lyon, 2010, p.1.

¹³ Ibid, p.1.

¹⁴ BALLOUARD C., *Le travail du psychomotricien*, Dunod, Paris, 2003, p.6.

2) Qu'est ce que la démence ?

Le terme de démence est dérivé du latin *dementia* signifiant privé d'esprit. L'origine de ce terme émane du philosophe Cicéron, mais son apogée vient au XIVème siècle. Il fut généralement utilisé pour désigner la folie et les troubles mentaux graves, mais c'est Esquirol qui donne la première définition rigoureuse de la démence en 1838. Il décrit la démence comme une « *affection cérébrale (...) caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté (...) L'homme qui est dans la démence a perdu la faculté de percevoir convenablement les objets, d'en saisir les rapports, de les comparer, d'en conserver le souvenir complet ; d'où l'impossibilité de raisonner juste* »¹⁵.

De plus, Esquirol définit la démence comme « *une maladie chronique, progressive et incurable, qui est rapportée à l'effet de l'âge.* »¹⁶.

A cette époque, la démence est définie comme une affection neurologique de longue durée, aux conséquences irréversibles et touchant de nombreuses sphères de l'être humain : organique, cognitive, sensorielle et affectivo-émotionnelle.

C. BELIN précise qu'avant les années 1980, la démence est bien considérée comme « *une détérioration globale des fonctions intellectuelles où il n'apparaît pas possible de différencier cliniquement les différents types de démence* »¹⁷. La démence est un syndrome où certains symptômes peuvent s'exprimer, mais aucune démence spécifique n'est alors différenciée à cette époque.

Les critères propres de la démence tendent ensuite à se préciser avec l'apparition du **DSM-IV**, qui insiste plus particulièrement sur certains critères cliniques spécifiques. Ainsi, la notion de **syndrome démentiel** ou **trouble neurocognitif majeur** apparaît.

¹⁵ DEROUESNE C. in BELIN C. et all., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, De Boeck, 2006, p.11.

¹⁶ Ibid, p.11.

¹⁷ BELIN C. et all., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, De Boeck, 2006, p.13.

Enfin, selon la dernière version du DSM (DSM-V), le trouble neurocognitif majeur implique :

- La mise en évidence d'un **déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif** ou plus (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception-motricité ou cognition sociale) sur la base :
 - D'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien informé, ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive ;
 - D'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée.
- Les déficits cognitifs interfèrent avec **l'indépendance dans les activités quotidiennes** (c'est à dire, au minimum, besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne telles que le paiement des factures ou la gestion des médicaments).
- Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un **délirium**¹⁸.
- Les déficits cognitifs **ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental** (épisode dépressif majeur, schizophrénie).

On peut d'ores et déjà affirmer que le syndrome démentiel est un point de départ, une entité commune aux différents types de démence que je vais développer par la suite.

¹⁸ **Délirium** : perturbation de la conscience et modification du fonctionnement cognitif qui s'installe en un temps court (quelques heures ou quelques jours).

3) Les différents types de démence

Les causes de démence sont multiples et sont classées selon des caractéristiques spécifiques : âge de début, nature dégénérative ou non, type de lésion, et caractéristiques sémiologiques du tableau clinique.

On peut classer aussi les différents types de démences en fonction de la localisation des lésions ou encore de l'origine curable ou non de la pathologie : on retrouve dans les démences curables les démences infectieuses telles que la syphilis ou les démences métaboliques, endocriniennes et épileptiques. Quant aux démences non-curables, celles-ci sont caractérisées quant à leur origine neurodégénérative.

Dans ce mémoire, je présenterai seulement les pathologies démentielles à valeur neurodégénérative, rencontrées sur mon lieu de stage. Je développerai plus spécifiquement la démence de type Alzheimer (DTA), ainsi que la démence lobaire fronto-temporale (DFT) puisque ces deux types de démence font l'objet des deux cas cliniques que j'évoquerai dans la troisième partie de ce mémoire.

a) **La démence de type Alzheimer (DTA)**

a.1) Epidémiologie

La maladie d'Alzheimer représente la cause de **sept à huit démences sur dix**. Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et donc du vieillissement de la population, la prévalence de cette pathologie ne cesse d'augmenter chaque année. Outre le facteur prépondérant de l'âge, le sexe féminin est un second facteur de risque, surtout dans les formes tardives.

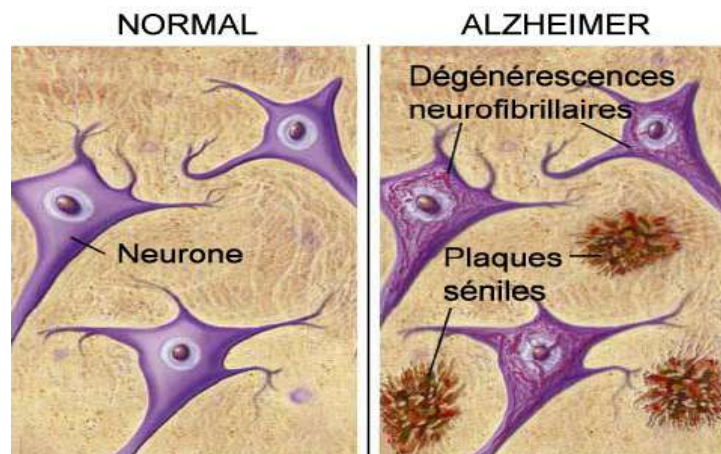
a.2) Neuropathologie

La maladie d'Alzheimer est la seule forme de démence à combiner deux types de lésions : les **plaques séniles** et la **dégénérescence neuro-fibrillaire**.

Les plaques séniles sont composées d'un cœur formé de dépôts d'un peptide amyloïde, le peptide A β . A l'état normal, seule une petite quantité de peptide A β est formée, mais, dans le cas de la maladie d'Alzheimer, ce peptide est produit en grande quantité et sous forme insoluble.

Concernant la dégénérescence neuro-fibrillaire, celle-ci résulte de « *l'agrégation anormale des protéines tau, constituant du squelette du neurone et jouant un rôle essentiel dans le transport des protéines à l'intérieur des neurones.* »¹⁹

L'association de ces deux types de lésion entraîne donc **la mort neuronale**.



Corps cellulaires neuronaux dans le cas d'un sujet sain (gauche) et d'un sujet atteint de DTA (droite)

a.3) Diagnostic

L'examen neuropsychologique est indispensable, mais désormais, **l'imagerie cérébrale** permet de mettre en évidence une caractéristique majeure au diagnostic de la maladie d'Alzheimer : **l'atrophie de l'hippocampe**. L'atrophie corticale est secondaire à l'atrophie hippocampique mais elle peut aussi être observée dans l'imagerie. Cependant, seule l'atrophie hippocampique possède une valeur diagnostique.

¹⁹ DEROUESNE C. in BELIN C. et all., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, De Boeck, 2006, p.31.



Atrophie hippocampique illustrée par Imagerie à Résonance Magnétique (IRM) en coupe sagittale (sujet sain à gauche et sujet atteint de DTA à droite)

Un second examen biologique est aussi nécessaire au diagnostic de DTA : la **ponction lombaire**. Effectivement, l'analyse du liquide céphalo-rachidien prélevé lors de cet examen permettra au médecin de quantifier les protéines amyloïdes et tau, dont le dosage permettra de préciser ou non le diagnostic de DTA.

a.4) Signes cliniques observés

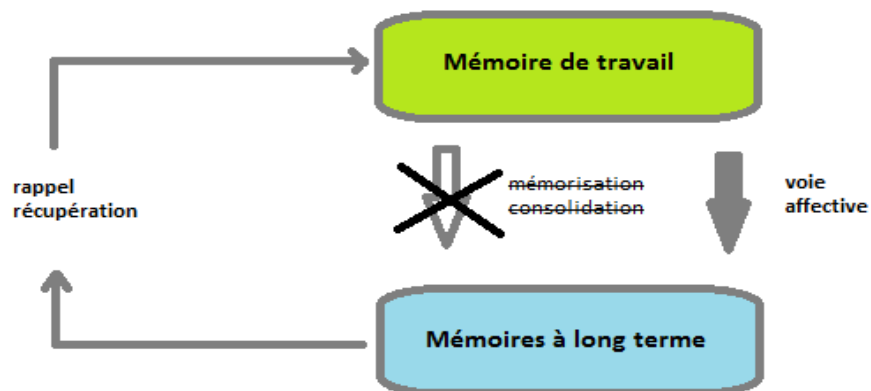
- **Troubles de la mémoire**

« Les troubles de la mémorisation portent atteinte à notre capacité à mémoriser, encoder, enregistrer une information. »²⁰.

Dans le cadre de la DTA, les troubles de la mémorisation apparaissent généralement dès le début de l'évolution de la maladie. Les troubles mnésiques s'illustrent par de petits oublis, qui, avec l'évolution de la démence, prennent des proportions beaucoup plus importantes.

²⁰ **GINESTE Y, PELISSIER J.**, *Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux*, Armand Colin, 2005, p.131.

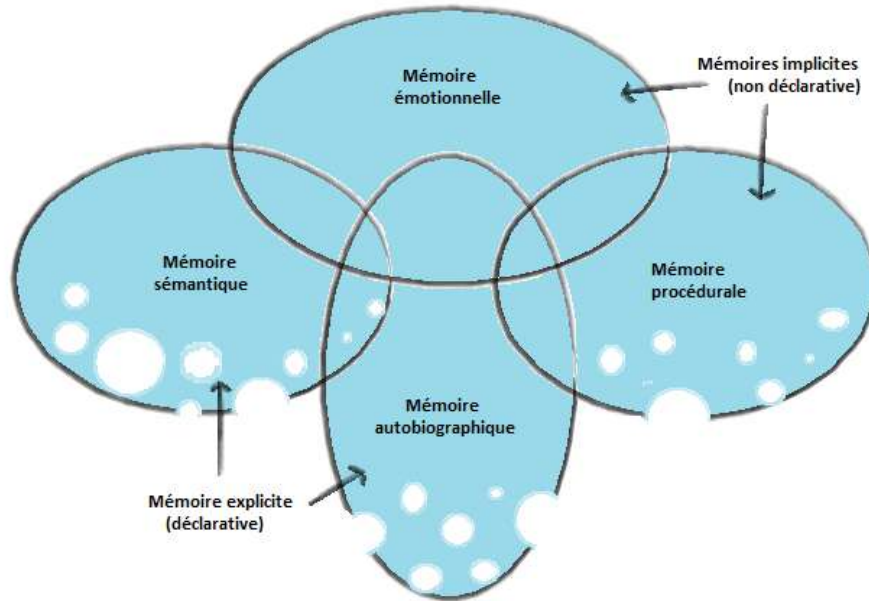
Cependant, ces plaintes mnésiques ne concernent pas toutes les voies qui permettent d'enregistrer des informations. En effet, grâce à des **voies d'enregistrement affectives**, « *les informations et situations émotionnelles riches, affectives, importantes (...) peuvent être mémorisées sous une forme essentiellement émotionnelle.* »²¹.



Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, la fréquence d'oubli devient de plus en plus élevée, et l'atteinte de la mémoire à long terme devient de plus en plus importante :

- En premier lieu, on observe une atteinte de la **mémoire sémantique** : celle de la connaissance des mots, des concepts ;
- Une atteinte de la **mémoire autobiographique**, qui évolue des faits les plus récents aux faits les plus anciens ;
- Plus tardivement, une atteinte de la **mémoire procédurale** : difficultés, voire impossibilité à réaliser des gestes acquis, allant des gestes les plus complexes, aux gestes de la vie quotidienne (se laver, manger).

²¹ GINESTE Y, PELISSIER J., *Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux*, Armand Colin, 2005, p.132.



Cependant, les oublis et les souvenirs « *dépendent énormément du contexte, de l'atmosphère, des relations, de la vie psychique inconsciente* »²². Par exemple, une personne âgée démente, en stade sévère, et ne sachant plus manger chez elle, peut parvenir de nouveau à manger de manière autonome dans un restaurant.

- **Désorientation spatio-temporelle**

Dans la DTA, la désorientation temporelle apparaît avant la désorientation spatiale, et celle-ci est illustrée par des oublis de la **date ou de l'heure**, ainsi que des rendez-vous.

En début de passation de bilan, je demande à Madame D., atteinte de DTA en stade modéré, de me donner la date exacte du jour (nous étions le 15 décembre 2016) : jour de la semaine, mois, année, et éventuellement la saison actuelle. Cette patiente me répond de manière hésitante : « Attendez, on est en 2000... 2012 ? Et il fait beau dehors, alors on doit être au printemps ! »

Les repères temporels de Madame D. sont extrêmement fragilisés compte tenu de la maladie d'Alzheimer.

²² GINESTE Y, PELISSIER J., *Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux*, Armand Colin, 2005, p.137.

Dans le cas clinique présenté précédemment, Madame D. évoque une date qui n'a, à ma connaissance, aucun lien avec son histoire familiale. Cependant, chez un certain nombre de sujets souffrant de DTA, lorsqu'il est demandé de nommer l'année actuelle, il est très fréquent que la date de naissance du sujet soit une réponse. La date de naissance est un point d'ancrage pour ces personnes.

La désorientation spatiale est contemporaine à la désorientation temporelle. Elle va évoluer progressivement et devient totale en stade sévère. On observe chez ces sujets une **déambulation** très importante. D'autre part, la personne malade perd les **notions de jour/nuite** (rythme nyctéméral), phénomène accentué par les **troubles du sommeil** (sommolence diurne et éveil nocturne).

- **Troubles du langage**

Les troubles du langage se retrouvent très fréquemment et précocement dans la DTA, mais « *il s'agit surtout d'anomie (oubli du mot) avec appauvrissement global de l'expression* »²³

Cette anomie s'illustre par l'emploi de « mots-valises » (exemple : trucs, machin) et par des expressions toutes faites (exemple : c'est comme ça, voilà).

Madame B. présente un MMSE élevé à 21/30, est autonome dans les actes de la vie quotidienne, et bien repérée. Elle va au marché le mercredi matin. En atelier de mandala thérapeutique avec Madame B., je la questionne sur sa journée d'hier, à savoir si elle a été faire des courses au marché, et quels produits elle avait acheté là-bas. Cette patient me répond : « Oui, j'y suis allée, j'ai pris quelques trucs là-bas, pour bricoler. ». Dans cet exemple, nous pouvons donc bien constater l'utilisation de mots substitutifs par Madame B. qui lui permettent de pallier au manque du mot dont celle-ci souffre.

²³ LACOMBLEZ L., MAHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgée*, John Libbey Eurotext, Paris, 2003, p.10.

- **Apraxie**

Ce terme désigne « *une incapacité de réaliser une séquence gestuelle, en l'absence de déficit moteur ou sensitif* »²⁴. Plusieurs types d'apraxies sont observables dans la DTA :

- L'apraxie visuo-constructive : elle désigne l'incapacité à réaliser un geste consistant à élaborer, à partir d'éléments insignifiants, un tout signifiant. Elle s'illustre dans les jeux de constructions, le bricolage, ou encore l'activité graphomotrice.
- L'apraxie idéatoire : elle désigne l'incapacité à organiser la représentation mentale du geste, ainsi que les séquences à effectuer pour le réaliser. Elle se caractérise par l'action utilisant des objets (procédure pour tracer un carré par exemple).
- L'apraxie idéomotrice : elle désigne l'incapacité de la réalisation d'un geste ne comportant pas d'objet, de « faire semblant » de réaliser une action.
- L'apraxie d'habillage : le sujet est dans l'incapacité de séquencer les différentes étapes de l'habillage et d'orienter ses habits correctement.

L'apraxie « *n'est évidente que tardivement dans l'évolution (...). On peut la rechercher beaucoup plus tôt par l'imitation de gestes abstraits ou de mimes d'actions.* »²⁵

Ces différents types d'apraxies tendent à rendre le sujet atteint de DTA extrêmement **dépendant**, notamment dans les actes de la vie quotidienne tel que cuisiner, s'habiller, mettre le couvert, faire sa toilette.

- **Syndrome dysexécutif**

Le système exécutif sous-tend l'activité de planification, supervision et gestion de la pensée et des conduites. L'objectif principal de ce système est de nous permettre de **nous adapter** à des tâches ou des situations nouvelles, et il est particulièrement impliqué dans notre autonomie quotidienne : procédure pour faire un café, pour donner un verre d'eau...

²⁴ LACOMBLEZ L., MAHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgé*, John Libbey Eurotext, Paris, 2003, p.10.

²⁵ Ibid, p.11.

Au niveau neurologique, ces fonctions sont sous-tendues par le bon fonctionnement des lobes frontaux, or, dans la DTA, l'apparition de lésions cérébrales au niveau de la région frontale est à l'origine de ce syndrome dysexécutif.

- **Agnosie**

L'agnosie constitue un trouble de la reconnaissance de stimuli en l'absence de déficit sensoriel. Plusieurs formes d'agnosies existent, mais la plus rencontrée dans la plupart des démences reste l'**anosognosie** : l'anosognosie est un trouble neuropsychologique qui se traduit par une méconnaissance, voire une ignorance de sa maladie.

Lors du premier bilan situationnel, je présente à Madame M. les missions de l'Equipe Spécialisée Alzheimer en la renommant « Equipe Mémoire » afin de ne pas la bouleverser ou l'inquiéter. Madame M. semble anxieuse et me répond : « Effectivement, j'ai toujours eu une petite mémoire mais ça n'a jamais changé, j'ai toujours été dans cet état-là, je ne vois pas ce que vous pourriez m'apporter de plus. ». L'anosognosie est illustrée dans cette vignette clinique : Madame M. ne comprend pas pour quelle raison nous venons chez elle, du fait de son anosognosie. Ceci suscite aussi chez elle de l'anxiété et peut engendrer un refus de soin qui est un risque majeur dans les prises en soin à domicile.

- **Troubles conceptuels et du jugement**

Ces troubles sont en lien avec la **flexibilité mentale**, et c'est l'un des premiers signes cliniques remarquable par l'entourage. L. Lacomblez décrit que les patients atteints de la DTA « se révèlent dans l'incapacité du patient à faire face à des situations habituelles, requérant un effort créatif, ou la mise en place de stratégies particulières. »²⁶. On peut observer ces troubles dans des situations particulières telles qu'effectuer sa déclaration d'impôts, faire des chèques, gérer ses finances...

²⁶ LACOMBLEZ L., MAHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgé*, John Libbey Eurotext, Paris, 2003, p.11.

- **Troubles psycho-comportementaux**

Ils sont très remarquables et restent très souvent le principal signe d'alerte envers la famille.

a) *Agitation* :

C'est un syndrome « fourre-tout » pouvant exprimer aussi bien de l'instabilité psychomotrice que des troubles du sommeil ou encore un syndrome confusionnel. Une analyse précise des symptômes doit être effectuée pour étiqueter correctement le trouble observé.

b) *Idées délirantes* :

Ces idées délirantes sont essentiellement de type **paranoïde** : le sujet se plaint de vol d'argent, d'objets, et peut aussi s'en prendre au conjoint, persuadé que ce dernier l'a trompé. En clinique, on parle souvent de **syndrome de persécution**²⁷.

c) *Irritabilité* :

L. Lacomblez décrit que « *une irritabilité associée à une plainte mnésique doit être considérée comme un signe d'alerte majeur* »²⁸. En effet, dans la phase précoce de la maladie, le sujet atteint peut se révéler irritable et ne supporter aucune observation ou aucun jugement de la part de son entourage.

En début de séance, Madame D. va chercher ses lunettes de vue. Elle m'évoque que ce sont ses enfants qui lui ont offert cette paire, mais son mari l'interrompt de façon bienveillante et la corrige dans ses propos, en lui signifiant que c'était bien lui qui lui avait payé cette paire. Madame D. s'énerve et lui répond de manière très autoritaire : « Vous voyez comment il est ! Il est obligé de s'en vanter tout le temps de ça ! ». Dans cette vignette clinique, nous pouvons remarquer que, face à ces plaintes mnésiques, Madame D. reste irritable.

²⁷ **Syndrome/délire de persécution** : ensemble d'idées délirantes dans lesquelles le sujet affecté croit être persécuté, être le « mauvais objet ».

²⁸ **LACOMBLEZ L., MAHIEUX-LAURENT F.,** *Les démences du sujet âgé*, John Libbey Eurotext, Paris, 2003, p.12.

d) *Symptômes dépressifs :*

Ils peuvent survenir à tout moment dans l'évolution de la maladie et sont extrêmement importants à repérer, car ils peuvent entraîner des troubles associés tels que des **troubles du sommeil** (insomnie ou hypersomnie), des **troubles des conduites alimentaires** (anorexie, boulimie), ou encore de l'**apathie**.

L'apathie apparaît très précocement durant l'évolution de la maladie, et est rencontrée très fréquemment chez les sujets souffrant de DTA. Progressivement, elle induit le patient à un repli de soi et à un isolement progressif.

Lors du premier bilan situationnel avec Madame L. (atteinte de DTA à un stade léger), je lui demande d'évoquer ses centres d'intérêt. Je propose plusieurs types d'ateliers à Madame L. qui évoque toujours la même réponse : « Ça ne me dit trop rien, je n'ai jamais aimé faire quoi que ce soit, je préfère regarder la télé toute la journée. Je suis toute seule chez moi. ». Sur le long terme, l'apathie entraîne chez Madame L. un repli social progressif.

a.5) *Evolution :*

Bien que le début de la maladie soit insidieux, l'évolution de la DTA est très variable d'un sujet à l'autre et s'effectue généralement de **manière progressive** et non par « paliers ».

Cette évolution peut aussi dépendre de l'**âge** : plus une personne est jeune, plus l'évolution de la maladie sera significative et rapide.

Elle peut aussi dépendre **du soutien et des aides mises en place** : le déclin d'un patient bien entouré, avec une prise en charge des troubles assez précoce, pourra être moins important comparé à un patient seul, auquel aucune aide et aucune prise en soin n'aura été planifiée.

b) La démence lobaire fronto-temporale

b.1) Epidémiologie :

La démence fronto-temporale (DFT) peut survenir chez des sujets plus jeunes lorsqu'on la compare à la DTA : d'après F. Pasquier, « *le pic de fréquence se situant entre 50 et 60 ans, voire beaucoup plus jeune* »²⁹. Cependant, elle peut aussi atteindre des sujets âgés même si ce n'est pas la première cause de démence que l'on pourrait évoquer. Enfin, la DFT touche aussi bien les hommes que les femmes.

D'après le Docteur DERAMECOURT (neurologue au CHRU de Lille), « *30 à 40 % des DFT touchent plusieurs membres d'une même famille* »³⁰ : cette donnée nous laisse présager une **prédisposition génétique** de la DFT.

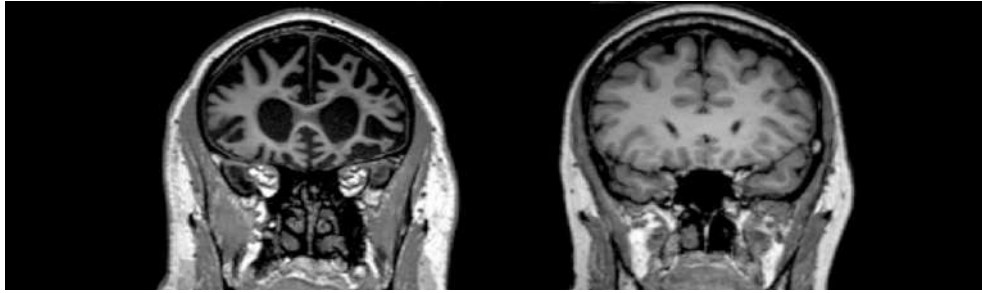
b.2) Neuropathologie :

Au niveau macroscopique, elle peut s'observer par imagerie cérébrale et correspond à une atrophie des régions antérieures du cerveau : au niveau du **lobe frontal** et du **lobe temporal**.

Ces atrophies correspondent à une dégénérescence neuronale au niveau de ces deux régions, notamment due à l'accumulation au sein des cellules nerveuses, de protéines anormales : la **protéine Tau**, retrouvée aussi dans la DTA, et la **protéine TDP-43**.

²⁹ PASQUIER F. dans LACOMBLEZ L., MAHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgé*, John Libbey Eurotext, Paris, 2003, p.17.

³⁰ Dr. DERAMECOURT dans *Association pour le Développement des Neurosciences Appliquées* : <http://www.alzheimer-adna.com/FL/recherchesDFT.htm>



Atrophie de la région fronto-temporale illustrée par IRM cérébral en coupe coronale (sujet atteint de DFT à gauche, et sujet sain à droite)

Cependant, à la différence de la DTA, nous pouvons observer sur l'IRM d'un sujet atteint que l'atrophie hippocampique est peu importante.

b.3) Diagnostic :

L'IRM est suffisante pour confirmer le diagnostic de DFT, mais on peut observer que le versant comportemental est perturbé très précocement, ce qui donne lieu à des troubles du comportement et de la personnalité assez remarquables : **repli sur soi marqué, apathie, émoussement affectif** ou à contrario des **signes de désinhibition**.

Du fait de la survenue progressive des modifications comportementales, et ce, avant les troubles de la mémoire, les signes inauguraux de la maladie sont assez trompeurs. La DFT est alors confondue avec certaines **maladies psychiatriques** tels que le trouble bipolaire, la dépression ou l'alcoolisme, et ceci conduit très souvent à consulter un psychiatre dans un premier temps.

b.4) Signes cliniques :

Le tableau clinique de la DFT est très caractéristique, et peut même être effectué seulement sur entretien avec les proches. Elle est distinguée en premier lieu par des **troubles du comportement** (apathie, aboulie, désinhibition) et des **troubles du langage et de la compréhension**, apparaissant ensemble ou successivement au cours de l'évolution de la maladie.

On distingue ainsi trois formes de DFT : **comportementale, langagière et sémantique**.

b.5) Les trois formes de DFT:

b.5.1) Forme comportementale

L'un des troubles du comportement fréquemment rencontré est **la restriction des activités quotidiennes**. D'après C. DEROUESNE, ces restrictions sont « *précoces, en rapport avec les troubles cognitifs, mais également dans une large mesure aux troubles psychologiques (apathie)* »³¹.

Ceci se traduit par un manque d'intérêt pour les activités, ainsi qu'une indifférence émotionnelle marquée envers les proches, et enfin un repli sur soi-même. Ce trouble est très caractéristique et reste très souvent évoqué dans l'entretien clinique avec l'aidant et l'entourage.

Au cours du premier bilan situationnel avec le mari de Madame M., atteinte de DFT, celui-ci évoque qu'elle ne fait plus rien à la maison. Il dit qu' « elle affectionne particulièrement le piano, mais je suis obligée de la solliciter à en rejouer encore. Elle n'en fait plus d'elle-même. ». Cette situation nous montre bien que l'apathie de Madame M. a complètement réduit ses intérêts, et qu'elle présente désormais un défaut d'initiation majeur qui pousse son mari à l'inciter à toute activité.

A contrario de la restriction des activités, l'autre versant comportemental observé dans la DFT est la **désinhibition**. En effet, l'atteinte de la région frontale met à mal le bon fonctionnement des fonctions exécutives, dont l'inhibition fait partie.

Elle est beaucoup plus spectaculaire que l'apathie et est caractérisée par le manque de limites et la levée de tous les interdits. On pourra observer des patients pouvant se dévêtir en public, tenir des propos grossiers envers des personnes qui ne leur sont pas familières, ou encore se tenir mal à table. Ce versant peut ensuite évoluer progressivement vers de l'agressivité, voire de la violence.

³¹ DEROUESNE C. dans BELIN C. et al., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, De Boeck, 2006, p.11.

b.5.2) Forme langagière

Les troubles du langage sont aussi précoces dans l'évolution de la maladie. Ce trouble langagier est aussi appelé **aphasie primaire progressive**.

Selon le type d'aphasie, des aspects distincts du langage seront altérés tels que la connaissance du mot (manque du mot, perte du sens du mot), la syntaxe ou encore l'élocution (déformation des sons lors du discours). Ces troubles du langage peuvent aussi se retrouver à l'écrit (fautes d'orthographe) ou lors de la lecture (mauvaise compréhension du texte).

Une intervention précoce en orthophonie est donc généralement conseillée afin de stabiliser au plus vite les troubles du langage.

b.5.3) Forme sémantique

La démence sémantique est un sous-type de démence fronto-temporale, caractérisée par une atrophie temporale asymétrique, et qui se traduit cliniquement par une atteinte prédominante de la **mémoire sémantique**.

Concernant le tableau clinique de cette démence : spontanément, le patient se plaint de sa mémoire ou de son langage. S'il se plaint de sa mémoire, il ne s'agit pas de l'oubli d'événements récents, mais d'une difficulté à trouver les mots (en particulier les noms propres), à comprendre certains termes, ou à reconnaître le visage des personnes (prosopagnosie).

b.6) Autres signes cliniques :

Le **syndrome dysexécutif**, rencontrée dans la DTA, est aussi présent dans la DFT, voire même plus marqué du fait de l'atteinte majeure des lobes frontaux.

On retrouve plus tardivement d'autres troubles cognitifs partagés avec les autres types de démences tels que les **troubles de la mémoire**, ou encore la **désorientation spatio-temporelle**.

Cependant, les troubles de la mémoire dans ce type de démence sont moins importants que ceux rencontrés dans la DTA. Il n'y a pas de désorientation spatiale significative, et enfin, les facultés intellectuelles restent proches de la normale dans les premières années de la maladie.

Les troubles moteurs arrivent plus tardivement dans l'évolution de la maladie, ce qui peut conduire à long terme à une grabatisation. Enfin, un autre signe clinique très caractéristique de la DFT est le **dérèglement de l'appétit** : une hyperphagie est parfois observée chez des sujets atteints de DFT, et augmente ainsi le risque de boulimie.

Lors de ma première rencontre avec Madame M., atteinte de DFT, la psychomotricienne s'entretient en parallèle avec son mari, Monsieur M. Celui-ci évoque avec un ton très angoissé les problèmes de poids de sa femme : elle a pris 30 kg en deux années, mange pourtant normalement lors des repas mais grignote sans cesse tout au long de la journée. De plus, il verbalise aussi son manque d'intérêt global qui l'amène à rester devant sa télé toute la journée.

Par cette vignette clinique, on peut remarquer que les différents troubles engendrés par la DFT (apathie et hyperphagie) amènent une prise de poids très importante pour Madame M., qui peut, potentiellement, mettre sa santé en danger (hypertension, maladies cardiovasculaires).

b.7) Evolution :

L'état du patient se dégrade de manière considérable au fil des années : il devient peu à peu dépendant pour toutes les tâches de la vie quotidienne. Ceci nécessite de mettre en place des services d'aide à domicile le plus rapidement possible afin que le patient ne soit pas dans le refus de soins, et dans le but de prévenir l'épuisement de l'aidant.

L'espérance de vie est d'une dizaine d'années en moyenne, mais il existe une grande variabilité entre chaque individu, qui dépend des prises en soin mise en place, de l'hygiène de vie et de l'entourage à proximité.

Désormais, il me semble intéressant d'établir un **tableau comparatif entre la DTA et la DFT** puisque ces deux types de démences sont en lien avec les deux cas cliniques que je présenterai en troisième partie.

Critères distinctifs	DTA	DFT
Symptômes initiaux	Troubles de la mémorisation et désorientation temporelle	Modifications comportementales
Orientation spatiale	Très altérée et secondaire à la désorientation temporelle	Peu d'évolution
Sexe	Plus de cas féminins que masculins	Autant de cas féminins que masculins
Age de début habituel	Après 65 ans	Entre 45 et 65 ans
Risque héréditaire	Très faible	Modéré

Tableau des 5 différences entre la DTA et la DFT

c) Démence vasculaire

La démence vasculaire caractérise un état démentiel lié à des **lésions vasculaires cérébrales** : elle est donc atypique puisqu'elle n'intègre pas complètement la classe des démences neurodégénératives.

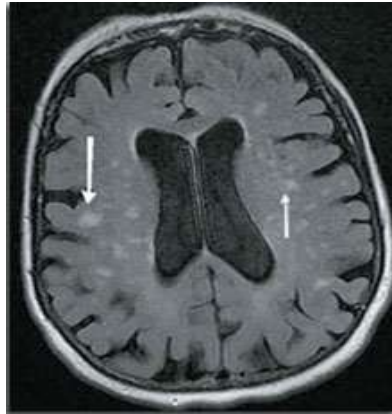
D'après M-L. Seux, La diversité des présentations cliniques de la démence vasculaire « provient de la variété des lésions vasculaires »³².

Cependant, nous pouvons établir des critères diagnostics de ce type de démence :

« Le diagnostic de démence vasculaire s'appuie sur la présence de lésions cérébrales vasculaires et/ou hémorragiques, éventuellement évoquées cliniquement, et qui doivent être étayées par l'imagerie, en priorité par IRM ou à défaut par Scanner X »³³.

³² SEUX M-L. dans LACOMBLEZ L., MAHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgé*, John Libbey Eurotext, Paris, 2003, p.41.

³³ CM2R de Nice : <http://cmrr-nice.fr/?p=recommandations-3-diagnostic-non-alzheimer>



Lésions vasculaires (flèches blanches) observées par IRM cérébral (coupe transversale)

De plus, on relève aussi un début brutal des troubles cognitifs suite à un accident vasculaire cérébral, une tumeur cérébrale ou une rupture d'anévrisme, et une évolution par « paliers » de ce type de démence, à la différence de la DTA qui évolue de façon progressive.

d) Démence mixte

Le terme de démence mixte est utilisé lorsque s'ajoute à la lésion neurodégénérative (DTA), une autre lésion vasculaire tel qu'un accident vasculaire cérébral (AVC).

e) Démence à corps de Lewy

La démence à corps de Lewy représenterait environ le quart des causes de démence chez le sujet âgé. Concernant les critères diagnostiques, la présence de **corps de Lewy** est indispensable pour confirmer ce type de démence.

Un sujet atteint de démence à corps de Lewy souffre de troubles cognitifs propres aux syndromes démentiels mais présente aussi d'autres signes cliniques particuliers tels que des hallucinations visuelles dans un tableau de psychose, ou encore des troubles moteurs modérés de type parkinsonien.

Après cette présentation théorique des différents types de démence que j'ai pu rencontrer sur mes lieux de stage, il me semble désormais pertinent de s'intéresser au sujet, au patient dans sa globalité : quelles sont les répercussions de la pathologie démentielle sur la sphère relationnelle et psychique? De quelle manière le sujet, mais aussi ses proches, s'adaptent-ils au quotidien à cette maladie irréversible ?

Il est important de savoir distinguer les différentes répercussions des pathologies démentielles afin de savoir, en tant que psychomotricien, auprès de quel domaine je vais pouvoir agir. En effet, la psychomotricité ne peut pas être proposée à tout le monde de la même manière, elle doit s'adapter en fonction des troubles et du vécu du sujet.

4) Les conséquences de la maladie

a) Les retentissements sur la vie psychique

Du fait des déficits cognitifs importants, la personne atteinte d'une démence doit faire face à des pertes progressives. Toute perte entraîne un travail de deuil et suscite ainsi des états émotionnels différents.

On peut tout d'abord relever de l'**anxiété** : « *La perte de sa faculté de communication verbale et celle de ses repères environnementaux vont être à eux seuls éminemment anxiogènes.* »³⁴.

La personne malade évolue sans cesse dans un monde faisant très souvent appel aux fonctions cognitives (langage, orientation spatio-temporelle, mémoire) : elle est souvent mise en échec, ce qui décuple ce sentiment d'anxiété dans les cas où la personne est anosognosique.

³⁴ DELAMARRE C., *Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Dunod, Paris, 2007, p.12.

Un sentiment de **dépersonnalisation** vient alors envahir le sujet : la mise en mots de ses propres émotions, de ses propres sentiments vient alors toucher le « Moi » du sujet, et entraîne donc une **perte de l'estime de soi** et une **dévalorisation** importante. Le sujet n'est désormais plus capable d'agir seul, de maîtriser ses propres actes. Peu à peu, cette perte identitaire pourra aussi conduire le sujet à souffrir de **dépression**.

Madame D., atteinte de DTA, cherche très souvent ses mots, et lorsque cette situation arrive, elle répète sans cesse en s'énerant : « Je ne vau plus rien, je ne suis bonne à rien. ». Ces propos illustrent le sentiment de dévalorisation que peut ressentir Madame D., et qui procure chez elle beaucoup d'anxiété et d'énervement.

Ce premier deuil est aussi observé par les proches : « *Ce regard va surtout voir le côté déshumanisant de la maladie : la personne est vue comme ayant perdu sa faculté de penser (...) ce qui va inciter les aidants à penser et décider pour elle.* »³⁵. Cette perte du sentiment identitaire nécessite aussi de se questionner quant à l'impact du regard que nous portons à travers ces personnes. En tant qu'aidant, mais surtout en tant que soignant, nous devons donc être vigilants quant à nos actes et à nos paroles et adopter un regard bienveillant face à la personne malade.

b) Les retentissements sur la vie relationnelle et sociale

Les effets des démences sur la vie relationnelle peuvent être liés à des causes directes (lésions cérébrales) mais des causes indirectes existent aussi.

³⁵ **DELAMARRE C.**, *Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Dunod, Paris, 2007, p.12.

C. DEROUESNE précise « *qu'il est possible de distinguer, au plan théorique, des manifestations primaires qui sont fonctions de la localisation et de la sévérité des lésions et des manifestations secondaires, liées aux réactions du patient et de son entourage, qui sont fonction de la personnalité et de la relation établie avant la maladie.* »³⁶.

La personnalité du patient est bien évidemment à prendre en compte, mais la qualité de la relation du patient avec son entourage dépend aussi de ce dernier. L'entourage doit bien être conscient de sa manière d'être avec la personne malade : un exemple très parlant est celui du proche qui fait remarquer au patient qu'il ne se souvient pas de telle notion puisqu'il a la maladie d'Alzheimer. Mettre un patient face à la réalité, face à ses difficultés peut engendrer des conséquences néfastes quant à sa relation avec son entourage.

Les lésions cérébrales au niveau du lobe temporal affectent directement la fonction langagière, et donc la **communication**. Or la communication est le pilier de la relation, et ainsi la pathologie démentielle vient perturber les systèmes de communication tant au niveau du sujet atteint que de son interlocuteur. Ce dernier va donc avoir des difficultés de compréhension vis-à-vis du sujet malade et ainsi des difficultés dans la transmission du message.

Les lésions cérébrales sont aussi à l'origine de nombreux **troubles psychocomportementaux** tels que de l'agressivité ou encore l'agitation, et viennent directement affecter la relation.

Cela amène parfois l'interlocuteur à avoir une **vision réduite** de la personne malade, voire déshumanisante : « *Ne pas chercher à les rejoindre dans ce mode de communication et leur imposer sans cesse le nôtre, c'est renforcer leur déficience et leur regard négatif qu'elles posent sur elles-mêmes.* »³⁷. C'est ici que notre rôle de psychomotricien, et au sens plus large de soignant, prend tout son sens. Nous devons établir une relation avec le sujet, quel que soit ses troubles. Plusieurs outils sont mis à notre disposition, notamment l'approche corporelle chez le psychomotricien, mais cette partie sera développée plus tard.

³⁶ DEROUESNE C. dans BELIN C. et al., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, De Boeck, 2006, p.211.

³⁷ DELAMARRE C., *Démence et projet de vie, accompagner atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Dunod, Paris, 2007, p.13.

Enfin, le retentissement de la maladie sur la sphère psychique est aussi à prendre en compte dans l'aspect relationnel et social : la notion de perte d'identité évoquée précédemment peut aussi conduire à la **dépression** ainsi qu'à l'**isolement social**.

c) Les retentissements sur les actes de la vie quotidienne

Ce sujet est au cœur des interventions de l'ESA au domicile du sujet sur lesquelles je reviendrais plus tard.

Les actes de la vie quotidienne (AVQ) regroupent principalement la toilette, la continence, l'habillement, les capacités de mobilité, et l'aptitude à réaliser certaines tâches quotidiennes (cuisine, tâches ménagères). Concernant les pathologies démentielles, C. DEROUESNE observe que la restriction des activités quotidiennes est **précoce** : « *Elles touchent d'abord les activités les plus élaborées (activités sociales, de loisir, gestion des finances, papiers), puis la vie quotidienne (ménage, cuisine) pour atteindre les activités dites de maintenance (manger, aller aux toilettes, marcher).* »³⁸.

Tous les AVQ font appel à la sphère cognitive dans sa globalité, à un degré plus ou moins élevé : mémoire, fonctionnement exécutif ...

Par conséquent, les troubles cognitifs engendrés par la maladie vont avoir des répercussions sur le fonctionnement quotidien du sujet mais aussi sur le quotidien de l'aidant, ce qui est aussi non-négligeable.

³⁸ DEROUESNE C. dans BELIN C. et al., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, De Boeck, 2006, p.30.

Lors d'une séance avec Madame M., atteinte de DFT à un stade modéré, nous lui demandons d'aller faire chauffer du café. La cafetière est à côté de la plaque chauffante, mais Madame M. se retrouve dans l'impossibilité de faire chauffer le café, ne sachant plus comment faire. La psychomotricienne montre à Madame M. de quelle manière elle doit faire réchauffer le café, mais, quelques minutes plus tard, nous avons dû rappeler à Madame M. que le café chauffait puisqu'elle l'avait oublié.

Cette vignette clinique illustre les effets des troubles cognitifs de Madame M. (troubles de la mémorisation et syndrome dysexécutif) quant à la réalisation d'un acte de la vie quotidienne (faire chauffer du café).

Les sphères psychiques, cognitives, relationnelles et sociales qui font la singularité du sujet sont touchées par la maladie. Il en résulte alors des problématiques diverses qui impactent sur le quotidien ainsi que sur l'entourage, et qui font des pathologies démentielles un problème de santé publique majeur.

Face à cela, quels sont les plans qui ont pu être élaborés et quels modes de prises en soin ont pu en découler ?

5) Les prises en soin existantes face à la démence

a) Les plans nationaux

Face au nombre croissant de personnes touchées par les Maladies d'Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA) en France, plusieurs plans nationaux de santé publique ont été lancés depuis 2001 pour pallier aux problématiques qu'engendre la maladie.

Les deux premiers plans Alzheimer « *avaient pour objectif de faciliter le diagnostic, la prise en charge, et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage.* »³⁹.

³⁹ **Fondation Alzheimer** : <http://www.fondation-alzheimer.org/0-Articles/29-Les-Plan-nationaux%20>

Le premier plan (2004-2007) a notamment contribué à mettre en place les **Centres Mémoire de Proximité (CMP)** et les **Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)**. La formation du personnel soignant est aussi abordée dans ce plan, afin d'assurer un suivi médicalisé des personnes souffrant de démence.

Le second plan (2008-2012) concerne plus particulièrement les dispositifs sanitaires et sociaux avec la création des **Maisons pour l'Autonomie et l'Information des personnes Alzheimer (MAIA)** et les **Equipes mobile Spécialisées Alzheimer (ESA)**.

Enfin, le troisième et dernier plan (2014-2019) n'est plus un plan spécifique aux MAMA : c'est un plan élargi à **toutes les maladies neurodégénératives**.

De ces plans successifs découlent alors plusieurs **moyens de prise en soins**.

b) Les différentes possibilités de prise en soin et l'intervention du psychomotricien

b.1) Prise en soin en institution

Les **Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)** sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie physique et/ou psychique, ayant besoin d'une assistance constante et d'une surveillance médicale. La plupart des EHPAD proposent des chambres individuelles ou de couples, adaptées au handicap du sujet, avec tout le confort et les services dont il peut avoir besoin.

Les EHPAD sont réglementés par une **convention tripartite** entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui finance les soins, le Conseil Départemental qui finance la dépendance, et l'établissement en question.

Au sein de l'EHPAD, on retrouve des unités spécifiques pour les personnes atteintes de démences à un stade avancé : les **Unités Protégées (UP)**.

Autrefois appelées Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupation Utiles (CANTOU), ces unités se sont largement multipliées par les différentes politiques de santé publique. Les UP permettent une prise en soin de qualité des troubles du comportement des personnes démentes. Elles assurent sécurité et contenance au quotidien.

Dans ce type d'unité, le psychomotricien propose des prises en soin généralement **individuelles**. Celles-ci sont axées sur des problématiques bien spécifiques du quotidien : **troubles comportementaux sévères durant les toilettes, les repas ou au moment du coucher, anxiété ou angoisse importante...**

« Le corps, comme lieu de passage obligé de la communication et de la vie psychique, fournit à la psychomotricité son terrain et les limites de son action, son domaine d'intervention et l'infini de ses possibilités. »⁴⁰. Le psychomotricien possède donc des outils, en lien avec le corporel, pour aller à cette rencontre : le **dialogue tonico-émotionnel**, **l'empathie tonico-émotionnelle** ou encore **l'empathie corporelle**. Le psychomotricien n'est donc jamais démuné pour aller à la rencontre de l'autre, même en présence d'une personne démente atteinte de troubles du comportement sévères.

Au sein de ces UP peut être mis en place un **accueil de jour** : celui-ci s'adresse aux personnes atteintes de MAMA, et vivant toujours à leur domicile. Il permet à celles-ci de bénéficier d'un suivi régulier et d'un accompagnement adapté, mais aussi de pouvoir sortir de chez elles. Pour l'aidant, ce dispositif lui permet d'avoir du temps libre durant la journée, et d'échanger avec les professionnels de santé présents à l'accueil de jour, leur faire part de leurs questions et leurs inquiétudes quant à la maladie de leur proche.

Enfin, nous pouvons aussi retrouver dans les EHPAD les **Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)** destinés aux personnes âgées atteintes de démences à un stade léger à modéré, et résidant dans l'EHPAD.

Le PASA possède une équipe pluridisciplinaire composée d'un psychomotricien, de masseurs-kinésithérapeutes libéraux, d'assistant(e)s de soins en gérontologie (ASG), d'aides médico-psychologiques (AMP) et d'autres professionnels de santé.

Ce pôle est un espace spécifique situé dans l'EHPAD et permet d'accueillir des résidents afin de leur proposer des activités mais aussi des soins.

Les prises en soins proposées par le psychomotricien en PASA sont différentes de celles qui sont proposées en UP : elles se réalisent de **manière groupale**.

⁴⁰ **BALLOUARD C.**, *Le travail du psychomotricien*, Dunod, Paris, 2003, p.7.

Les résidents peuvent y effectuer des **ateliers cognitifs, sensoriels** mais aussi **partager des moments communs** avec les soignants et le psychomotricien lors de repas thérapeutiques par exemple.

b.2) Prise en soin à domicile

La mesure 6 du plan Alzheimer 2008-2012 a permis de créer les **Equipes mobiles Spécialisées Alzheimer (ESA)**. Elles proposent des interventions à domicile et se composent de professionnels de santé formés à la réadaptation, à la stimulation et à l'accompagnement du patient et de son entourage dès le début de la maladie. L'objectif principal est de maintenir la personne malade à son domicile, avec ses proches, le plus longtemps possible. Enfin, l'équipe peut se composer d'un psychomotricien et/ou d'un ergothérapeute et d'assistantes de soin en gérontologie (ASG).

Effectuant mon stage en ESA, je décrirais plus spécifiquement les missions et objectifs de cette structure dans la seconde partie de ce mémoire.

Le psychomotricien possède, en outre, différents champs d'intervention concernant la personne âgée démente : elle va de la **prévention des troubles cognitifs précoces**, à la **prise en soin des troubles sévères du comportement** du sujet âgé dément.

Cette première partie m'a donc permis d'introduire la notion de démence : les données actuelles, les domaines impactés par la maladie, et enfin les réponses proposées actuellement, dont la création des Equipes mobile Spécialisées Alzheimer fait partie.

Désormais, comment, en tant que psychomotricien pouvons nous agir sur le maintien à domicile ? Quels outils pouvons-nous utiliser qui soient adaptés à cette population et à cet environnement spécifique ?

J'ai ainsi choisi de m'intéresser au concept d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en ESA que nous allons maintenant développer.

Partie II : Vers une compréhension théorique de l'éducation thérapeutique en ESA

Certains types de démence présentent un début insidieux. Ce n'est qu'au début du stade modéré que les premiers signes cliniques de la maladie peuvent être observables et suscitent de l'angoisse auprès de l'entourage. Cependant, la personne malade n'est pas encore placée en institution pour plusieurs raisons : niveau de dépendance peu élevée, raisons financières, acceptation du diagnostic...

Des **équipes mobiles** interviennent alors pour débiter une prise en soin avec ces personnes en début de maladie, pour ainsi prévenir le plus possible les troubles liés à l'évolution de la maladie et maintenir le plus longtemps possible le patient à son domicile.

1) L'Equipe mobile Spécialisée Alzheimer

a) Présentation

L'ESA est une équipe issue de la mesure n°6 du plan Alzheimer 2008-2012, initiée par le Ministère de la Santé dans le cadre « Stratégie thérapeutique non-médicamenteuse dans la maladie d'Alzheimer ».

Elle dépend d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) et, l'ESA où j'effectue mon stage se compose d'une infirmière coordinatrice travaillant à 20% dans la structure, de deux assistantes de soin en gérontologie (ASG) représentant un temps plein et demi, et d'une psychomotricienne travaillant à temps plein. Dans certaines ESA, un ergothérapeute peut intervenir en binôme avec le psychomotricien ou en thérapeute seul.

Les modalités d'intervention de cette équipe sont bien spécifiques :

- L'équipe spécialisée intervient auprès de personnes atteintes de maladies neurodégénératives au **stade léger voire modéré** (le test du Mini Mental State Examination doit être supérieur à 15/30). Cependant, lorsque le patient est atteint de **troubles phasiques**, le MMSE inférieur à 15/30 peut être toléré.
- L'intervention est réalisable avec une **prescription médicale** (*Annexe 1*) préalablement établie par le médecin traitant ou le gériatre des Centres Mémoire de Proximité (CMP) ou des Centres Mémoire de Ressources et Recherche (CMRR). La prescription médicale donne lieu à **12/15 séances de réhabilitation à domicile**⁴¹ s'effectuant généralement sur 4 mois consécutifs, et à raison **d'une séance d'une heure par semaine**. Le temps d'intervention de l'ESA est donc limité. Cette prescription est renouvelable une fois par an.

Les objectifs de l'équipe sont très larges et visent surtout à favoriser le plus longtemps possible **l'autonomie et la qualité de vie du patient**, mais aussi à conserver ou développer **les liens sociaux**.

L'une des spécificités de cette équipe est le cadre d'intervention qui est le **domicile du patient** : la personne malade peut vivre seule ou accompagnée de membres de sa famille, et l'équipe tient donc un rôle important quant au **soutien des proches** face à la maladie, c'est ce que l'on appelle **l'aide aux aidants**. L'ESA écoute, informe et accompagne les aidants familiaux dans leurs démarches administratives, mais soutient aussi moralement l'entourage en les informant sur la maladie, sur son évolution et sur les dispositifs déjà existants pour soutenir les aidants : il est alors amené à proposer des formations dites « d'aide aux aidants ».

⁴¹ **Programme de soins de réhabilitation à domicile** : programme de soins composé de plusieurs séances d'accompagnement, permettant à la personne âgée de pouvoir réinvestir certains actes de la vie quotidienne.

b) Protocole d'intervention en ESA

- Bilan initial d'intervention : à chaque début d'intervention, en équipe mobile, un bilan situationnel est établi auprès du patient : celui-ci permet d'évaluer la personne malade sur différents plans (familial, médical, social), mais aussi évaluer ses capacités actuelles. Ce bilan est exclusivement réalisé par le thérapeute (le psychomotricien de l'ESA).

Dans le cadre des démences, ce bilan situationnel est effectué de **manière individuelle** avec le patient puis avec l'aidant. Les données rapportées par le patient peuvent être erronées du fait de leurs troubles cognitifs plus ou moins importants, mais l'aidant peut aussi minimiser son état physique et psychique en présence du patient. L'entretien individuel permet alors de lui offrir un **espace sécurisant**, où il peut verbaliser ce qu'il ressent en toute confiance.

- Séances de réhabilitation : à la suite du bilan initial, un projet thérapeutique est alors proposé au patient. En collaboration avec ce dernier, il est convenu du jour et de l'heure de la séance hebdomadaire.

Ce projet est élaboré par le psychomotricien, en collaboration avec les ASG. Il est spécifique pour chaque patient : il reste ajustable en fonction des capacités globales de la personne mais prend aussi en compte ses goûts et ses plaisirs. Les 12 à 15 séances de réhabilitation découlent de ce projet.

- Evaluation de fin d'intervention : un bilan de fin de prise en soin est réalisé par le thérapeute. Il permet de faire un point sur **l'évolution** du patient en terme d'objectifs de soin et de **mise en places de relais** médicaux, paramédicaux ou sociaux. C'est aussi un moment important pour le patient et l'aidant familial où l'on recueille ses ressentis tout au long de ces quatre mois de prise en soin, et où l'on fait un état des lieux sur l'évolution de la maladie.

c) Rôle du psychomotricien au sein de l'ESA

Lorsque l'on pense au champ de la psychomotricité en gérontologie, plusieurs notions nous viennent en tête : réadaptation tonico-émotionnelle, thérapie psychocorporelle ou encore rééducation des troubles psychomoteurs.

Dans le dispositif de l'ESA, la psychomotricité « s'ouvre à de nouveaux types de thérapies comme les programmes de soins de réhabilitation à domicile pour les personnes en début de maladie. »⁴². Le psychomotricien est donc confronté à de nouveaux défis en termes de prise en soin, notamment par son intervention au **domicile** au patient, mais aussi par une **temporalité d'action très réduite** (15 séances sur 4 mois), et par un nouveau type de thérapie : les **programmes de soins de réhabilitation à domicile**. Ces programmes visent essentiellement à améliorer ou soutenir la qualité de vie du patient à son domicile.

Le psychomotricien est donc amené à travailler de manière différente **en adaptant ses séances** sur un court délai, **en adaptant aussi son bilan psychomoteur** face à ses missions au sein de l'ESA et en utilisant de nouvelles **médiations spécifiques** adaptées au domicile : jeux de société, ateliers créatifs, jeux sensoriels portables...

Une autre spécificité dans le rôle du psychomotricien en ESA est la **coordination** : « ces 15 séances doivent être réalisées dans un contexte interdisciplinaire, en collégialité avec assistants de soins en gérontologie (ASG) et éventuellement ergothérapeutes. »⁴³. En effet, le psychomotricien travaille en interdisciplinarité avec l'infirmière coordinatrice, mais aussi avec des ASG.

Comme j'ai pu le mentionner précédemment, la mission première du psychomotricien est d'évaluer le patient dans sa globalité. Après l'évaluation initiale, ce sont généralement les ASG qui effectuent les séances de réhabilitation. Cependant, le psychomotricien peut effectuer quelques prises en soins spécifiques, avec des orientations en psychomotricité préconisées par le gériatre, et pour d'autres cas particuliers : prise en soin de patients jeunes, troubles comportementaux importants, prise en soin des chutes, maladie de Parkinson et sclérose en plaques puisque ce sont des maladies auxquelles les ASG se sont pas formées.

⁴² **LOWINSKI-LETINOIS D.**, « Clinique du psychomotricien en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) » dans Les Entretiens de Psychomotricité, 2015.

⁴³ Ibid.

Avant chaque début de prise en soin avec un nouveau patient, le psychomotricien se rend au domicile du patient et effectue un entretien et un bilan initial. A la suite de celui-ci, il établit un projet thérapeutique personnalisé, et réfléchit à la mise en place des différentes séances avec l'ASG.

Après chaque intervention, l'ASG rend compte de la séance auprès du psychomotricien, notamment grâce à une feuille de suivi (*Annexe 2*).

Sur cette feuille de suivi, concernant la partie « relais à explorer » : « *les ESA ont vocation à inscrire ce programme de 15 séances, réalisé avec la personne malade, dans un travail plus pérenne avec d'autres partenaires médico-sociaux, au-delà du SSIAD.* »⁴⁴. En effet, pendant ou après la durée de prise en soin en ESA, le psychomotricien intervient auprès d'autres professionnels médico-sociaux afin de créer de nouveaux relais, si besoin est : prise de contact avec des professionnels médicaux et paramédicaux (neurologues, gériatres, orthophonistes, kinésithérapeutes), avec des établissements et structures spécialisées (EHPAD, CMRR), ou encore avec des structures d'aide (aide à domicile, services sociaux).

Concernant les services sociaux, la population gérontologique nécessite souvent de l'aide au niveau administratif notamment : gestion de dossiers d'aides de financement... Dans ces cas spécifiques, l'ESA collabore avec deux autres structures particulières :

- le **Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)** : c'est une structure de proximité comprenant des travailleurs sociaux qui accompagnent des personnes âgées et leur famille dans leurs démarches administratives.
- La **Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)** : elle a été anciennement appelée Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer. Cette structure est spécialisée dans la prise en charge de situations difficiles appelées « cas complexes ».

⁴⁴ **LOWINSKI-LETINOIS D.**, « *Clinique du psychomotricien en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)* » dans Les Entretiens de Psychomotricité, 2015.

Plusieurs critères d'inclusion doivent être remplis par le patient pour pouvoir en bénéficier : la personne doit être âgée de plus de 60 ans (inclusion des personnes de moins de 60 ans pour certaines pathologies : maladie d'Alzheimer, DFT, Accident Vasculaire Cérébral), présentant une démence, et n'ayant pas d'aidant à disposition. Les professionnels au sein de la MAIA sont formés à la gestion de situations complexes : cette structure présente un gestionnaire de cas, un psychologue et une infirmière coordinatrice.

Les professionnels du CLIC et de la MAIA sont amenés à se déplacer au domicile des patients afin de les aider dans leurs démarches.

L'interdisciplinarité et la **communication entre professionnels** sont donc au centre des prises en soin en ESA.

Enfin, lorsque l'ergothérapeute n'est pas présent dans l'équipe, ce qui est le cas dans l'ESA où j'effectue mon stage, le psychomotricien doit aussi avoir un regard clinique supplémentaire et s'intéresser à **l'aménagement du domicile** du patient : il doit être en mesure de conseiller le patient et sa famille sur les différentes **aides techniques** à mettre en place pour soulager le quotidien du sujet (aménagement salle de bains ou toilettes, barres d'appui, lit Alzheimer). Le psychomotricien travaille en relation avec des fournisseurs de matériel médicalisé qui sont en mesure de le conseiller au mieux sur les différents produits proposés.

d) Les outils d'évaluation du psychomotricien en ESA

Le bilan réalisé en ESA n'est pas un bilan psychomoteur à proprement parlé. Il est très différent d'un bilan classique, normé et côté puisque le cadre de soins est atypique, avec une intervention limitée dans le temps et effectuée au domicile du patient. De ce fait, le bilan psychomoteur a donc dû être repensé puisque ce sont aussi généralement les ASG qui dispensent les ateliers.

Sur le fond, ce bilan est davantage utilisé pour évaluer l'équilibre global du patient au quotidien, suite à l'apparition de troubles cognitifs. Il repose donc sur l'évaluation de l'adaptation de la personne quant aux actes de la vie quotidienne et à la qualité des relations avec l'environnement entourant.

Sur la forme du bilan, j'interviens au domicile du patient, il m'est donc possible d'obtenir de nombreuses observations cliniques et de mises en situations presque « spontanées », telles que la possibilité de faire un café ou encore de demander au patient où sont rangés les ustensiles de cuisine.

Plusieurs items sont alors évalués dans le bilan initial du patient :

- *l'évaluation de l'autonomie et des actes de la vie quotidienne* : cette évaluation est réalisée auprès de l'aidant principal avec l'échelle spécifique **Disability Assesment of Dementia (DAD)**, voir en *Annexe 3*). Elle concerne les activités du patient dans sa vie quotidienne, et évalue cinq activités de base (hygiène, habillage, continence, alimentation et préparation des repas) et cinq activités instrumentales (utilisation du téléphone, déplacements extérieurs, finances et correspondances, médication et loisirs/entretien domestique).
- *l'évaluation neuropsychologique* : lors du premier bilan, le test d'évaluation des fonctions supérieures ou **Mini Mental State Examination (MMSE)**, voir en *Annexe 4*) est effectué avec le patient. Ce test permet d'établir le stade de la maladie d'Alzheimer, et il est transmis en systématique à l'ESA après le diagnostic. Cependant, il semble pertinent de proposer une seconde passation lors de l'entrée en ESA afin de l'utiliser comme repère pour constater l'évolution des troubles cognitifs.

Ce test permet d'évaluer les fonctions cognitives et la capacité mnésique du patient. Il comporte onze items : orientation spatiale et temporelle, mémoire immédiate et récente, calcul mental, dénomination d'objets usuels, la répétition des mots, la compréhension d'ordres oraux et écrits, et la structuration et l'intégration visuelle.

- *l'évaluation de l'humeur* : d'après Jean BOUSSION, la dépression peut être « soit une comorbidité de la maladie d'Alzheimer, soit un facteur de risque dans l'apparition de la maladie »⁴⁵. Il est alors important de la repérer afin de la traiter le plus rapidement possible.

L'**Echelle Gériatrique de Dépression (GDS)**, voir en *Annexe 5*) est un questionnaire qui se rapporte à la symptomatologie dépressive chez les personnes âgées. Il est rempli par le patient lui-même.

- *l'évaluation comportementale* : cette évaluation ne peut pas être réalisée lors d'un bilan, à un instant précis. En ESA, nous utilisons alors **l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI)**, voir en *Annexe 6*) qui est rempli par l'aidant principal. Le but du NPI est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez les patients souffrant de démence.
- *l'évaluation des praxies* : L'évaluation des praxies est indispensable puisqu'elles sont nécessaires à la réalisation de nos actes quotidiens. De plus, la démence, à un stade sévère, entraîne des **apraxies**. Différents bilans sont utilisés pour évaluer les différents types de praxies : le test **d'Evaluation de la Motricité Gnosopraxique (EMG)** distale, le test de la **figure de Rey B** et la **batterie usuelle d'Auzias**.
- *l'évaluation du schéma corporel* : Le versant gnosiologique est réalisé grâce au **test de somatognosie** de Jean BERGES. Quant à la représentation, elle est observée à l'aide du **dessin du bonhomme** de Florence GOODENOUGH.
- *l'évaluation de la situation avec l'aidant principal* : l'une des missions de l'ESA est de proposer aussi un soutien aux proches. La **grille de ZARIT** ou **échelle du « fardeau de l'aidant »** (*Annexe 7*) est un questionnaire destiné à l'aidant principal et qui permet de voir l'état de celui-ci face à la maladie de son proche.

⁴⁵ BOUSSION J., *Psychologie du vieillissement et vie quotidienne*, Solal, Marseille, 2005.

En incluant ces sept items, j'ai pu réaliser, en collaboration avec la psychomotricienne, un bilan psychomoteur initial (*Annexe 8*) de la personne âgée démente, adapté au domicile.

e) Actes de psychomotricité en ESA

Après avoir présenté le cadre d'action du psychomotricien en ESA, je vais présenter de manière spécifique les actes de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de MAMA.

Selon la HAS, le psychomotricien présente quatre champs de compétence dans ses interventions à domicile, face aux MAMA :

- *la réadaptation émotionnelle et relationnelle en situation de la vie quotidienne*
- *la réadaptation émotionnelle dans la marche et prévention des risques de chute (syndrome post-chute, peur de la chute, peur de la marche)*
- *la contribution à la prise en charge de l'inconfort et de la douleur*
- *la contribution à l'intégration des outils substitutifs des déficiences et incapacités*⁴⁶

Ces actes ont donc une visée **réadaptative** et non rééducative.

Nous avons pu constater que les sujets atteints de pathologies démentielles présentent plusieurs versants psychopathologiques tels que de **l'anxiété, de l'agressivité** ou encore de **l'agitation**. Dans ce cas, la thérapie psychomotrice « *va permettre au patient un meilleur compromis entre désirs, plaisirs conflits, vie imaginaire et fantasmatique, pour une adaptation plus harmonieuse entre réalité, demandes, contraintes de la vie, et créativité personnelle.* »⁴⁷. Elle est indiquée dans les cas où la dimension affective ou relationnelle paraît dominante et se manifeste comme un symptôme corporel, instrumental, ou comportemental (angoisse, anxiété, troubles tonico-émotionnels, inhibition). Par la thérapie psychomotrice, le sujet tente donc de retrouver un équilibre psychocorporel.

⁴⁶ **HAS** : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf

⁴⁷ **POTEL C.**, *Etre psychomotricien*, Erès, Toulouse, 2013, p.313.

Le psychomotricien aborde et coordonne aussi les relais à mettre en place après l'intervention de l'ESA : prise en soin pluridisciplinaire paramédicale (kinésithérapie, orthophonie), relais auprès de services sociaux...

Enfin, certains actes de psychomotricité sont aussi recoupsés avec les champs de compétences des ergothérapeutes qui travaillent aussi en ESA. Parmi ces actes, on peut relever :

- *l'éducation thérapeutique, conseil et information du patient*
- *l'information de soutien et éducation des aidants*⁴⁸

Le **champ éducatif** prédomine dans ces deux compétences. Il est partagé par de nombreuses professions (médecins, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens), mais chaque corps de métier amène ce champ éducatif de manière spécifique.

Depuis quelques années désormais, le travail éducatif du psychomotricien s'ouvre à la population gériatrique, et en particulier auprès des sujets âgés souffrant de pathologies démentielles. Il s'illustre notamment par des concepts en vogue tels que **l'éducation thérapeutique du patient (ETP)**.

2) L'ETP auprès de personnes âgées atteintes de démences

a) Eduquer, c'est...

L'éducation est étymologiquement « *l'action de « **guider hors de** », dérivée du latin « *ex-ducere* », c'est à dire développer, produire* »⁴⁹.

⁴⁸ **HAS** : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer - actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf)

⁴⁹ **WIKIPEDIA** : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Éducation>

C'est un moyen visant à développer chez un sujet ses facultés intellectuelles, morales et physiques qui lui permettent ainsi la **connaissance de sa propre personne**. Elle conduit à l'épanouissement personnel en aidant le sujet à **développer ses propres potentialités**.

L'éducation est donc une **aide** : elle tend à amener le sujet à agrandir ses propres possibilités.

Plusieurs types d'éducation existent dans notre monde : l'éducation parentale est précoce et la première rencontrée chez le jeune enfant, puis vient l'éducation des savoirs à l'école, l'éducation sexuelle à l'adolescence, et, lorsque la maladie surgit, l'éducation thérapeutique apparaît.

b) L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

- Définition et objectifs :

Selon L. Mauduit, « *l'éducation thérapeutique proprement dite concerne les actions d'éducation liée au traitement curatif ou préventif d'une pathologie chronique et repose pleinement sur le ou les soignants dont l'activité d'éducation thérapeutique fait partie intégrante de leur fonction. Il s'agit donc d'un processus éducatif continu intégré dans les soins et centré sur le patient.* »⁵⁰.

De plus, selon l'OMS, l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

L'ETP est donc un concept, émanant en premier lieu du soignant, qui vise principalement au **maintien de l'autonomie et de l'indépendance** du patient. Cependant, on ne parle d'ETP que dans le contexte d'une **maladie chronique**⁵¹ telle que le diabète, l'obésité, l'asthme, ou les maladies neurodégénératives.

⁵⁰ MAUDUIT L., *L'éducation thérapeutique du patient*, Dunod, Paris, 2014, p.3.

⁵¹ **Maladie chronique** : affection de longue durée, évoluant généralement lentement, et souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves.

Faire de l'éducation thérapeutique, c'est aider le patient à faire une **place raisonnable à la maladie dans sa vie**, lui permettant tout à la fois d'exercer un contrôle sur celle-ci en mettant des outils et techniques compensatoires, et poursuivre son développement personnel.

Le soignant présente une place importante dans ce concept, mais **le patient est aussi acteur** de sa prise en soin dans un protocole d'ETP : le soignant donne des outils au patient, mais seul le patient pourra ainsi les utiliser afin d'améliorer sa qualité de vie avec sa maladie.

- Qui peut faire de l'ETP ?

L'ETP est proposée « *par une **équipe pluridisciplinaire** réunissant plusieurs professionnels de santé (médecin, masseur-kinésithérapeute, infirmière, psychomotricien). Ces professionnels doivent avoir obtenu une formation spécifique en éducation thérapeutique.* »⁵².

L'ETP peut donc être pratiquée par l'ensemble des professionnels de santé. La formation en ETP dépend des instituts de formation, mais, en France, certaines universités dispensent des Diplômes Universitaires (D.U) spécifiques à l'ETP.

Enfin, l'ETP est devenue un outil de santé publique majeur car nous vieillissons à des âges plus avancés, et avons plus de risques de souffrir d'une maladie chronique dans notre vie. Il est alors important de **déléguer** ce concept notamment à l'entourage, puisque la recrudescence de cas de maladies chroniques ne cesse d'augmenter et ne permet pas toujours une prise en soin individuelle.

- La place de l'ETP au sein des pathologies démentielles

L'ETP est proposée et adaptée en ESA, puisque les démences sont des maladies chroniques. Cependant, le patient et le soignant ne doivent pas être considérés comme seuls acteurs.

⁵² **ARSEP** : <https://www.arsep.org/library/media/other/Publications/Brochures/Education-Therapeutique-Patient-ETP-janv-2016.pdf>

L'aidant est une personne très importante dans la prise en soin du sujet dément car, plus la maladie évolue, plus le fonctionnement quotidien devient perturbé et difficile : il doit alors s'adapter à son parent malade. Il peut être très soucieux du devenir de son proche, et très en demande de conseils ou de techniques, c'est un élément moteur dans la prise en soin dans ce cas de figure.

A la fin d'une séance, Monsieur D., aidant principal de son épouse atteinte de DTA, vient vers la psychomotricienne en lui disant : «Vous savez, ma femme, elle chante beaucoup et aime danser lorsque je mets de la musique dans la maison. Elle se rappelle des paroles, vous savez ! Alors, est-ce que c'est bien pour la mémoire si je mets souvent de la musique dans la maison ? » On observe ici à travers Monsieur D. l'inquiétude de ce monsieur face à l'évolution de la maladie de sa femme, mais aussi le soucis de bien faire pour sa femme. Monsieur D. s'appuie sur la psychomotricienne pour trouver des solutions, pour tenter de pallier à l'évolution des troubles mnésiques et comportementaux de sa femme, puisque la musique semble la détendre.

A contrario, le parent peut rester dans le déni de la maladie du proche, et refuse de s'adapter et de collaborer avec les soignants : c'est un frein dans la prise en soin.

Du côté du patient, l'ETP va permettre de lui apporter des outils compensatoires, des techniques afin de pallier et de prévenir les troubles associés à la maladie. Le patient, lorsqu'il est en capacité de le faire, et les aidants familiaux sont aussi acteurs de la prise en soin : ils peuvent se saisir des aides transmises par le soignant pour faire face à la maladie.

Enfin, l'ETP s'inscrit réellement dans le cadre de vie du patient. Elle vise à rendre celui-ci **plus autonome avec sa maladie** : c'est ici que l'ESA prend tout son sens puisque les interventions se font au domicile afin de maintenir l'autonomie du patient.

- Les différentes étapes de l'ETP

Un protocole d'ETP présente toujours les mêmes étapes quel que soit le type de maladie chronique rencontrée, mais il s'adapte bien sûr à celui-ci. Dans cette partie, je vais donc vous présenter les quatre étapes générales d'un protocole d'ETP, adapté aux démences.

1) Le diagnostic éducatif : cette première étape permet le recueil de l'anamnèse du patient : histoire de vie et histoire de la maladie.

Dans le cadre de pathologies démentielles, l'anamnèse va permettre dans un premier temps de savoir si le patient est conscient ou non de sa pathologie : si oui, le soignant va s'intéresser davantage à ce qu'il sait de sa maladie.

Après avoir recueilli l'anamnèse, un premier bilan est réalisé : il permet d'évaluer les dimensions socioprofessionnelles, cognitives et psychoaffectives du patient. Enfin, les attentes du patient vis-à-vis de la prise en soin seront abordées.

2) Définir un programme personnalisé : le diagnostic éducatif va permettre au soignant de déterminer les besoins et les demandes du patient. A partir de ces données, le soignant va fixer des compétences à acquérir pour le patient.

Dans le cadre de la démence, le programme personnalisé consiste à fixer des objectifs globaux de soin face aux troubles engendrés par la maladie. Par exemple, la mise en place d'outils compensatoires pour pallier à la désorientation spatio-temporelle peut être un objectif de soin face à la maladie.

3) La planification des séances : dans cette troisième partie, le thérapeute et le patient abordent ensemble la question du cadre d'intervention, ainsi que des **médiations**⁵³ et outils choisis lors des séances.

En ESA, cette étape est notamment illustrée par le choix du jour et de l'heure de la séance. Même si beaucoup de personnes âgées restent très souvent chez elles, les actes de l'ESA peuvent être vécus de manière intrusive pour le patient puisque des « personnes étrangères » viennent au domicile. Franck PITTERI énonce « *qu'il est à éviter de considérer le patient comme toujours disponible sous prétexte qu'il est toujours là, et les rendez-vous doivent être tenus et fixés.* »⁵⁴.

Le couple soignant/soigné collabore ensemble pour fixer la fréquence des rendez-vous. Ceci permettra le bon déroulement de la prise en soin.

Le choix des médiations et des médiateurs est aussi réfléchi avec le patient en fonction de ses envies et de ses goûts, le but étant de concilier plaisir et réadaptation au domicile.

4) L'évaluation : deux types d'évaluation sont concernées dans cette partie. Il y a tout d'abord l'évaluation effectuée à chaque fin de séance, qui doit être traçable, afin qu'elle puisse être consultée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Au final du processus du fonctionnement d'ETP, une évaluation finale est réalisée.

Au sein de l'ESA, une fiche de restitution des activités est complétée par chaque intervenant (ASG, infirmière coordinatrice, psychomotricien, voir *Annexe 2*), et le bilan final est réalisé par le thérapeute (le psychomotricien) à la fin des 15 séances (*Annexe 9*).

Chacun des professionnels de santé peut s'inscrire à différents niveaux d'une ETP : diagnostic éducatif, planification des séances... Partant de cette idée, concernant le psychomotricien en ESA, quelles sont alors les différentes possibilités d'intervention de celui-ci dans une ETP ?

⁵³ **Médiation :** pratique ou discipline qui vise à définir l'intervention d'un tiers, appelé médiateur, pour faciliter la circulation d'informations, éclaircir ou rétablir des relations. En psychomotricité, plusieurs types de médiations existent : thérapie avec le cheval (TAC), la peinture, les jeux de sociétés...

⁵⁴ **PITTERI F.** dans **POTEL C.,** *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, Paris, 2010, p.300.

Partie III : De la rencontre à l'élaboration d'une prise en soin adaptée en psychomotricité

Les soins de réhabilitation proposés en ESA et que je vais désormais présenter découlent du programme d'ETP présenté, cependant, le cadre est bien spécifique puisque les séances sont effectuées au domicile du patient, et ces programmes sont amenés par le psychomotricien.

1) De l'éducation thérapeutique à l'éducation psychomotrice

L'éducation thérapeutique est très connue dans le domaine des soins infirmiers, notamment pour les pathologies chroniques comme l'obésité, le diabète, la mucoviscidose, l'asthme. Comme j'ai pu le mentionner précédemment, l'objectif de ce concept vise à l'autonomie du patient avec sa maladie. Cependant, elle s'illustre en premier lieu grâce à son action sur le versant physiologique : savoir gérer ses injections d'insuline, savoir gérer ses dialyses, etc....

Pour le psychomotricien, l'éducation thérapeutique se pratique tous les jours : elle est aussi appelée **éducation psychomotrice**.

L'éducation psychomotrice est souvent évoquée chez le jeune enfant en plein développement et vise entre autres à l'autonomie corporelle. Cependant, elle n'est pas figée à cette population, et se pratique notamment chez la personne âgée dépendante. Effectivement, en gériatrie, « *les indications se définissent soit par une demande de stimulation psychomotrice pour le maintien et le dynamisme des potentiels actuels, soit par rapport à des troubles* »⁵⁵. Il y a donc ici deux enjeux pour le psychomotricien, à savoir le **maintien global des capacités restantes** du patient, mais aussi la **gestion des troubles comportementaux** plus ou moins aigus tels que l'anxiété, l'angoisse ou l'agressivité.

⁵⁵ **PITTERI F.** dans **POTEL C.**, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, Paris, 2010, p.296.

A domicile, le psychomotricien va donc évaluer initialement ces deux problématiques grâce à de **l'observation active** et de **l'observation spontanée**. Avec l'aide du bilan psychomoteur adapté, mais aussi grâce au lieu de vie, la prise en soin à domicile offre véritablement des opportunités de mises en situation uniques et permet ainsi d'enrichir notre analyse clinique.

Cependant, avant d'aborder de manière plus approfondie les différentes problématiques du sujet à son domicile, il est indispensable de créer une relation de confiance avec le patient puisque nous intervenons dans son lieu de vie et son intimité.

Je vais donc vous parler de l'évolution de cette relation thérapeutique à travers deux cas cliniques.

2) Etude de cas de Madame M.

Je rencontre pour la première fois Madame M. le 15 décembre 2016, dans le cadre de mon stage en ESA.

a) Anamnèse :

- *Histoire familiale*

Madame M. est âgée de 71 ans, de taille normale, aux cheveux grisonnants, et ayant très souvent la même présentation : une longue robe d'été à manches courtes qui n'est pas adaptée à la saison, et à sa morphologie (vêtement trop serré).

Cette dame est très autonome dans ses déplacements, et toujours alerte.

Madame M. vit avec son mari dans une grande maison à étage, en campagne. Le couple n'a jamais eu d'enfant et a toujours été très fusionnel. Ils ont fait beaucoup d'activités ensemble et de manière isolée. Ils se sont souvent suffi à eux-mêmes : leur cercle social est de ce fait très réduit. Monsieur M. est l'aidant principal de sa femme, mais la belle-sœur de Madame M. (sœur de son mari) est très proche du couple, et soucieuse du devenir de celui-ci face à la maladie de son épouse.

Le couple présente un niveau de vie élevé : Madame exerçait en tant que comptable, et Monsieur était directeur d'une entreprise frigorifique. Ils possèdent aussi plusieurs résidences secondaires qu'ils entretiennent de manière régulière.

- *Histoire de la maladie*

Les troubles mnésiques de Madame M. se sont amplifiés depuis un an. A la suite de ceux-ci, une demande de consultation en Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) a été effectuée par le médecin traitant : à la suite de nombreux examens (tests cognitifs, IRM cérébral), un diagnostic de démence fronto-temporale (DFT) a été posé. Le caractère héréditaire de cette maladie est aussi mis en avant par l'atteinte du frère de cette dame, qui a aussi souffert d'une DFT et qui en est décédé.

L'intervention d'une ESA au domicile de Madame M. est préconisée par le neurologue du CMRR. A la suite de cette consultation, la belle-sœur de cette dame vient contacter la psychomotricienne de l'ESA suite au diagnostic de Madame M.

b) Première rencontre et bilan initial :

Je fais la connaissance de Madame M. à son domicile, en présence de son mari. La psychomotricienne et moi-même saluons le couple, mais j'observe que ce dernier présente une certaine distance envers nous : il y a peu d'échanges et leur regard est interrogateur.

Suite à cela, je propose à Madame M. de s'entretenir un moment avec moi, tandis que la psychomotricienne prend un temps pour discuter avec son mari.

- Evaluation de l'autonomie et des actes de la vie quotidienne :

Sur le plan physique, Madame M. reste autonome pour certains AVQ : elle est capable de faire sa toilette seule par exemple. Cependant, le peu de fois où elle fait la cuisine, cette dame reste très souvent surveillée par son mari puisqu'il lui arrive d'oublier d'éteindre le gaz et de laisser brûler des aliments.

A cause de la maladie, Madame M. présente un défaut d'initiative majeur, qui se traduit par un manque d'envie de cuisiner, de faire le ménage, etc....

Monsieur M. aide aussi beaucoup sa femme concernant l'entretien de la maison : celle-ci est très grande, à étages. Elle est encore adaptée au couple, mais se pose ici la question de l'évolution de la maladie avec toutes les conséquences qu'elle engendre : grabatisation, chutes, impossibilité d'entretien la maison... L'adaptation au domicile pourra peut être se modifier avec l'évolution des troubles.

Concernant l'alimentation, le mari de Madame D. est contraint de cacher la nourriture pour limiter l'hyperphagie de sa femme : durant l'entretien, il évoque la prise de poids assez conséquente de Madame M. : cette dame a pris 30 kilos en deux années. L'hyperphagie est le principal trouble des conduites alimentaires retrouvé chez les patients souffrant de DFT.

Au niveau de la gestion administrative et financière, son mari s'occupe de tout désormais.

- Bilan neuropsychologique :

La première passation du MMSE est effectuée en mai 2016 et s'élève à 19/30. Lors de la seconde passation proposée dans le bilan initial de l'ESA (sept mois après la première passation), Madame M. obtient un score de 22/30, où la perte de points reste significative dans les items concernant l'orientation spatio-temporelle et le rappel des mots : 5/10 en orientation spatio-temporelle et 0/3 en rappel. Madame M. présente de bonnes capacités de calcul mental : 5/5 en calcul et la lecture et l'écriture, ainsi que les praxies visuo-constructives sont conservées (9/9 en langage, compréhension des consignes, et 3/3 en apprentissage).

Les troubles de la mémoire immédiate de Madame M. peuvent aussi s'illustrer par la répétition en peu de temps d'une même phrase.

- Evaluation thymique et comportementale :

Madame M. obtient un score de 0/4 à l'échelle GDS. Cette dame verbalise être très heureuse dans sa vie quotidienne. Selon ses dires, « *tout me va très bien comme ça, j'ai toujours eu une petite mémoire, mais ça n'a jamais changé* ».

Madame M. est **anosognosique**. La passation de l'échelle NPI a été effectuée avec le mari de Madame M. (1/36 en gravité et 1/60 en retentissement) : ce monsieur ne nous révèle pas de trouble comportemental majeur, hormis une **apathie** très marquée chez sa femme qui se traduit par un manque d'intérêt global : « *Je n'aime plus sortir, je suis bien chez moi* ». De plus, cette dame, qui autrefois jouait beaucoup du piano, a totalement délaissé cette activité. Elle continue à jouer seulement lorsque son mari l'y incite : comme j'ai pu le préciser pour les AVQ, Madame M. présente aussi un **défaut d'initiation majeur** pour les loisirs : elle préfère rester chez elle à regarder la télé la plupart de son temps.

- Evaluation des praxies :

Les praxies idéatoires et constructives sont très correctes, et Madame M. parvient à réaliser sans difficulté l'intégralité des exercices proposés : passation des tests de l'EMG et de la figure de Rey.

Les praxies idéomotrices sont aussi bien conservées : Madame M. comprend parfaitement la notion de « faire semblant » de la batterie usuelle d'Auzias, et les consignes sont réalisées de manière très correcte.

- Evaluation du schéma corporel et l'image du corps :

Les principales parties du corps sont connues pour Madame M. mais le dessin du bonhomme reste pauvre en détails. Sur les deux dessins du bonhomme effectués par Madame M. en début et en fin d'intervention (*Annexe 10*), je peux noter la présence de boutons alignés sur tout le long du tronc : ce détail peut être mis en lien avec la tenue vestimentaire que porte habituellement cette dame (robe longue avec des boutons le long de celle-ci).

Cependant, son mari nous dit qu'elle ne prend plus soin d'elle, et vit mal sa prise de poids. Cela se reflète notamment dans l'allure vestimentaire de cette dame : ses vêtements ne sont plus adaptés à sa morphologie actuelle, ils sont très serrés et peu adaptés au temps. En hiver, cette dame porte une robe longue à manches courtes sans veste, ni collant.

▪ Concernant l'aidant familial :

Suite au premier entretien passé avec la psychomotricienne, Monsieur M. présente des difficultés à accepter et à comprendre la maladie de sa femme. Il est avide de questions auprès de la psychomotricienne en ce qui concerne les avancées de la médecine pour un futur traitement comme il existe pour la maladie d'Alzheimer (Exelon ®, Ebixa ®).

Il présente un fardeau modéré à 34/88 : il n'est pas dans le déni de la maladie de sa femme, mais il a peur de l'évolution de l'état de sa femme, peur de l'avenir.

« La prise de conscience représente une rupture franche. (...) C'est cette transformation de la personne qui devient malade qui pose problème au conjoint ; le problème central de cette période à partir de la mise en mots est d'affronter cette réalité. »⁵⁶.

Monsieur M. a peur de l'avenir, mais espère que sa femme présente des difficultés qui pourront se résoudre, s'estomper avec le temps, et que cela n'est que transitoire.

Les différents troubles engendrés par la maladie mettent à mal le couple : cela se traduit très souvent par de l'irritabilité de la part de Monsieur M. envers sa femme. Suite à ces altercations, sa femme culpabilise et s'attriste de cette situation.

Au début de notre intervention chez Madame M., la psychomotricienne reçoit un appel de la sœur de Monsieur M : elle appelait pour nous prévenir d'une situation compliquée qui s'est déroulée ce midi entre Monsieur M. et sa femme. En effet, Madame M. a laissé brûlé le repas de midi, et a mis sa sécurité en danger puisqu'elle ne s'en est pas rendue compte. Monsieur M. s'est emporté, ce qui a généré une forte culpabilité de Madame, associée à des pleurs.

⁵⁶ **BERCOT R.**, *Maladie d'Alzheimer, le vécu du conjoint*, Erès, Paris, 2003, p.21.

A la fin de ce bilan, Madame M. accepte notre venue hebdomadaire le jeudi matin après un temps d'hésitation. Elle semble sceptique de cette nouvelle prise en soin puisqu'elle n'en voit pas l'utilité.

Le projet thérapeutique de Madame M. s'oriente plutôt vers la mise en place d'ateliers de stimulation cognitive par le biais de jeux de société dans le but de **l'inciter à de nouvelles activités** et de la **dynamiser au domicile en essayant de réduire son niveau d'apathie**.

Des ateliers axés sur l'image et la représentation corporelle semblent aussi pertinents à proposer suite à la prise de poids importante de Madame M : ces moments ont pour but d'aménager un temps pour soi, de bien-être pour cette dame.

Un projet de relais **en orthophonie** semble aussi nécessaire pour cette dame, afin de prévenir les troubles du langage engendrés par la maladie (manque du mot notamment).

Pour l'aidant, le projet s'oriente plutôt vers de l'information sur la maladie : comprendre la maladie, son évolution, les traitements actuels, etc.... En tant que psychomotricien, notre rôle sera aussi de l'aider à vivre mieux avec la maladie de sa femme : comprendre de quelle manière vit Madame M. avec sa maladie, inciter Monsieur M. à sortir avec son épouse, à faire des loisirs ensemble.

c) Prise en soin en psychomotricité :

Dans les premiers temps, Madame M. se montre très distante envers moi. Lorsque j'entre dans son domicile, elle présente un regard indifférent à ma venue, et notre poignée de main reste très succincte.

Je lui propose en premier lieu un atelier de **toucher thérapeutique** axé sur les mains, dans le but qu'elle puisse prendre un temps pour elle, et se détendre. Je lui précise que cet atelier pourrait être intéressant pour qu'elle puisse prendre soin d'elle.

Le toucher va tenter de favoriser une détente et de bien-être caractérisé par une baisse de l'état tonique et un relâchement musculaire.

« *Le toucher traverse l'espace de protection et introduit une relation d'intimité.* »⁵⁷ : il peut toutefois être **vécu à double-tranchant**. Pouvant être ressenti comme apaisant, il peut aussi être vécu comme agressif, et nécessite ainsi d'avoir déjà établi au préalable une relation de confiance assez solide. C'est la raison pour laquelle je propose à cette dame de réaliser par elle-même des petites pressions sur ses deux mains en faisant varier l'intensité, le geste...

Elle semble désintéressée durant ce moment de partage et ressasse le fait de ne pas comprendre notre venue. En fin de séance, elle me demande toujours le nombre de séances qu'il lui reste à faire.

Je remets en question la pertinence d'une prise en soin axée autour de la valorisation, du prendre soin de soi, puisque Madame M. ne voit aucun intérêt à cela.

Au fil des séances, j'apprends peu à peu à connaître Madame M. qui manifeste une attention particulière pour les jeux de nombres : cet intérêt est peut être aussi en lien avec son ancien métier de comptable.

Je lui propose ainsi un jeu de chiffres célèbre : le Triominos ®. Durant ce jeu, chaque joueur doit poser un triangle avec une face identique aux triangles déjà posés sur la table. C'est un bon support pour aborder **l'exploration visuelle**, surtout en fin de partie puisqu'il y a beaucoup de triangles à prendre en considération. Ce jeu aborde aussi la **mémoire de travail** et les **fonctions exécutives** : avant même de pouvoir poser son triangle, le joueur doit **anticiper** son tour, **planifier** sa stratégie (à savoir où il pourra poser son pion), et enfin pouvoir **se corriger** lorsqu'il aura joué, si nécessaire. Le joueur doit enfin s'adapter aux différentes situations proposées, ce qui fait appel à la **flexibilité mentale**.

Ce qui est intéressant avec ce jeu, mais plus généralement avec la notion du jeu en psychomotricité, c'est, bien évidemment de stimuler les capacités cognitives du patient, mais aussi de **se faire plaisir, d'établir un échange** et de **maintenir une relation sociale**. Cette médiation semble alors bien adaptée au premier abord pour Madame M. qui semble relativement isolée, apathique et qui échange peu avec nous.

⁵⁷ **POTEL C.**, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, Paris, 2010, p.126.

Durant cette séance avec ce nouvel outil, Madame M. verbalise « *trouver cela très sympa* » : je décide alors de maintenir ce jeu durant quelques séances. Elle progresse, met en place des stratégies, anticipe son tour et se sent valorisé par ce jeu.

Madame M. manifeste l'intérêt grandissant de notre venue ainsi que des séances : elle semble moins distante, s'autorise à partager avec la psychomotricienne et moi-même des souvenirs de jeunesse et des anecdotes. Ma relation thérapeutique avec cette dame a significativement évolué : la poignée de main qui me semblait froide et indifférente devient chaleureuse, avec son autre main sur mon épaule, qui accompagne le geste.

Du fait de sa DFT, cette dame présente aussi des moments importants d'apathie, associés à des changements comportementaux remarquables, qui m'ont parfois déstabilisés dans cette prise en soin. Un réel décalage est observable entre les émotions que Madame M. peut illustrer grâce à son visage, et ce qu'elle peut exprimer verbalement.

Lors de la cinquième séance, alors que nous étions en pleine partie de jeu, Madame M. manifeste être fatiguée. L'orthophoniste, inconnue jusqu'ici pour cette dame, venait de passer, et son mari était parti faire quelques courses. Madame M. me dit alors en suivant, avec le sourire aux lèvres : « Vous savez ce que je veux ? J'aimerais que vous fichiez le camp. ». Cette vignette clinique illustre ce décalage entre la communication non-verbale (visage réjoui) et la communication verbale qui s'en suit (agacement et irritabilité). On peut mettre ce comportement en lien avec le fait que c'était la première fois que Madame M. faisait la séance sans son mari, en présence de personnes inconnues. Elle a pu percevoir cette situation comme une perte de repères pour elle.

En parallèle avec les séances de Madame M., nous prenons aussi le temps de discuter avec son époux tout au long de notre intervention. Nous lui apportons de la documentation sur la maladie de sa femme afin qu'il puisse mieux la comprendre, nous lui amenons aussi la programmation d'une salle de spectacles pour l'inciter à sortir davantage avec sa femme.

d) Bilan final et conclusion :

En comparaison du bilan initial, le bilan final de Madame M. reste plutôt stable sur le plan cognitif (MMSE à 22/30, identique à celui de décembre 2016), cependant, le dessin du bonhomme s'est appauvri de manière significative en détails.

L'évolution de la maladie est surtout remarquable sur le versant comportemental. Le score du NPI a augmenté depuis le bilan initial : 10/30 en gravité (+9 points par rapport à décembre 2016, et 16/60 en fréquence (+15 points). En effet, la désinhibition et l'exaltation de l'humeur de cette dame, qui n'étaient pas évoquées jusqu'à maintenant par son mari, sont bien présentes au quotidien.

Progressivement, Madame M. a pu montrer de l'intérêt pour les jeux que j'ai pu lui proposer : il serait peut être intéressant d'inclure l'intervention d'une auxiliaire de vie sociale (AVS) pour lui proposer une fois par semaine des jeux de société, dans le but d'initier Madame M. à de nouvelles activités.

Au cours de cette prise en soin, j'ai aussi pu observer deux facettes de Madame M. très différentes : une dame au visage figé, très peu ouverte aux propositions et à la discussion et peu souriante. Progressivement, après avoir installé une relation de confiance suffisamment stable et solide, Madame M. s'est peu à peu dévoilée sous un autre visage : elle initie la discussion, même si cela reste encore compliqué de discuter longtemps avec cette dame, elle sourit davantage, et me serre la main de manière chaleureuse en me touchant même l'épaule pour accompagner son geste.

Concernant l'aidant principal, Monsieur M., il verbalise désormais « *accepter la maladie* », mais il ne peut s'empêcher de penser à l'évolution de celle-ci. Cette maladie « *le gêne* » selon lui : ce couple est très ritualisé, et les conséquences de la démence bouleversent ce cadre de vie bien déterminé. Son comportement a bien changé durant la prise en soin : ce monsieur, assez distant et inquiet pour sa femme, tenait à assister aux séances au début de la prise en soin. Avec notre aide et notre écoute, nous avons aussi pu

créer une relation de confiance avec ce monsieur : il a pu prendre du recul face à la maladie de sa femme, et a pu se détacher progressivement des séances en s'absentant.

Nous avons pu établir un lien avec lui, et il a mis en place un petit rituel en venant nous apporter le café à chaque séance, comme pour nous témoigner de son accueil au sein de sa maison.

A l'issue de la prise en soin, un nouveau bilan en fin d'année est tout d'abord proposé par la psychomotricienne : Monsieur M. soupire lorsqu'il entend cette proposition et semble inquiet que ce bilan soit si tardif dans l'année. La psychomotricienne propose alors d'établir un suivi mensuel afin de rassurer le couple, et particulièrement Monsieur M.

3) Etude de cas de Madame D.

Je rencontre pour la première fois Madame M. le 15 décembre 2016, dans le cadre de mon stage en ESA.

a) Anamnèse de Madame D.

- *Histoire familiale :*

Madame D. est une dame âgée de 86 ans, de petite taille, aux cheveux gris, élégante, et très souriante. De plus, Madame D. est très autonome dans ses déplacements, et me donne l'impression d'une femme alerte.

Cette dame vit avec son mari. Le couple a eu cinq enfants (trois garçons et deux filles) dont trois habitent toujours dans la région. L'une des filles habite sur le même terrain et semble être l'aidante principale. Deux autres enfants vivent en dehors de la région : elle les voit donc à raison d'une fois par an, mais téléphone toujours régulièrement à chacun d'entre-eux. Aux dires du couple, la nature des relations avec les enfants semble toujours très bonne. Cette famille se complète de dix petits-enfants, et trois arrières petits-enfants.

Monsieur D. était salaisonnier (action de saler certains aliments afin de les conserver), mais il est maintenant retraité, et Madame D. a exercé en tant que secrétaire dans une entreprise durant seulement cinq années de sa vie puis s'est occupée de ses enfants du fait de l'emploi très prenant de son mari.

- *Histoire de la maladie :*

Suite au premier entretien avec son mari, Monsieur D., nous apprenons que Madame D. a subi deux mastectomies suite à deux cancers du sein, puis des poses d'arthrodèse au niveau de la colonne vertébrale, ce qui l'a amenée à de longues périodes d'hospitalisation.

Les premiers troubles remarquables de Madame D. ont été observés par Monsieur D. six mois auparavant : « *Ce sont les troubles de la mémoire qui sont devenus importants et problématiques* » aux dires de Monsieur D. Madame D. appelle plusieurs fois par jour ses enfants, en leur tenant les mêmes propos, elle ne se souvient plus de la place des objets et ressort tous ses bibelots et photos pour les exposer dans le salon. Cette accumulation d'oublis est donc devenue problématique pour le couple.

A la suite d'une visite chez le médecin traitant, une consultation en CMRR a été demandée par celui-ci. En octobre 2016, Madame D. rencontre donc le gériatre du centre mémoire, et, à la suite de ce rendez-vous le diagnostic de démence de type Alzheimer à un stade modéré est posé.

L'intervention d'une ESA au domicile de Madame D. est donc préconisée par le médecin gériatre du fait du diagnostic.

b) Première rencontre et bilan initial

De par le temps d'intervention très limité, nous décidons avec la psychomotricienne la répartition suivante : la psychomotricienne s'entretient avec Monsieur D., et, pendant ce temps, j'engage la conversation avec sa femme.

Son mari est aussi présent lors de notre rencontre et est tout aussi souriant que sa femme. Il semble soulagé de notre présence.

Dès lors que je passe le pallier de sa maison, je m'approche d'elle et tente de lui serrer la main, mais elle m'embrasse comme si j'étais quelqu'un de familier pour elle.

J'ai alors pu supposer que mon jeune âge lui rappelait ses petits-enfants, et lui procurait un sentiment de réassurance. Elle me parle beaucoup dès le début de notre rencontre, et semble très à l'aise.

Suite à ces propos, la psychomotricienne et moi-même nous présentons, et j'évoque l'équipe sous le nom d' « équipe mémoire » et non « équipe Alzheimer » : en effet, je ne sais pas si Madame D. a connaissance de son diagnostic ou a conscience de sa maladie, et préfère ne pas l'effrayer en présentant le dispositif sous ces termes-ci. Madame acquiesce, fait le lien avec la mémoire et évoque en effet ses troubles mnésiques qui l'énervent selon ses dires. Je présente les intérêts de l'équipe de manière générale et lui demande son accord pour faire un petit bilan qui me permettrait de mieux la connaître et de voir ce que l'on pourrait travailler ensemble par la suite.

- Evaluation de l'autonomie et des actes de la vie quotidienne :

Concernant l'évaluation de l'autonomie sur les actes de la vie quotidienne, celle-ci est réalisée auprès de l'aidant avec l'échelle spécifique DAD.

D'après cette échelle, Madame D. est tout à fait autonome pour la toilette mais elle ne cuisine plus, mange très peu, et de manière très sélective : elle présente notamment un certain dégoût pour la viande rouge par rapport à la vue du sang. A cause de cette sous-alimentation, Madame D. perd du poids. D'après Sophie GILLETTE-GUYONNET, « *la perte de poids est un problème nutritionnel fréquemment observé dans la maladie d'Alzheimer dont l'une des origines pourrait être la présence de troubles du comportement alimentaire tels que les comportements sélectifs* »⁵⁸.

⁵⁸ GILLETTE-GUYONNET S. et all., « *Nutrition et maladie d'Alzheimer* » dans Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement ; vol. 3, 2005.

A propos des tâches administratives, Madame D. ne s'occupe plus de rien : le couple est beaucoup aidé par leur dernière fille pour ces actes.

Pour l'utilisation du téléphone, Madame D. sait parfaitement se servir d'un téléphone, et tenir une conversation, mais n'utilise pas celui-ci à bon escient : comme j'ai pu le mentionner plus haut, cette dame peut appeler plusieurs fois par jour ses enfants et leur répéter les mêmes propos.

Enfin, le couple continue toujours d'entretenir une vie sociale : les sorties extérieures entre amis sont nombreuses, mais Madame D. verbalise qu'elle préfère plutôt rester seule chez elle. De plus, aux dires de son mari, elle ne parle pas beaucoup lorsqu'il y a du monde : elle préfère se renfermer sur elle-même.

- Bilan neuropsychologique :

Le test MMSE a été effectué en novembre 2016 avec le médecin gériatre du centre mémoire : il s'élève à 16/30. Cependant, aucun détail supplémentaire n'a été fourni vis-à-vis de ce test. Il me semble donc indispensable de faire une seconde passation afin de l'utiliser comme repère pour constater l'évolution des troubles cognitifs de Madame D. Je lui ai donc proposée une nouvelle passation en décembre 2016 : elle obtient un score de 15/30. L'écriture et la lecture sont correctes, mais la perte de points est surtout observable sur les épreuves d'orientation spatio-temporelle, de rappel des mots et de calcul. Des troubles de la mémoire immédiate sont relevés durant tout le bilan et le manque du mot majore ses difficultés. Madame D. me pose plusieurs fois la même question quant à ma présence dans son domicile : « *Mais pourquoi vous êtes ici au juste ?* » et me fait répéter les mêmes informations. Cependant, la mémoire biographique est plutôt bien préservée, notamment lorsqu'elle parle de ses enfants.

- Evaluation de l'humeur et comportementale :

Concernant le plan thymique, Madame D. obtient un score de 0/4 à l'échelle GDS cependant, elle verbalise se sentir bien, même si ses pertes de mémoire la rendent parfois tristes et l'énervent.

Durant l'entretien avec la psychomotricienne, Monsieur D. explique que Madame D. n'écoute pas ses conseils et n'en fait qu'à sa tête selon ses dires : elle est souvent **irritable** d'après lui, surtout dans les situations où elle est mise en échec à cause de ses troubles cognitifs.

En début de séance, Madame D. va chercher ses lunettes de vue. Elle m'évoque que ce sont ses enfants qui lui ont offert cette paire, mais son mari l'interrompt de façon polie et correcte et la corrige dans ses propos, en lui signifiant que c'était lui qui lui avait payé cette paire. Madame D. s'énerve et lui répond de manière très autoritaire : « Vous voyez comment il est ! Il est obligé de s'en vanter tout le temps de ça ! ». Dans cette vignette clinique, nous pouvons bien remarquer que, face à ces troubles mnésiques, Madame D. reste irritable.

Enfin, j'ai pu observer une **instabilité psychomotrice** très marquée chez Madame D.

La notion d'instabilité psychomotrice émane du psychiatre Ernest DUPRE, et illustre le parallélisme entre les phénomènes psychiques et les phénomènes moteurs. Elle est notamment observée chez l'enfant, mettant en avant trois symptômes prédominants : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité.

Chez Madame D., cette instabilité est notamment illustrée par un **défait d'attention sélective majeur**, et une **agitation motrice permanente**. Durant la passation du bilan, il est très compliqué pour elle de se focaliser uniquement sur une consigne donnée, tout en restant assise sur sa chaise : elle se lève de manière inopinée et me parle de divers sujets sans se concentrer sur l'épreuve.

- Evaluation des praxies :

Les praxies idéatoires et constructives sont très correctes, après passation des tests de l'EMG et de la figure de Rey, mais le bilan tend à se complexifier avec l'évaluation des praxies idéomotrices : lorsque je demande à Madame D. de « faire semblant » d'utiliser ses couverts ou de se brosser les dents, elle ne parvient pas à réaliser l'action sans se détacher de l'objet : elle veut constamment aller chercher l'objet à utiliser, même si je lui explique que ceci n'est pas nécessaire et qu'elle doit seulement « faire semblant ». Je me questionne alors quant à sa capacité de compréhension des consignes.

- Evaluation du schéma corporel :

Les principales parties du corps sont connues pour Madame D., et sont retranscrites sur le dessin du bonhomme (*Annexe 11*), mais ce dernier reste très pauvre en détails.

- Concernant l'aidant familial :

La psychomotricienne propose de s'entretenir avec Monsieur D. afin qu'il puisse verbaliser les difficultés ressenties dans la vie quotidienne face à la maladie de son épouse. Monsieur D. obtient un score de 30/88 sur la **grille de Zarit** : il présente donc un fardeau modéré. Cependant, Monsieur reste tout de même très inquiet de l'état de santé de sa femme : il a déjà effectué une demande pour une chambre en couple dans un EHPAD mais il culpabilise énormément à l'idée de devoir quitter son domicile avec sa femme et verbalise qu'il fera tout son possible pour retarder cette échéance.

D'après Isabelle MALLON, entrer en maison de retraite certifierait ainsi la « vraie vieillesse », celle « qui ne peut qu'aller mal »⁵⁹. En effet, Monsieur D. imaginait une **fin de vie idéalisée** pour son couple, c'est-à-dire de finir ses jours dans son domicile sans faire face à la maladie.

⁵⁹ MALLON I., *Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ?* Magazine Gérontologie & Société n°121, 2007, p.253.

Enfin, la belle-sœur de Monsieur D. vit en EHPAD puisqu'elle souffre aussi d'une démence de type Alzheimer, mais à un stade très avancé. Elle est entièrement dépendante et Monsieur D. est très inquiet quant à l'avenir de son couple car il projette beaucoup la situation de sa belle-sœur sur celle de sa femme.

A la fin de ce bilan, je demande à Madame D. son avis quant à ce début de prise en soin. Madame D. acquiesce avec un grand sourire : elle semble enthousiaste de notre venue.

- Aides mises en place au domicile de Madame D.

Concernant les différentes prises en soin, Madame D. est suivie par l'ESA à raison d'une fois par semaine, le jeudi après-midi. Elle est aussi suivie en orthophonie à raison d'une fois par semaine pour un manque du mot de plus en plus important.

Pour les tâches ménagères, Madame D. ne peut plus les réaliser suite à ses nombreuses opérations au niveau du dos : une aide-ménagère à domicile vient donc depuis le mois de janvier 2017 afin de soulager le couple.

A la suite de ce bilan, le projet thérapeutique de cette prise en soin s'oriente vers la mise en place d'ateliers de **stimulation sensorielle**. Ces ateliers sensoriels pourront être un moyen pour Madame D. d'aborder les fonctions cognitives, et notamment les fonctions mnésiques, puisque la sensorialité est le socle de la cognition. En effet, d'après Jean PIAGET, *« la cognition s'enracine dans le corps vécu »*.

Ces ateliers ont aussi pour objectif de **canaliser** Madame D. face à son instabilité psychomotrice importante.

Pour des soucis d'organisation de structure, la première séance de prise en soin débutera un mois plus tard.

c) Prise en soin en psychomotricité

Toutes les séances présentent le même rituel : je demande à Madame D. si sa semaine s'est bien déroulée et s'il y a eu un événement particulier dont elle voudrait me parler. Je pose ensuite les mêmes questions à Monsieur D. dans le but de confirmer ou d'infirmier les propos de Madame D., et d'obtenir des informations supplémentaires. Ces séances se déroulent dans le salon, en présence de la psychomotricienne et moi-même. Son mari reste lui aussi très souvent dans cette pièce : il lui arrive alors parfois de s'inclure dans la séance de Madame D.

Pour la **première séance**, je propose à Madame D. un atelier sensoriel axé sur le sens olfactif, en utilisant comme médiateur un loto des odeurs, dans le but d'explorer la mémoire à long terme et de la canaliser. La perte d'odorat est un des premiers signes de la maladie d'Alzheimer par dégénérescence de neurones situés au niveau du bulbe olfactif : ce symptôme s'appelle l'**anosmie**. D'après le Docteur JOYEUX, « *stimuler son odorat, c'est prévenir et reculer ces maladies neurodégénératives graves qui constituent d'importants handicaps de vie* »⁶⁰.

Lorsque Madame D. sent l'échantillon de miel, elle me raconte l'histoire suivante : « Ah, ça me fait penser aux gouttières, dans la chambre de Florence ! ». Dans un premier temps, je ne parviens pas à comprendre la cohérence de son récit : son mari le remarque, et m'explique alors cette petite anecdote où Madame D. avait trouvé un nid d'abeilles dans une gouttière, et que les abeilles avaient envahi la chambre de la fille de Madame D., Florence. Cette vignette clinique montre la pertinence de la stimulation sensorielle face à la réminiscence des souvenirs.

⁶⁰ JOYEUX H. : <http://neptunya.fr/alzheimer-deux-signes-precoces-la-perde-progressive-du-gout-et-de-lodorat/>

En effet, d'après Marion PERUCHON, « *les expériences sensibles et sensorielles sont utilisées par le sujet pour convoquer des traces mnésiques ou résidus de souvenirs comme moyen de se rassurer sur son sentiment d'identité et d'existence.* »⁶¹.

Cependant, dès lors que je propose plusieurs cartons de choix en même temps à Madame D., elle se retrouve très vite perdue et se disperse beaucoup entre la répartition des différentes odeurs. De plus, elle ne parvient pas à inhiber le langage pour se concentrer sur ses sensations.

Je me questionne face à la pertinence de la stimulation sensorielle lorsque j'observe les réactions de Madame D. Avec du recul, je me suis alors demandé si ce type d'atelier n'avait pas été proposé trop tôt dans la prise en soin de cette dame. En effet, les ateliers sensoriels peuvent amener des souvenirs très archaïques et intimes. Ils peuvent ainsi nécessiter une relation de confiance plus solide. Avant la fin de mon intervention, je tenterais alors de proposer un nouvel atelier sensoriel à Madame D.

Dans une tentative de contenir de manière physique et psychique cette dame, je lui propose de nouveaux ateliers au fur et à mesure de mon intervention : construction d'un arbre généalogique, jeu du portrait chinois, ateliers cognitifs axés sur les chiffres... J'observe que ces ateliers sollicitent de manière très importante l'attention de cette dame qui se fatigue très vite. De plus, comme j'ai pu le mentionner dans le bilan, Madame D. présente un manque du mot assez important : elle tente donc de trouver les mots justes, mais cela l'énerve. Elle commence à devenir irritable envers la psychomotricienne et moi-même, et se sent dévalorisée. Elle peut verbaliser d'un ton très énervé : « *Vous n'avez aucune pitié pour moi qui suis fatiguée aujourd'hui, de me faire jouer à des jeux ! Vous ne pourriez pas me laisser tranquille ?* ». Lorsque Madame D. présente ces attitudes d'opposition et d'irritabilité, je n'insiste pas quant à la poursuite de la séance, et préfère la laisser tranquille. Je m'interroge quant à mes propositions et à l'intérêt de ma venue pour Madame D., pour laquelle mon intervention ne semble pas pertinente.

⁶¹ PERUCHON M., *La maladie d'Alzheimer : entre psychosomatique et neuropsychanalyse*, Hermann, Paris, 2011.

A la **cinquième séance**, durant un atelier cognitif en présence de la psychomotricienne, Madame D. me dit : « *Vous savez, je ne me sens pas bien dans ma tête et dans mon corps...* ». Nous lui demandons alors ce qui ne va pas, mais son mari entre dans la pièce, et Madame D. change complètement de sujet, ne répondant pas à notre question. Le mari reste dans la pièce durant tout le long de la séance : nous n'avons donc aucune information supplémentaire quant à l'origine de l'état de Madame D. Face à cette situation, je me suis alors demandée si elle était gênée de parler de ses problèmes en présence de son mari. D'après Christian DEROUESNE, « *Lorsque les symptômes de la maladie s'aggravent et altèrent non seulement la mémoire mais d'autres fonctions (langage, fonctions exécutives, les activités de la vie quotidienne sont progressivement perturbées et la vie relationnelle modifiée. Le malade perçoit ces modifications comme une altération de son identité, il perd confiance en lui, et son estime personnelle baisse.* »⁶².

J'ai ainsi pu supposer que cette dame ressent un sentiment de honte face à cette perte identitaire qui l'atteint et qu'elle veut dissimuler à son mari. Elle n'a peut être pas envie que son mari soit compatissant avec elle, qu'il la regarde comme une personne fragile et vulnérable.

Je me questionne alors quant au cadre de la prise en soin à domicile de Madame D : au début de mon intervention, il me semblait intéressant d'inclure son mari dans ce projet puisque celui-ci pourrait lui permettre de partager un temps avec sa femme, et qu'il était aussi très heureux de pouvoir voir du monde dans sa maison.

Désormais, après discussion avec la psychomotricienne, je propose à Madame D. des moments d'échange seule à seule dans le but qu'elle puisse exprimer en toute confiance ce qu'elle ressent, et pour essayer de comprendre ce qui est en train de se jouer pour cette dame.

⁶² DEROUESNE C., SELMES J., *La maladie d'Alzheimer : comportement et humeur*, John Libbey Eurotext, 2005.

Néanmoins, le psychomotricien doit-il conduire la personne à exprimer ses ressentis et ses problématiques existentielles en dehors d'un travail corporel ? Je me suis alors demandée si mon champ de compétence n'allait pas au delà de celui du travail du psychomotricien.

D'après René KAËS, le cadre thérapeutique possède trois fonctions, dont la fonction **métaphorique** : c'est le moment où le thérapeute propose une compréhension, un sens au patient, sous forme d'hypothèses. Le psychomotricien, et au sens large, le thérapeute n'est pas seulement dans la proposition de faire, mais doit veiller, à ce que le patient, avec son aide, puisse progressivement se rendre compte lui-même de ses besoins, de ce qu'il aime, ce qui lui fait peur...

Après réflexion, j'ai pu comprendre qu'il était donc de mon ressort d'accueillir les émotions, positives ou négatives de Madame D. pour l'aider à mettre du sens sur celles-ci, et à vivre mieux avec sa maladie.

d) Bilan final et conclusion

Tout au long de ma prise en soin, je me suis beaucoup questionnée sur les ateliers que j'ai pu proposer à Madame D. Il reste très compliqué de faire un atelier d'une heure avec cette dame du fait de son agitation psychomotrice et de sa fatigabilité, et aucune évolution significative n'a pu être observée durant la totalité de mon intervention, tant sur un plan cognitif que sur un plan comportemental. Je me suis donc progressivement détachée de la stimulation des capacités de Madame D. pour adopter un rôle d'accompagnant dans la maladie : accueillir le vécu de Madame D., essayer de mettre du sens à celui-ci, et l'aider à mieux vivre avec sa pathologie.

Du point de vue de l'aidant, les idées délirantes de Madame D. prennent de plus en plus d'ampleur et mettent à mal le couple : cette dame se sent persécutée et devient très jalouse. Il est difficile pour l'époux de faire le deuil de l'image de femme active qu'avait sa femme : le rôle de la psychomotricienne a alors été de l'accompagner dans cette étape, et de lui expliquer qu'au delà de la maladie, le vieillissement normal de sa femme est bien installé.

Il a été aussi important de parler avec Monsieur D. du devenir de sa femme au domicile : ce monsieur s'épuise beaucoup, et ne prend pas en compte son état de santé. Nous avons pris le temps tout au long de cette prise en soin d'amener, de lui expliquer l'idée d'un éventuel placement en institution de sa femme du fait des troubles comportementaux évoluant de manière importante au cours de la maladie.

Partie IV : Discussion

1) Dans la relation soigné/soignant : qui éduque qui ?

L'ETP vise à améliorer la qualité de vie du patient en lui donnant les outils nécessaires visant à développer sa propre potentialité.

« La spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le sujet là où il est, tel qu'il est. »⁶³. Le psychomotricien s'implique de manière intime avec le sujet. Grâce à sa pratique, tout au long de sa formation, il a pu se doter d'une sensibilité qui lui permet d'avoir une écoute spécifique de l'autre. Grâce à sa lecture éminemment corporelle, il est là pour accompagner, de manière adaptée, à son rythme, la personne âgée démente. Il prend en considération le patient dans sa globalité, avec son histoire, son identité, une sensibilité et une émotivité qui lui sont propres. Cependant, cette relation soigné/soignant ne se réalise pas seulement dans un sens unique : au travers de ces deux accompagnements, j'ai pu étayer ma sensibilité, mon regard et ma posture de future psychomotricienne. J'ai beaucoup appris sur la manière d'entrer en relation avec la personne âgée démente.

Pour prendre un exemple, je reviendrais sur l'évolution de ma relation thérapeutique avec Madame M. : cette dame qui me semblait très distante envers moi au début de sa prise en soin, me paraît plus en confiance désormais. Il m'a été compliquée d'entrer en relation avec elle, mais c'est dans le **partage** et grâce aux expériences avec Madame M. que j'ai pu **prendre le temps** de mieux la connaître et **m'adapter** ainsi à ce qui pouvait lui convenir : « L'urgence du psychomotricien, c'est de prendre le temps de l'instant présent. »⁶⁴.

⁶³ DESOBEAU F., « Identité et fonction du psychomotricien » dans Thérapies psychomotrices et Recherche, n°162, 2003.

⁶⁴ HAMEL F., « Le psychomotricien en néonatalogie : pour le confort sensori-moteur et relationnel du bébé mais aussi un liant dans le parcours du bébé et de ses parents. » dans Thérapies psychomotrices et Recherche, n°158, 2009.

En tant que psychomotricien, nous agissons sur les troubles associés de la maladie, sur la diminution des troubles comportementaux et sur le vécu de la maladie.

L'ETP permet aussi au psychomotricien d'enrichir et d'approfondir son « savoir-être » et son « savoir-faire » au contact de l'autre. En effet, dans les prises en soin en ESA et particulièrement dans le cas de la démence, le psychomotricien doit s'ajuster au patient : il doit prendre conscience de sa posture, de sa distance avec le patient et de ses gestes. Lorsque le soignant est adapté, le comportement du soigné évolue : ce changement de comportement est une réponse à cette **communication non-verbale** réfléchie au préalable par la psychomotricien. Le psychomotricien doit aussi s'adapter au cadre du domicile qui engendre diverses problématiques.

En conclusion, l'ETP est valable dans les deux sens dans le cadre de la démence : elle peut être bénéfique tant pour le soigné que pour le soignant.

2) Le cadre de la pratique psychomotrice au domicile

a) Le remaniement familial chez une personne atteinte de démence

Dans les protocoles d'ETP, le psychomotricien prend en considération un système complexe où divers acteurs sont impliqués : le patient lui-même, mais aussi sa famille. J'ai pu observer que, considérer le système familial en ESA était d'autant plus important puisque les séances sont très souvent réalisées en présence des proches.

La personne âgée atteinte de démence est tout d'abord un **individu**, avec son histoire de vie. Elle est mère/père de ses enfants, elle est époux/épouse de son conjoint, elle est fils/fille de ses parents. Vieillir avec une pathologie démentielle engendre des bouleversements au sein de ces différentes sphères : elle met à mal le noyau familial avec les enfants, mais aussi le noyau conjugal avec le conjoint. Je développerai seulement les remaniements que j'ai pu observer dans la sphère conjugale puisqu'elle est aux premiers plans lors des prises en soin à domicile que j'ai pu rencontrer.

« La dépendance que cette maladie engendre, d'autre part, est hétérogène, dès lors qu'elle affecte des personnes de personnalité différente, de cultures différentes, et dont les histoires de vie sont diversifiées »⁶⁵ : les deux études de cas que j'ai pu présenter précédemment reflètent deux situations conjugales bien différentes.

- Le couple composé de Monsieur et Madame M. est fusionnel et n'a pas d'enfants. Le mari, au début très inquiet et distant est toujours présent lors des séances. Il a su se détacher progressivement de celles-ci pour pouvoir faire d'autres activités.
- Le couple illustré par Monsieur et Madame D. possède une famille nombreuse, et il est plus avancé en âge. Le conjoint indemne de la maladie d'Alzheimer se sent responsable de l'autre, et craint de ne pouvoir assumer cette responsabilité « jusqu'au bout » du fait aussi de son propre âge. Monsieur D. a toujours participé aux séances dans le but de mieux comprendre sa femme avec sa maladie, et de pouvoir profiter d'elle le plus longtemps possible.

Lors d'un protocole d'ETP, notre but en tant que psychomotricien est de permettre de rassurer l'époux, de l'informer, le conseiller, afin qu'il puisse trouver de lui-même les ressources nécessaires face à leur épouse.

Il faut leur permettre de trouver un juste équilibre entre le double mouvement d'**appartenance** et d'**individuation** face à la maladie :

- La **personnalité d'appartenance** est structurée selon le fait « *qu'une représentation collective fonde l'individu et le marque d'un rapport aux autres qui préexiste par rapport à sa singularité* »⁶⁶. Autrement dit, le conjoint **appartient à la maladie** : avec sa famille, il est parti prenante de celle-ci et vit avec. Il tente de la comprendre afin de s'adapter au mieux à celle-ci.

⁶⁵ PITAUD P., Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants, Erès, Paris, 2007, p.65.

⁶⁶ FOUREZ B., « Les maladies de l'autonomie » dans Thérapie Familiale, vol. 28, 2007.

Pour illustrer cette notion, je peux prendre l'exemple de Monsieur D. qui, à travers la musique, questionne la psychomotricienne sur les intérêts et les bienfaits de celle-ci face à l'état de santé de sa femme.

- Nous nommons **individuation** « *le processus qui consiste à s'extraire de l'appartenance en s'y articulant, pour constituer le singulier* »⁶⁷ : l'individuation est une réelle **prise de conscience de soi**, de son état actuel, et consiste à se détacher de manière ponctuelle de la maladie pour **prendre un temps pour soi**. On peut retrouver ce phénomène d'individuation chez Monsieur M. qui, progressivement, profite des séances de sa femme pour prendre du temps pour faire d'autres activités.

L'appartenance à la maladie est un soutien non-négligeable de l'époux vers sa femme, mais il est nécessaire aussi qu'il prenne en considération son état physique et psychique. Il pourrait lui aussi à plus ou moins long terme souffrir d'une maladie et mettre davantage à mal cette sphère conjugale souvent fragilisée par la maladie.

b) Le cadre physique du domicile et les problématiques associées

En terme général, le cadre physique en psychomotricité se définit par l'**espace**, le **temps** et les **règles**.

Concernant le **cadre spatial**, il est déjà défini : le domicile du patient peut être grand, ou au contraire, très restreint, mais c'est un espace que le psychomotricien doit respecter, et il doit adapter ses séances en fonction de celui-ci. Cet espace a été aménagé par le patient, avec l'aide de sa famille ou non : c'est un endroit sécurisant puisque le patient a pu y créer ses propres repères.

⁶⁷ **FOUREZ B.**, « *Les maladies de l'autonomie* » dans *Thérapie Familiale*, vol. 28, 2007.

Depuis quelques séances, avec mon aide, Madame D. atteinte de DTA essaie de reconstituer l'arbre généalogique de sa propre famille. Lorsqu'elle évoque celle-ci, elle esquisse un grand sourire et me montre du doigt les nombreuses photos posées sur le buffet du salon, et me dit : « Vous voyez, ils me suivent partout, y'en a partout des photos d'eux, ils sont tellement gentils, ça me rend heureuse de les regarder. ». Ces photos, disposées ainsi dans le salon suscitent de la joie pour Madame D. : avec ces photos, elle s'est aménagée un espace où elle se sent bien.

Généralement, le psychomotricien amène peu de matériel en séance afin que celui-ci ne soit vécu comme trop intrusif pour la famille : jeux de société, tablette numérique, etc....

Pour le **cadre temporel**, comme j'ai pu le mentionner précédemment, le psychomotricien convient, en collaboration avec le patient, d'un jour et d'une heure de séance hebdomadaire. A contrario des séances en institution, les séances à domicile ne sont pas rappelés par les soignants, et dans cet espace, ils sont seuls responsables de leur décision : certaines personnes oublient les séances et continuent leurs habitudes de vie sans nous inclure dans leur emploi du temps.

Pour conclure sur les **règles**, en institution, celles-ci sont déjà prédéfinies entre les soignants et le patient : le respect des horaires, du soignant... A domicile, certains patients refusent de voir pénétrer une personne étrangère dans leur domicile ou n'ouvrent pas leur porte : la personne âgée possède son libre arbitre chez elle.

c) La frontière entre la stimulation et l'accompagnement

« Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir »⁶⁸ : la question de la stimulation psychomotrice et du maintien des capacités restantes entre alors en jeu dans la prise en soin des personnes atteintes de MAMA. Cependant, chaque type de démence évolue, plus ou moins rapidement, et ainsi, mener des séances à domicile peut devenir compliqué.

⁶⁸ **GINESTE Y, PELISSIER J.**, *Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux*, Armand Colin, 2005.

Lors de certaines séances, le patient n'est pas forcément disponible physiquement ou psychiquement pour un atelier : c'est alors un **temps d'accompagnement**, d'écoute de ses préoccupations qui prend le dessus sur la stimulation.

« *L'objectif premier du prendre-soin est le respect et le soutien de l'identité et de l'individualité de la personne fragile.* »⁶⁹ : au delà de la compréhension de la pathologie et de la recherche de solutions adaptées, être psychomotricien, c'est aussi prendre en compte **l'identité**, la **personnalité** et **l'individualité** du patient. Maintenir une écoute, une attention permet à la personne de préserver un **sentiment d'existence**, de ne pas être seule face à ses difficultés et son mal-être. En tant que psychomotricien, nous devons alors **nous adapter** à l'état actuel de la personne et prendre un temps pour elle. Pour cette situation, nous pouvons reprendre l'exemple de Madame D. qui verbalise « *ne pas être bien dans sa tête et dans son corps* » : il est alors plus pertinent d'offrir à cette dame un espace de parole, **contenant et sécurisant**, afin qu'elle puisse se sentir mieux.

La stimulation et l'accompagnement sont deux notions **dépendantes** l'une de l'autre : un accompagnement reste une stimulation, mais une stimulation (cognitive, sensorielle) ne peut être mise en place sans un accompagnement réfléchi, de qualité.

3) La disposition psychique du psychomotricien dans la pratique en ESA

Il me semble que, prendre en soin de nombreux patients atteints de démence, et qui plus est à leur domicile, est un engagement humain qui n'est pas neutre pour celui qui l'exerce.

La vieillesse est souvent caractérisée par une certaine fragilité puisque la personne âgée est susceptible de devenir dépendante. En ce sens, la vieillesse serait symétrique de l'enfance, et pourtant, tandis que l'enfant est estimé et considéré, la personne âgée l'est bien moins... Pourquoi cette représentation négative ?

⁶⁹ PELLISSIER J., *Ces troubles qui nous troublent : les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*, Erès, Toulouse, 2012.

La personne âgée renvoie à nos **propres angoisses** : elle représenterait tout ce que nous craignons de nous-même (la maladie, la dépendance). Par exemple, une personne âgée, atteinte d'une démence souffre de façon plus importante de troubles cognitifs, comportementaux et affectifs : le patient perd la mémoire, peut devenir irritable, agressif... Tous ces éléments nous renvoient à nos propres projections personnelles : est-ce que je deviendrais comme cela un jour ?

En tant que stagiaire, il m'a été parfois difficile de prendre du recul face à certaines situations, de ne pas occulter les émotions ressenties face à certaines prises en soin à domicile : la question du **contre-transfert**⁷⁰ est omniprésente dans la relation en psychomotricité. Par exemple, Il m'est arrivé d'assister à des changements comportementaux importants de Madame M., qui m'ont déstabilisés dans cette prise en soin, qui m'ont renvoyé une image d'impuissance face à cette maladie, et face à cette dame. Il m'est aussi arrivé d'entrer dans des maisons où certains facteurs nous renvoient une image négative : fortes odeurs, luminosité de la pièce, disposition de la pièce...

Pour prendre du recul face à ces expériences difficiles, le fait de pouvoir partager mes émotions et mes ressentis avec la psychomotricienne fut bénéfique pour moi. Plus largement, parler de son vécu avec d'autres collègues et professionnels peut permettre de comprendre certaines situations : il me semble que le travail pluridisciplinaire en ESA est un véritable atout pour permettre au thérapeute d'être davantage disponible dans certaines prises en soin.

« Un corps à corps symbolique et asymétrique où les qualités du regard, les tonalités de la voix, la musicalité des paroles, le toucher, les odeurs, les couleurs, les gestes et mouvements, le tonus, la bienveillance, la réceptivité de l'un et/ou de l'autre des protagonistes (...) induisent une influence, une relation transférentielle et une relation contre-transférentielle particulières »⁷¹.

⁷⁰ Le **contre-transfert** est un terme utilisé en psychanalyse, et qui s'applique à l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste (le soignant dans ce mémoire) envers la personne analysé (le patient).

⁷¹ **POTEL C. et all.**, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, Paris, 2010.

En tant que psychomotricien, nous renvoyons constamment des éléments de nous-même au patient à travers notre corps par le regard, les gestes, la posture... Cet ensemble est pris en considération par le patient, même lorsqu'il est atteint de démence. C'est pour cette raison qu'il est important pour le psychomotricien de prendre conscience de ce qu'il donne à voir, puisque cela peut influencer la relation thérapeutique avec le patient et susciter des phénomènes de **transfert**⁷² **négatif** de la part du patient.

⁷² Le **transfert** est un terme utilisé en psychanalyse pour désigner le déplacement d'affects d'une personne à l'autre.

Conclusion

Les programmes d'éducation thérapeutique pratiqués en ESA inscrivent la posture clinique du psychomotricien dans un parcours de soin complexe de la personne malade avec sa famille, mais aussi avec les différents partenaires médicaux, paramédicaux et sociaux du domicile. Ces programmes ont été pensés dans le but de maintenir l'autonomie du patient, sans entrer dans une dépendance soigné-soignant.

En comparaison de la pratique en institution, la pratique psychomotrice à domicile doit être repensée sur la forme (adaptation du bilan, des séances) : elle laisse au patient un rôle d'acteur principal où le psychomotricien vient amorcer, soutenir et renforcer les capacités du patient. Cependant, elle garde tout de même ses fondements philosophiques et cliniques (adaptation relationnelle à la personne malade, soutien de l'estime de soi).

Le maintien à domicile pour les personnes atteintes de MAMA est un enjeu de santé publique majeur : les ESA ont été créées pour faire face à la recrudescence des patients atteints de MAMA. L'évaluation de l'action effective des ESA est alors nécessaire pour pouvoir apprécier de façon concrète leurs effets et optimiser leur fonctionnement.

Le Professeur DARTIGUES, neurologue au CMRR du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, a pu étudier cette question en 2013 et a mis en place un projet d'étude des ESA sur le département de la Gironde⁷³. Après quatre mois d'intervention en ESA, il en ressort une diminution du score du NPI (test d'évaluation des troubles comportementaux), une stabilisation du score du MMSE, un maintien des AVQ, et une diminution du fardeau de l'aidant. Cependant, quatre mois après la fin d'intervention de l'ESA, les relais mis en place s'effondrent, les troubles comportementaux augmentent, et la dépendance s'installe très rapidement.

Suite à ces conclusions, un second projet appelé « MathéoAlz » et dirigé par le Docteur PIMOUGUET (professeur à l'ISPED de Bordeaux) voit le jour : l'objectif principal de cette étude est de prolonger le temps d'intervention de l'ESA durant quatre mois supplémentaires

⁷³ **INSERM** : <http://presse.inserm.fr/la-prise-en-charge-personnalisee-a-domicile-efficace-contre-la-maladie-dalzheimer/27167/>

(huit séances supplémentaires au total) et de constater les effets sur les troubles comportementaux et sur la dépendance de la personne malade. Ces huit séances seront décomposées en six séances axées sur l'éducation thérapeutique de l'aidant et le maintien de la réadaptation cognitive et sociale, et les deux dernières séances prépareront la coordination et la mise en place des relais.

Mon expérience auprès de la personne âgée démente me permet d'affirmer que l'éducation thérapeutique pratiquée par un psychomotricien, représente une piste de soin privilégiée pour les problématiques de cette population mais aussi dans le cadre du domicile. Le psychomotricien travaillant en ESA est bien souvent le premier intervenant expert au domicile, après l'annonce du diagnostic. De par son attitude bienveillante et empathique, l'éducation thérapeutique pratiquée par le psychomotricien permet à la famille de verbaliser leurs angoisses, leurs craintes, leurs questions : « *il facilite la mise en œuvre de l'aménagement ultérieur de la vie quotidienne de la personne malade et de ses proches aidants* »⁷⁴.

⁷⁴ **LOWINSKI-LETINOIS D.**, « *Clinique du psychomotricien en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)* » dans Les Entretiens de Psychomotricité, 2015.

Bibliographie

ALBARRET J-M., *Vieillesse et psychomotricité*, De Boeck, 2003

BALLOUARD C., *Le travail du psychomotricien*, Dunod, Paris, 2003

BELIN C. et all., *Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques*, De Boeck, 2006

BERCOT R., *Maladie d'Alzheimer : le vécu du conjoint*, Eres, Paris, 2003

BOUISSON J., *Psychologie du vieillissement et vie quotidienne*, Solal, Marseille, 2005

DELAMARRE C., *Démence et projet de vie, accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, Dunod, Paris, 2007

DEROUESNE C., SELMES J., *La maladie d'Alzheimer : comportement et humeur*, John Libbey Eurotext, 2005

DESOBEAU F., « *Identité et fonction du psychomotricien* » dans *Thérapies psychomotrices et Recherche*, n°162, 2003

FANTINI-HOWEL C. et all., *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*, Dunod, Paris, 2014

FOUREZ B., « *Les maladies de l'autonomie* » dans *Thérapie Familiale*, vol.28, 2007

GILLETTE-GUYONNET S. et all., « *Nutrition et maladie d'Alzheimer* » dans *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement* ; vol. 3, 2005

GINESTE Y, PELISSIER J., *Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux*, Armand Colin, 2005

HAMEL F., « *Le psychomotricien en néonatalogie : pour le confort sensori-moteur et relationnel du bébé mais aussi un liant dans le parcours du bébé et de ses parents.* » dans *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°158, 2009

HESLON C., *Accompagner le grand âge : psycho-gérontologie pratique*, Dunod, Paris, 2008

<http://www.alzheimer-adna.com/FL/recherchesDFT.htm> (**ADNA**)

<https://www.arsep.org/library/media/other/Publications/Brochures/Education-Therapeutique-Patient-ETP-janv-2016.pdf> (**ARSEP**)

<http://cmrr-nice.fr/?p=recommandations-3-diagnostic-non-alzheimer> (**CMRR de Nice**)

<http://www.fondation-alzheimer.org/0-Articles/29-Les-Plan-nationaux%20> (**Fondation Alzheimer**)

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/planalzmesure_fichemedecin.pdf (**HAS**)

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergothérapie_et_de_psychomotricité_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf (**HAS**)

http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre_15.html (**INSERM**)

<http://presse.inserm.fr/la-prise-en-charge-personnalisee-a-domicile-efficace-contre-la-maladie-dalzheimer/27167/> (**INSERM**)

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Éducation> (**WIKIPEDIA**)

JOYEUX H. : <http://neptunya.fr/alzheimer-deux-signes-precoces-la-perte-progressive-du-gout-et-de-lodorat/>

JUHEL J-C, *La psychomotricité au service de la personne âgée*, Chroniques Sociales, Lyon, 2010

LACOMBLEZ L., MAHIEUX-LAURENT F., *Les démences du sujet âgé*, John Libbey Eurotext, Paris, 2003

LOWINSKI-LETINOIS D., « *Clinique du psychomotricien en Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)* » dans *Les Entretiens de Psychomotricité*, 2015

MALLON I., « *Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ?* » dans *Magazine Gérontologie & Société* n°121, 2007

MAUDUIT L., *L'éducation thérapeutique du patient*, Dunod, 2014

PELLISSIER J., *Ces troubles qui nous troublent : les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*, Erès, Toulouse, 2012

PERUCHON M., *La maladie d'Alzheimer : entre psychosomatique et neuropsychanalyse*, Hermann, Paris, 2011

PITAUD P., *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants*, Erès, Paris, 2007

POTEL C., *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Erès, 2010

POTEL C. et all., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, Paris, 2010

Définition des sigles

AVQ : Actes de Vie Quotidienne

ASG : Assistant(e) de Soins en Gériatrie

CMRR : Centre Mémoire de Ressource et de Recherche

DAD : Disability Assessment of Dementia

DFT : Démence Fronto-Temporale

DTA : Démence de Type Alzheimer

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ETP : Education Thérapeutique du Patient

MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées

MMSE : Mini Mental State Examination

NPI : Inventaire Neuropsychiatrique

Annexes

FICHE DE 1^{ERE} DEMANDE EQUIPE SPECIALISEE ALZHEIMER (ESA) A DOMICILE

Informations sollicitées et transmises pour toute demande d'accompagnement par une ESA de la Gironde. **Fiche à compléter et à transmettre au service intervenant sur le secteur géographique du bénéficiaire (voir au dos)**

DEMANDE

Date de la demande :	
Nom du demandeur (si différent du prescripteur) :	
Qualité du demandeur :	
Médecin prescripteur	Médecin traitant (si différent du prescripteur)
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Coordonnées (adresse, tel, mail) :	Coordonnées (adresse, tel, mail) :
Spécialité :	
Bénéficiaire	Personne à contacter
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Date de naissance :	
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
N° Sécu :	Lien avec le bénéficiaire :
Situation au domicile : vit seul <input type="checkbox"/> vit avec un aidant <input type="checkbox"/>	
Diagnostic :	Date du diagnostic :
Bénéficiaire informé du diagnostic <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Contenu de l'information donné :
Famille informée du diagnostic <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Contenu de l'information donné :
Type de démence :	
Stade de la maladie <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Modérément sévère <input type="checkbox"/> Sévère	
Score au MMSE	Date de la dernière évaluation
Motif de la demande :	
PIÈCES A JOINDRE A LA DEMANDE	
☞ Les derniers compte-rendu de consultation gériatrique ou neurologique ☞ la prescription médicale : « 15 séances de soins d'accompagnement et réhabilitation à domicile par une Équipe Spécialisée Alzheimer »	

Annexe 1 : Prescription médicale destinée à l'ESA

Fiche de préparation et de restitution des activités

NOM :
Prénom :

Date : / /17
N° de séance :

ASG :
Thérapeute :

Activités choisies :

Objectifs	Activité et matériel nécessaires	Lieu Personnes présentes	Durée
		Domicile Usager ASG	

Grille d'observation :

Analyse de la séance	Description
Intérêt pour l'activité et la séance	
Comportement	
Etat physique	
Capacités Cognitives	
Orientation temporo spatiale	
Verbalisation pendant et en fin de séance	
Choix des médiateurs (adaptés ou non adaptés)	
Transmission à la famille	
Ressenti de l'aidant	

Annexe 2 : fiche de restitution de fin de séance (page 1)

Transmission à d'autres Intervenants	
Orientation prochaine séance	
Relais à explorer	

Commentaires et ressenti de l'ASG :

Visa du thérapeute

Inclusion

DEPENDANCE – AUTONOMIE (DAD)

La DAD permet d'évaluer les capacités fonctionnelles du patient.

Noter **le chiffre 1 si l'aidant répond OUI** à la question, c'est-à-dire si le patient a réalisé cette activité au moins une fois au cours de ces deux dernières semaines sans assistance ni rappel. Noter **le chiffre 0 si l'aidant répond NON**, c'est-à-dire si le patient n'a pas réalisé l'activité ou s'il l'a réalisée avec de l'aide. Noter **le chiffre 9 si le patient n'a jamais réalisé cette activité** auparavant ou n'a jamais eu l'opportunité de la réaliser au cours de ces deux dernières semaines. Indiquer pour chaque catégorie de la DAD **les scores en sommant uniquement les chiffres 1**.

HYGIÈNE	
Scores (0, 1 ou 9)	
INITIATIVE	A entrepris de se laver, prendre un bain / une douche <input type="checkbox"/>
	A entrepris de se brosser les dents ou de nettoyer sa prothèse dentaire <input type="checkbox"/>
	A décidé de prendre soin de ses cheveux (laver et peigner) <input type="checkbox"/>
PLANIFICATION ET ORGANISATION	A préparé l'eau, les serviettes, le savon pour se laver ou prendre un bain / une douche <input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	S'est lavé(e) et séché(e) complètement, toutes les parties du corps, en toute sécurité <input type="checkbox"/>
	S'est brossé(e) les dents ou a nettoyé sa prothèse dentaire adéquatement <input type="checkbox"/>
	A pris soin de ses cheveux (laver et peigner) <input type="checkbox"/>
Hygiène. Score (/7) : <input type="checkbox"/>	

HABILLAGE	
Scores (0, 1 ou 9)	
INITIATIVE	A entrepris de s'habiller <input type="checkbox"/>
PLANIFICATION ET ORGANISATION	A choisi des vêtements appropriés (selon l'occasion, la météo, l'état de propreté, la coordination des couleurs) <input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	S'est habillé(e) dans l'ordre approprié (sous-vêtements, robe / pantalon, chaussures) <input type="checkbox"/>
	S'est habillé(e) complètement <input type="checkbox"/>
	S'est déshabillé(e) complètement <input type="checkbox"/>
Habillage. Score (/5) : <input type="checkbox"/>	

UTILISATION DU TÉLÉPHONE	
Scores(0, 1 ou 9)	
INITIATIVE	A entrepris de téléphoner à quelqu'un de précis à un moment convenable <input type="checkbox"/>
PLANIFICATION ET ORGANISATION	A correctement trouvé et composé un numéro de téléphone <input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	A tenu une conversation téléphonique complète et adéquate <input type="checkbox"/>
	A noté et transmis un message de façon adéquate <input type="checkbox"/>
Utilisation du téléphone. Score (/4) : <input type="checkbox"/>	

DÉPLACEMENTS EXTÉRIEURS	
Scores(0, 1 ou 9)	
INITIATIVE	A entrepris de sortir à l'extérieur (marche, visite, shopping) à un moment approprié <input type="checkbox"/>
PLANIFICATION ET ORGANISATION	A organisé une sortie de façon adéquate (le mode de transport, clefs, destination, météo, argent nécessaire et liste d'achats) <input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	Est sorti(e) et s'est rendu(e) à une destination familière sans se perdre <input type="checkbox"/>
	A utilisé en toute sécurité un moyen de transport approprié (auto, autobus, taxi) <input type="checkbox"/>
	Est revenu(e) des magasins avec des articles appropriés <input type="checkbox"/>
Déplacements extérieurs. Score (/5) : <input type="checkbox"/>	

CONTINENCE	
Scores (0, 1 ou 9)	
INITIATIVE	A décidé d'utiliser les toilettes au moment opportun <input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	A utilisé les toilettes sans « accidents » <input type="checkbox"/>
Continence. Score (/2) : <input type="checkbox"/>	

Inclusion

PRÉPARATION DE REPAS		Scores (0, 1 ou 9)
INITIATIVE	A entrepris de se préparer un repas léger ou une collation	<input type="checkbox"/>
PLANIFICATION ET ORGANISATION	A correctement planifié un repas léger ou une collation (ingrédient, ustensiles de cuisine)	<input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	A préparé ou fait cuire un repas léger / une collation en toute sécurité	<input type="checkbox"/>
Préparation de repas. Score (/3) :		<input type="checkbox"/>

MÉDICATION		Scores(0, 1 ou 9)
INITIATIVE	A décidé de prendre ses médicaments au bon moment	<input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	A pris ses médicaments selon la prescription (dosage,...)	<input type="checkbox"/>
Médication. Score (/2) :		<input type="checkbox"/>

LOISIRS ET ENTRETIEN DOMESTIQUE		Scores(0, 1 ou 9)
INITIATIVE	A montré de l'intérêt dans une (des) activité(s) de loisir	<input type="checkbox"/>
	A montré de l'intérêt dans les travaux domestiques qu'il (elle) avait l'habitude d'effectuer dans le passé	<input type="checkbox"/>
PLANIFICATION ET ORGANISATION	A planifié et organisé de façon adéquate des tâches domestiques qu'il(elle) avait l'habitude d'effectuer dans le passé	<input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	A accompli adéquatement des tâches domestiques qu'il (elle) avait l'habitude d'effectuer dans le passé	<input type="checkbox"/>
	Est demeuré(e) seul(e) à la maison en toute sécurité	<input type="checkbox"/>
Loisirs et entretien domestique. Score (/5) :		<input type="checkbox"/>

ALIMENTATION		Scores (0, 1 ou 9)
INITIATIVE	A décidé qu'il (elle) avait besoin de manger	<input type="checkbox"/>
PLANIFICATION ET ORGANISATION	A choisi les ustensiles ou assaisonnements appropriés en mangeant	<input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	A mangé son repas à une vitesse normale et observé les bonnes manières	<input type="checkbox"/>
Alimentation. Score (/3) :		<input type="checkbox"/>

FINANCES ET CORRESPONDANCES		Scores (0, 1 ou 9)
INITIATIVE	A manifesté de l'intérêt pour ses affaires personnelles, telles que ses finances ou sa correspondance écrite	<input type="checkbox"/>
PLANIFICATION ET ORGANISATION	A organisé ses finances pour payer ses factures (chèques, carnet de chèques, factures)	<input type="checkbox"/>
	A organisé sa correspondance adéquatement (papier à lettres, adresses, timbres)	<input type="checkbox"/>
ACTION EFFICACE	A manipulé son argent de façon adéquate	<input type="checkbox"/>
Finances et correspondances. Score (/4) :		<input type="checkbox"/>

MINI MENTAL STATUS - MMSE

« Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. »

1. Orientation

« Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

- 1) En quelle année sommes-nous ? /_/_/
- 2) En quelle saison sommes-nous ? /_/_/
- 3) En quel mois sommes-nous ? /_/_/
- 4) Quel jour du mois ? /_/_/
- 5) Quel jour de la semaine ? /_/_/

« Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons »

- 6) Où sommes-nous ici ? (Quel hôpital, quelle maison de retraite, rue, lieu-dit ...) /_/_/
- 7) Dans quelle ville sommes-nous ? /_/_/
- 8) Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? /_/_/
- 9) Dans quelle région est située ce département ? /_/_/
- 10) A quel étage sommes-nous ? /_/_/

2. Apprentissage

« Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. »

Répétez les mots suivants : **cigare, fleur, porte**

- 11) 1er mot cité /_/_/
- 12) 2nd mot cité /_/_/
- 13) 3ème mot cité /_/_/

3. Attention et calcul

« Comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois, jusqu'à ce que je vous arrête »

- 14) 93 /_/_/
- 15) 86 /_/_/

Inclusion

- 16) 79 /_/_/
- 17) 72 /_/_/
- 18) 65 /_/_/

« *Epeler le mot monde à l'envers* »

4. Rappel

« *Vous souvenez-vous des trois mots que vous avez répétés tout à l'heure ?* »

- 19) 1er mot cité /_/_/
- 20) 2nd mot cité /_/_/
- 21) 3ème mot cité /_/_/

5. Langage

« *Quel est le nom de cet objet ?* »

22) Montrer un crayon /_/_/

23) Montrer la montre /_/_/

« *Écoutez bien et répétez après moi* » :

24) Pas de mais, de si, ni de et /_/_/

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :

« *Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire* » :

25) Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, /_/_/

26) Pliez-la en deux, /_/_/

27) Et jetez-la par terre. /_/_/

28) Lisez ce qui est écrit et faites l'action : fermez les yeux /_/_/

29) Ecrivez une phrase de votre choix sur cette feuille /_/_/

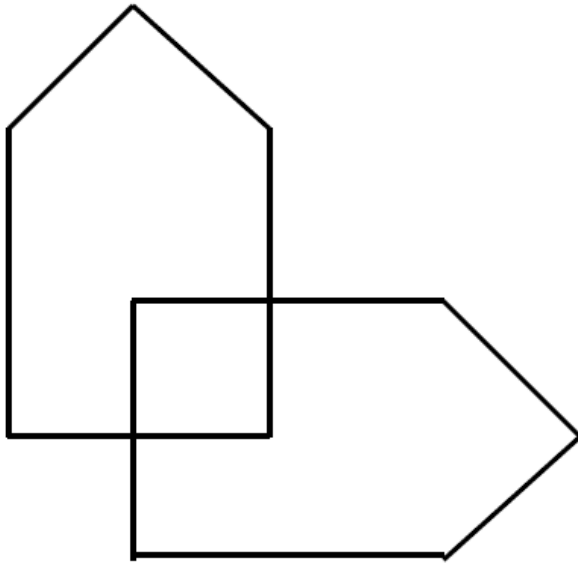
30) Copiez ce dessin sur cette feuille /_/_/

Score total sur 30 : /_/_/_/

Test MMSE (page 2)

« FERMEZ LES YEUX »

Inclusion



Test MMSE (page 4)

- | | |
|--|------------------|
| 1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? | oui = 1, non = 0 |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | oui = 1, non = 0 |
| 3. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ? | oui = 0, non = 1 |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | oui = 1, non = 0 |

Cotation

Si score total égal ou supérieur à 1, forte probabilité de dépression

Si score total = 0, forte probabilité d'absence de dépression

Inclusion

NPI – R INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE - Réduit

Le but de l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement. Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportement différents.

PRESENCE

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question.

Les questions se rapportent aux **changements** de comportement du patient. Si le sujet **ne présente pas ce trouble**, il faut entourer la réponse **NON** et passez à la question suivante. Si le sujet **présente** ce trouble il faut entourer la réponse **OUI** et évaluez la **gravité** et le **retentissement** du trouble du comportement.

Pour déterminer la **FREQUENCE**, énoncer la consigne : « Maintenant, je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses [reprenez ici le comportement qui semble poser le plus de problèmes d'après les réponses données aux questions complémentaires]. Diriez-vous qu'elles se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou une fois ou plus par jour ? ».

Pour déterminer la **GRAVITE**, énoncer la consigne : « Maintenant, je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient ? Diriez-vous que le degré de gravité de [reprenez ici le comportement en question] est léger, moyen, important ? ».

Gravité

1 : léger

2 : moyen

3 : important

Fréquence

1 : Rarement - moins d'une fois par semaine

2 : Quelquefois - environ une fois par semaine

3 : Souvent - plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

4 : Très souvent - une fois ou plus par jour

Items	NA (Non applicable)	Présence oui=1 ; non =0	Gravité	Fréquence
1. Idées délirantes	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
2. Hallucinations	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
3. Agitation/Agressivité	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
4. Dépression/Dysphorie	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
5. Anxiété	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
6. Exaltation de l'humeur	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
7. Apathie/Indifférence	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
8. Désinhibition	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
9. Irritabilité/Instabilité	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
10. Comportement moteur	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
11. Sommeil	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4
12. Troubles de l'appétit	x	oui non	1 2 3	1 2 3 4

GRILLE DE ZARIT – FARDEAU DE L'AIDANT
--

L'échelle de Zarit est un questionnaire permettant de mesurer le **fardeau de l'aidant**.

Voici des questions relatives aux sentiments que vous éprouvez envers *votre parent* . Répondez-y avec la plus grande franchise. Pour chacune des questions, vous devez indiquer à quelle fréquence vous éprouvez les sentiments qui y sont décrits. Vous avez le choix entre cinq types de réponse :

Jamais – Rarement – Quelquefois – Assez souvent – Presque toujours

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Assez souvent	Presque toujours
	0	1	2	3	4
1. Sentez-vous que <i> votre parent </i> vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pensez-vous que vous n'avez plus assez de temps pour vous-même parce que vous le consacrez à <i> votre parent </i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous sentez-vous surmené en vous occupant de <i> votre parent </i> en même temps que vous affrontez d'autres responsabilités familiales ou sociales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Etes-vous gêné par le comportement de <i> votre parent </i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Etes-vous irrité quand <i> votre parent </i> est près de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentez-vous l'influence négative que <i> votre parent </i> sur vos relations avec les autres membres de votre famille ou vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous peur de l'avenir pour <i> votre parent </i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pensez-vous que <i> votre parent </i> est à votre charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous sentez-vous tendu auprès de <i> votre parent </i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pensez-vous que votre santé soit touchée du fait de votre engagement auprès de <i> votre parent </i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pensez-vous que vous n'avez pas autant d'intimité que vous le désiriez en présence de <i> votre parent </i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pensez-vous que votre vie sociale ait été affectée depuis que vous vous occupez de <i> votre parent </i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous sentez-vous mal à l'aise à cause de <i> votre parent </i> pour recevoir des amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Pensez-vous que <i> votre parent </i> semble attendre que vous vous occupiez de lui comme si vous étiez la seule personne capable de le prendre en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inclusion

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Assez souvent	Presque toujours
	0	1	2	3	4
15. Pensez-vous qu'en plus de vos frais vous n'avez pas assez d'argent pour vous occuper de votre <i>parent</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pensez-vous que vous ne pourrez pas vous occuper plus longtemps de votre <i>parent</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentez-vous avoir perdu la maîtrise de votre propre vie depuis la maladie de votre <i>parent</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Souhaitez-vous vraiment que quelqu'un d'autre prenne votre <i>parent</i> en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Doutez-vous de ce qu'il y a à faire pour votre <i>parent</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Croyez-vous que vous devriez faire plus pour votre <i>parent</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Pensez-vous que vous pourriez mieux vous occuper de votre <i>parent</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. En somme, ressentez-vous une lourde charge en vous occupant de votre <i>parent</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score total / 88	/ _ / _				

FICHE D'ÉVALUATION

1^{er} BILAN SITUATIONNEL ESA

- . 1) Connaissance de l'intervention :
 - . a) Savez-vous qui sommes-nous ?
 - . b) Connaissance de la maladie :
 - . → Si oui, que savez-vous sur votre maladie ?

- . 2) Aspects médicaux :
 - Antécédents médicaux/chirurgicaux et pathologies en cours :
 - Traitements en cours :
 - Intervention :
 - . a) D'une IDE/aide-soignante :
 - . b) D'un autre professionnel paramédical :

- . 3) Aspect familial :
 - . a) Vivez-vous seul(e) ?
 - . → Si non, liens de parenté avec l'aidant ?
 - . b) Nombre d'enfants, et lieu de domicile ?
 - . c) Nature des relations avec les enfants ?

4) Echelle d'autonomie :

- Logement adapté :
- Faites-vous votre repas tout(e) seul(e) ?

➔ Si non, portage des repas ?

Faites-vous des tâches ménagères ?

➔ Si non, type d'aide mise à disposition ?

Conduisez-vous ?

➔ Si oui : dans quel secteur vous déplacez-vous ? Pour quels besoins ?

Autonomie pour le budget ? (faire des chèques, payer des factures...)

Si mesure de protection, mentionner le type :

Aide à la toilette ?

➔ Si oui, type d'aide mise à disposition ?

Aide à la prise de médicaments ?

➔ Si oui, aide mise à disposition ?

Echelle DAD (faite **avec l'aidant**)

Fardeau de l'aidant (grille de ZARIT, faite **avec l'aidant**) :

5) Aspect socioprofessionnel :

- Niveau d'études :
- Ancienne(s) profession(s) :
- Quels sont les centres d'intérêt ?

- Activités extérieures ?

➔ Si oui, quel(s) type(s) d'activités, lieu ?

- Voyez-vous souvent des personnes à l'extérieur de votre domicile ?

6) Evaluation de l'humeur et comportementale :

NPI (version réduite, faite **avec l'aidant**) :

Commentaires :

GDS (version réduite) : Commentaires :

7) Aspect cognitif : -

MMSE : /30

Commentaires :

8) Evaluation des praxies et du schéma corporel :

E.M.G (praxies, schéma corporel) :

Figure de Rey B (praxies visuo-constructives, orientation spatiale):

Epreuve d'évaluation d'Auzias :

- utilisation *des couverts pour manger* :
- action de *se brosser les dents* :
- action d'*enfoncer un clou* :
- action de *lancer une balle* :

Epreuve de somatognosie (schéma corporel) :

Dessin du bonhomme (schéma corporel, praxies) :

9) Avis sur la prise en soin :

- Accord ?
- Attentes particulières sur l'intervention ?

FICHE D’EVALUATION
FIN DE PRISE EN SOIN ESA

1) Echelle d’autonomie :

- DAD (faite **avec l’aidant**) : / 40

➔ *Relais mis à disposition/à mettre à disposition :*

2) Evaluation de l’humeur et comportementale :

- NPI-ES (version réduite, faite **avec l’aidant**) : / 36 (gravité) et / 60
(fréquence)

Commentaires :

- GDS (version réduite) : / 4

Commentaires :

3) Aspect cognitif :

- MMSE : /30

Commentaires :

4) Evaluation des praxies et du schéma corporel :

E.M.G (praxies, schéma corporel) :

Figure de Rey B (praxies visuo-constructives, orientation spatiale):

Epreuve d'évaluation d'Auzias :

- utilisation *des couverts pour manger* :
- action de *se brosser les dents* :
- action d'*enfoncer un clou* :
- action de *lancer une balle* :

Epreuve de somatognosie (schéma corporel) :

Dessin du bonhomme (schéma corporel, praxies) :

➔ *Relais à mettre à disposition au niveau médical/paramédical :*

5) Avis sur la prise en soin :

- *Points positifs* :

- *Points négatifs* :

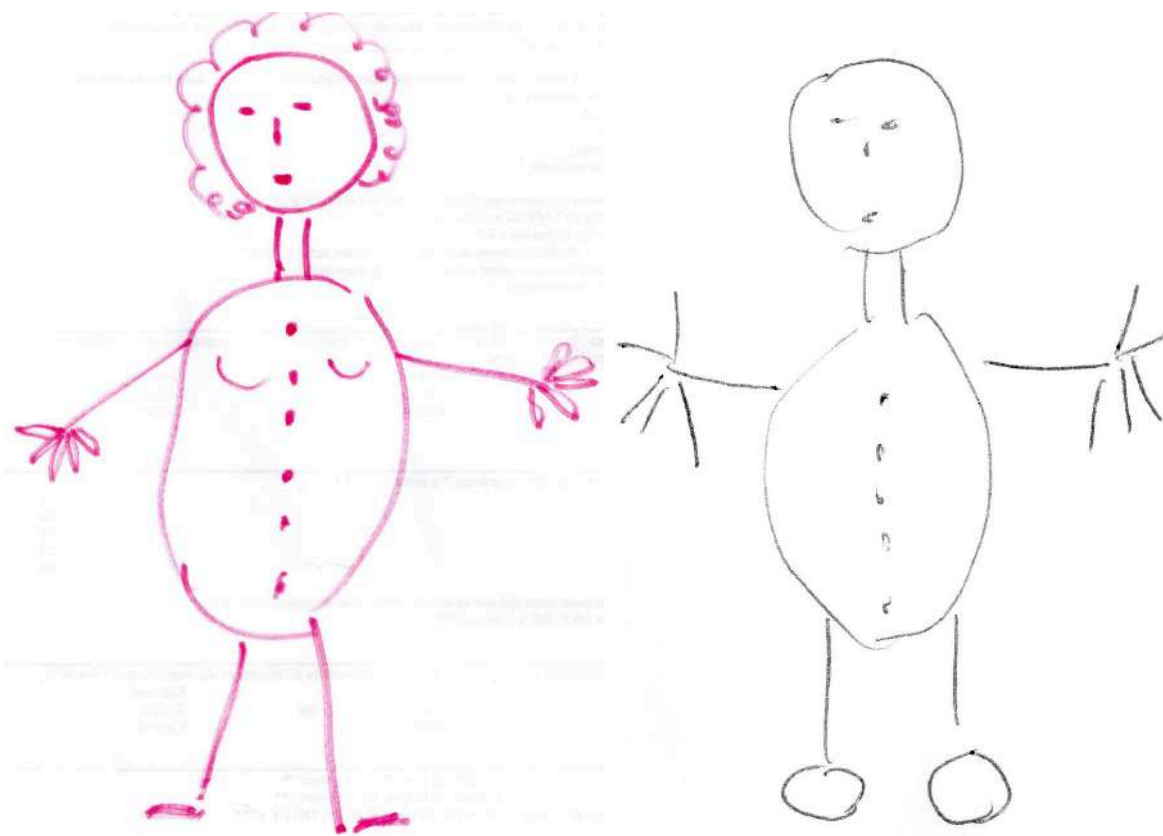
- *Autres* :

6) Concernant l'aidant :

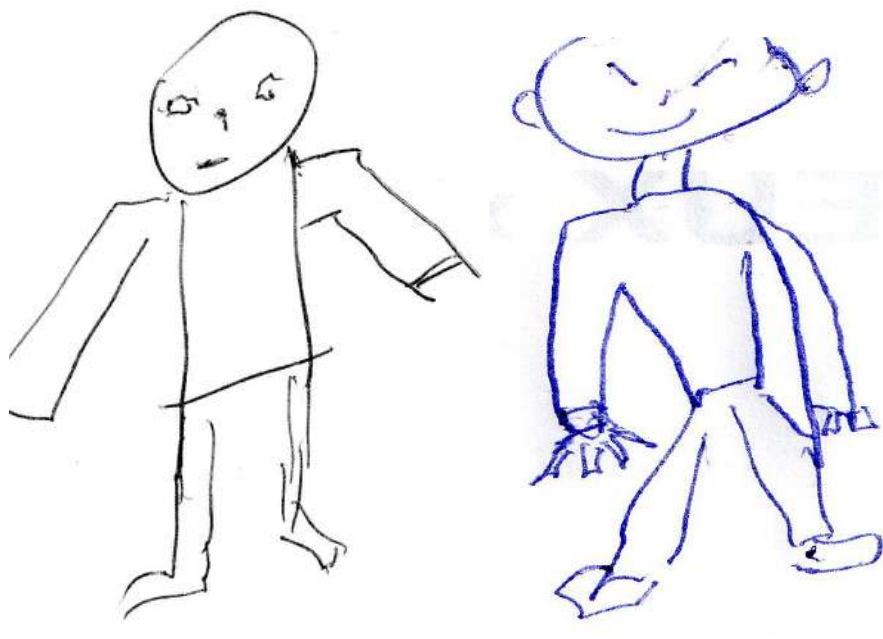
- échelle de ZARIT (fardeau de l'aidant) : /88

Avis sur la prise en soin :

Relais à explorer :



Annexe 10 : dessins du bonhomme de Madame M. (décembre 2016 à gauche et avril 2017 à droite)



Annexe 11 : dessins du bonhomme de Madame D. (décembre 2016 à gauche et avril 2017 à droite)

Table des matières

Sommaire	p.1
Avant-propos	p.2
Introduction	p.3
I) Les démences : impact sur la vie quotidienne	p.6
1) <u>Du vieillissement normal au vieillissement pathologique</u>	p.6
a) Vieillissement normal et modifications psychomotrices	p.6
b) Intérêt de la psychomotricité au sein de la population gériatrique	p.8
2) <u>Qu'est ce que la démence ?</u>	p.9
3) <u>Les différents types de démence</u>	p.9
a) La démence de type Alzheimer (DTA)	p.11
b) La démence lobaire fronto-temporale (DFT)	p.21
c) La démence vasculaire	p.26
d) La démence mixte	p.27
e) La démence à corps de Lewy	p.27
4) <u>Les conséquences de la maladie</u>	p.28
a) Les retentissements sur la vie psychique	p.28
b) Les retentissements sur la vie relationnelle et sociale	p.29
c) Les retentissements sur la vie quotidienne	p.31
5) <u>Les prises en soin existantes face à la démence</u>	p.32
a) Les plans nationaux	p.32
b) Les différentes possibilités de prise en soin et l'intervention du psychomotricien	p.33
II) Vers une compréhension théorique de l'éducation thérapeutique en ESA	p.36
1) <u>L'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)</u>	p.36
a) Présentation	p.36
b) Protocole d'intervention en ESA	p.38

c) Rôle du psychomotricien en ESA	p.39
d) Les outils d'évaluation du psychomotricien en ESA	p.41
e) Actes de psychomotricité en ESA	p.44
2) <u>L'éducation thérapeutique auprès de personnes âgées atteintes de démence</u>	p.45
a) Eduquer c'est...	p.45
b) L'éducation thérapeutique du patient (ETP) en ESA	p.46
III) De la rencontre à l'élaboration d'une prise en soin en psychomotricité adaptée	p.51
1) <u>De l'éducation thérapeutique à l'éducation psychomotrice</u>	p.51
2) <u>Etude de cas de Madame M.</u>	p.52
a) Anamnèse	p.52
b) Première rencontre et bilan initial	p.53
c) Prise en soin en psychomotricité	p.57
d) Bilan final et conclusion	p.60
3) <u>Etude de cas de Madame D.</u>	p.61
a) Anamnèse	p.61
b) Première rencontre et bilan initial	p.62
c) Prise en soin en psychomotricité	p.68
d) Bilan final et conclusion	p.71
IV) Discussion	p.73
1) <u>Dans la relation soigné/soignant : qui éduque qui ?</u>	p.73
2) <u>Le cadre du domicile dans la pratique psychomotrice</u>	p.74
a) Le remaniement familial chez une personne atteinte de démence	p.74
b) Le cadre physique du domicile et les problématiques associées	p.76
c) La frontière entre la stimulation et l'accompagnement	p.77
3) <u>La disposition psychique du psychomotricien dans la pratique en ESA</u>	p.78
Conclusion	p.81
Bibliographie	P.83
Définition des sigles	p.86

Annexes

p.87

Table des matières

p.110