HAL
open science

La désorientation spatio-temporelle chez la personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer : l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux

Solenne Arnaud

To cite this version:

Solenne Arnaud. La désorientation spatio-temporelle chez la personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer : l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux. Psychologie. 2019. dumas-02177976

HAL Id: dumas-02177976

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02177976

Submitted on 9 Jul 2019

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

La désorientation spatio-temporelle chez la personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer

L'apport de la psychomotricité dans la prise en charge
des troubles psycho-comportementaux

Solenne ARNAUD

Née le 27/02/1996 à Lourdes

Nom du directeur de Mémoire : Delphine PEYRAT

Juin 2019

Remerciements

Je souhaite remercier les personnes qui m'ont apporté leur aide, leur soutien et ont ainsi contribué à l'élaboration de ce mémoire ; qui m'ont permis d'évoluer dans mon identité professionnelle et personnelle et de m'affirmer en tant que future psychomotricienne.

À ma directrice de mémoire et maître de stage, Delphine Peyrat, pour son aide, sa disponibilité, sa confiance, son écoute et son accompagnement durant mon stage et la rédaction de ce mémoire, ainsi que ses relectures attentives.

À ma maître de stage, Alix Veyrat qui m'a aidé dans mes réflexions, m'a conseillé et guidé tout de long de cette année.

À mon entourage, pour son soutien, ses encouragements tout au long de ma formation et pour ses relectures de mon mémoire.

À mes amies, pour leur soutien et l'entraide mutuelle que nous nous sommes apportée cette année.

À tous les professionnels qui ont croisé mon chemin, pour leur accueil et leur confiance. À tous les résidents rencontrés dans mes différents lieux de stage.

Allez reste

J'ai les souvenirs qui toussent
Et la mémoire qui bégaie
Le temps a filé en douce
Sans m'en parler
Et j'ai beau faire au mieux
J'ai beau sans cesse essayer
Ce que j'ai vu de mes yeux
S'est délavé

Toi le rire de mon enfance
Toi l'odeur de mon école
Toi mon amour, perdu d'avance
J'ai peur que tu t'envoles

REFRAIN :
Allez reste
Allez reste encore un peu
Toi et moi devenir vieux
Allez reste
Allez reste encore un peu
Toi et moi faire au mieux

Je me rêvais éléphant
Voilà devenu moineau
On ne dompte pas le temps
Ce drôle d'oiseau
On égare les valises
Qui gardent nos moments
Et se vident de nos remises
A pas de géant

Toi le rire de mon enfance
Toi l'odeur de mon école
Toi mon amour, perdu d'avance
J'ai peur que tu t'envoles

Chanson de Boulevard des Airs et Vianney

Sommaire

Introduction 1

CHAPITRE 1 : L'espace et le temps 2

I. L'espace : 2

A. Qu'est-ce que l'espace ? 2

B. Quelles sont étapes de la mise en place de l'orientation et de la représentation spatiales chez l'enfant ? 4

II. Le temps : 8

A. Qu'est-ce que le temps ? 8

B. Comment l'enfant acquière-t-il la capacité de s'orienter dans le temps puis de se le représenter ? 10

III. Qu'est-ce qui nous permet de nous orienter dans le temps et l'espace ? 14

A. Les bases cérébrales : 14

B. La sensorialité : 15

C. La mémoire : 17

D. L'attention : 20

E. Les fonctions exécutives : 20

IV. Le repérage spatio-temporel dans le vieillissement physiologique : 22

A. Qu'est-ce que vieillir ? 22

B. Au niveau psychomoteur : 24

CHAPITRE 2 : La désorientation spatio-temporelle et ses manifestations dans la maladie d'Alzheimer 28

I. Qu'est-ce que les démences ? 28

A. Définitions : 28

B. Critères diagnostic : 28

C. Différents types de démences : 29

D. La maladie d'Alzheimer : 29

II. Quels sont les répercussions de la maladie d'Alzheimer sur les prérequis à l'orientation spatio-temporelle ? 32

A. Au niveau cérébral : 32

B. Les troubles mnésiques : 33

C. Les troubles exécutifs : 37

D. Les troubles attentionnels : 37

E. Les troubles de la communication : 38

F. Les troubles praxiques : 40

G. Les troubles gnosiques : 41

III. La désorientation spatio-temporelle et la maladie d'Alzheimer : *44*
A. Qu'est-ce que la désorientation spatiale ? 44
B. Qu'est-ce que la désorientation temporelle ? 47
C. Les troubles psycho-comportementaux : manifestation de la désorientation spatio-temporelle : . 49
CHAPITRE 3 : L'apport de la psychomotricité *55*
I. Mes lieux de stage, les populations rencontrées et mon rôle de stagiaire : *55*
A. Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) : 55
B. Unité protégée (UP) : 56
C. Unité de Soin Longue Durée (USLD) : 56
D. Accueil de jour : 57
E. Mon rôle de stagiaire : 57
II. L'évaluation de l'orientation spatio-temporelle et des troubles psycho-comportementaux : . *58*
A. Evaluation des fonctions cognitives : 58
B. Evaluation du comportement : 59
C. Observations psychomotrices : 59
III. La prise en charge en psychomotricité auprès de la personne âgée désorientée : *61*
A. Recommandations officielles : 61
B. Communiquer avec une personne âgée désorientée : 61
C. Médiations corporelles : 68
D. Aménagement de l'environnement : 72
IV. Etude de cas : Mme M : *73*
A. Histoire de vie et parcours institutionnel : 73
B. Bilans : 75
C. Rencontre avec Mme M : 76
D. Projet d'accompagnement individualisé : 77
E. Projet thérapeutique en psychomotricité : 77
F. Accompagnement en psychomotricité et évolution : 78
G. Bilan de prise en charge : 80
Conclusion *82*
Bibliographie *83*
Annexes *87*
Table des matières *113*

Introduction

Au cours de mes stages, la désorientation spatio-temporelle que présentent certaines personnes ayant une démence de type Alzheimer m'a interpellée. Ce sont en effet des personnes qui ne savent pas où elles sont, veulent rentrer chez elles, ne se repèrent pas dans le temps ni dans l'espace. J'ai remarqué que pour certaines d'entre elles, cela engendre de l'anxiété, de l'angoisse, des comportements d'agitation et parfois des mises en danger liées à la volonté de partir.

De ces observations sur mes lieux de stages (en Unité d'Hébergement Renforcé et Unité Protégée notamment), des questionnements me sont venus à propos de la désorientation spatio-temporelle des personnes âgées présentant une démence :

- Qu'est-ce exactement que le temps et l'espace ?
- Quels sont les étapes progressives du développement du repérage spatio-temporel ?
- Quels sont les mécanismes impliqués dans le repérage spatio-temporel ?
- La personne âgée qui ne souffre pas de pathologie particulière appréhende-t-elle toujours l'espace comme quand elle était plus jeune ?
- Quels sont les mécanismes de la désorientation spatio-temporelle ? Les causes ? Les conséquences ?
- Un travail en psychomotricité peut-il avoir un effet bénéfique sur les perturbations du fonctionnement de l'individu qui découlent de cette désorientation ?
- Le toucher thérapeutique peut-il être une médiation utile pour apaiser l'anxiété, l'angoisse et/ou l'agitation de ces personnes ?
- L'aménagement de l'espace de vie de la personne l'aide -t-il à mieux s'y repérer et s'y déplacer ?

De ces interrogations découle ma problématique : quel est l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge des manifestations psycho-comportementales de la désorientation spatio-temporelle auprès d'une personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer ?

Dans un premier chapitre, nous aborderons ce que sont le temps et l'espace, le développement des capacités de repérage spatio-temporel, ce qui fait que nous sommes capables de nous orienter dans le temps et l'espace et l'évolution de ces capacités au cours du vieillissement physiologique, c'est-à-dire sans pathologie particulière. Dans un second chapitre, nous définirons ce que sont les démences, nous expliquerons pourquoi la maladie d'Alzheimer, plus particulièrement, entraine une désorientation spatio-temporelle et nous développerons l'expression de cette désorientation. Enfin, dans un dernier chapitre, nous parlerons de l'évaluation de l'orientation spatio-temporelle, de la cognition et du comportement chez la personne âgée présentant une démence. Par la suite, nous aborderons l'apport de la psychomotricité dans la communication avec ces personnes et les médiations telles que le toucher et les bains thérapeutiques susceptibles de les apaiser.

Pour élaborer ce mémoire, je me suis appuyée sur différentes ouvrages, dont des mémoires de psychomotricité en lien avec mon sujet [1, 4, 12, 16, 52, 57, 60, 63].

CHAPITRE 1 : L'espace et le temps

Le temps et l'espace sont deux notions fondamentales en psychomotricité. Ce sont deux données universelles, communes, qui permettent de vivre en société. Toute personne et toute action sont toujours inscrites dans une temporalité et dans un espace défini. L'espace et le temps sont des organisateurs du corps et du psychisme. Ils donnent un cadre de référence à nos sensations, perceptions, mouvements et gestes. D'après Galliano et al. [19] « *Pour percevoir, comprendre, mémoriser, agir, penser, communiquer, nous nous référons à des données spatiales et temporelles*. » [p.247].

Le temps et l'espace ont un rôle important dans le développement de l'enfant et sont très liés au développement du tonus, de l'axe corporel, de la préhension, de la locomotion, du schéma corporel et de la latéralité, selon Galliano et al. [19].

I. L'espace :

A. Qu'est-ce que l'espace ?

L'espace peut être compris de plusieurs façons. L'espace s'applique dans différents champs disciplinaires comme l'art (espace de la toile), la géométrie, la physique, la psychologie.

1. Espace physique :

Pour le Larousse [44], l'espace est une « *étendue, surface ou volume dont on a besoin autour de soi* ». Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) [29] explique que c'est un « *milieu idéal infini, dans lequel se situe l'ensemble de nos perceptions et qui contient tous les objets existants ou concevables* ». La notion d'espace peut donc être comprise comme **l'espace infini qui nous entoure et dans lequel nous évoluons.**

L'espace peut aussi être vu comme une « *portion de l'étendue occupée par quelque chose ou distance entre deux choses, deux point*s » selon le Larousse [44], il est alors **mesurable**. Le CNRTL [29] parle de « *surface […] déterminée* ». C'est une **distance**, un **écart**, un **intervalle entre deux choses**, et cela rejoint la notion de temps qui sépare deux événements. On parle d'« espace-temps » ou d'« espace mort » quand il ne se passe rien entre deux moments. Cet espace mesurable est **modifiable**. C'est une **donnée universelle**, **consciente ou non**. On peut aussi entendre par ''espace'' un « *domaine localisé dans lequel s'exercent certaines activités* » [44].

2. Espace et mouvement :

Tout mouvement comporte une composante spatiale dans son amplitude, sa hauteur, sa direction, la place qu'il nécessite. L'espace est le support du développement et du mouvement. Plus l'enfant grandit, plus il explore, cherche à occuper le maximum d'espace. Nous le développerons par la suite. Pour Galliano et al. [19], l'espace est « *une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu.* » [p.248]. En effet, la structuration spatiale permet à l'individu de se repérer dans l'espace environnant mais également de se déplacer, de faire des mouvements organisés dans un espace donné.

3. Espaces relationnels :

L'espace comprend une composante relationnelle et une dimension socioculturelle. En effet, Galliano et al. [19] notent que *« l'espace, c'est aussi la distance, ce qui sépare le soi et le non-soi, l'autre, l'objet. C'est le support de la relation, de la communication.* » [p.248].

Galliano et al. [19] et Zambon [26] évoquent les travaux de Hall sur la dimension relationnelle et sociale de l'espace. Hall a isolé quatre types de distances relationnelles, qui peuvent varier selon les cultures.

1) Il y a d'abord la **distance intime**. La situation proche correspond au corps à corps, c'est la distance de la lutte et de l'intimité [19]. Toutes les parties du corps sont susceptibles d'entrer en contact et la vision de l'autre et parcellaire et non nette. En situation éloignée, c'est la distance des relations familiales, avec toujours un contact physique possible. C'est la distance du secret [26].
2) La **distance personnelle** marque *« l'affectivité et la proximité dans la vie publique »* [19, p.261]. C'est la limite du contact physique avec l'autre en situation proche, la distance de la confidence [19]. En situation éloignée, c'est la distance des relations amicales, des conversations personnelles.
3) La **distance sociale** est la distance des relations interpersonnelles, non intimes ni amicales [19]. Elle correspond à la distance entre ceux qui se connaissent et se voient dans des espaces communs comme le travail par exemple et il n'y a plus de contact physique, en situation proche. En situation éloignée, c'est la distance des relations formelles et le placement des personnes dépend de codes sociaux et culturels.
4) La dernière et la plus lointaine est la **distance publique** [19]. En situation proche, les échanges se font à voix plus forte, la posture change et la gestualité soutien le discours. C'est la position de l'orateur en situation éloignée, la voix et la gestuelle sont plus importantes.

Juhel [47] indique que l'on peut découper l'espace en trois autres composantes :

- L'**espace personnel** qui correspond à l'espace qui se trouve autour de la personne et qu'elle peut toucher (espace de de préhension)
- L'**espace commun** qui est la superficie que l'on utilise avec les autres non proches
- L'**espace affectif** qui est l'espace de relation

Les limites de ces trois espaces dépendent de chaque personne et de la situation dans laquelle elle se trouve.

4. Repérage, orientation, organisation, structuration spatiale :

Le **repérage** spatial correspond à la capacité à repérer, déterminer la place de quelque chose dans l'espace d'après le Larousse [44]. L'**orientation** spatiale est la capacité à s'orienter, à déterminer la position de quelque chose dans l'espace.

L'**orientation** et la **structuration spatiales** « *permettent d'avoir conscience de l'endroit où l'on se trouve, de l'environnement immédiat* » (ville, bâtiment, étage, pièce, …) selon Juhel [47, p.31]. Bullinger [9] indique que l'espace amène des représentations qui organisent et orientent les actions de l'individu dans son environnement. L'orientation spatiale est premièrement égocentrée puis l'enfant projette ses repères sur son environnement pour s'orienter, comme nous le verrons en abordant le développement de l'enfant.

La **perception** et la **représentation** que nous avons d'un même espace peut être différente selon nos émotions, nos ressentis, notre histoire, notre capacité à nous y orienter. Notre vécu de l'espace dépend donc de nos expériences motrices, corporelles, psychologiques à associées à celui-ci. L'espace que nous nous approprions plus ou moins (bureau au travail, domicile, chambre) prend une valeur affective.

Gil [28] explique qu'**agir dans l'environnement** nécessite à la fois de connaitre les caractéristiques spatiales des objets (volume, direction, mouvements, relations spatiales) mais également de savoir mobiliser son corps dans un espace réel déjà connu ou exploré grâce à la lecture de relations topographiques sur une carte ou un plan par exemple.

Pour Lesage [51], *« Penser l'espace, c'est aussi se concevoir dans l'espace, y habiter, s'y orienter, s'y mouvoir et s'y déployer »* [p.114]. Il a une double conception de l'espace : un espace statique où l'on est et un espace dynamique où l'on bouge et se déplace.

B. Quelles sont étapes de la mise en place de l'orientation et de la représentation spatiales chez l'enfant ?

Pour Galliano et al. [19], « *La perception de l'espace chez l'enfant est progressive, évolutive et dynamique. Elle est liée, comme le reste du développement psychomoteur, à la fois à l'équipement neuromoteur et neurosensoriel et de l'enfant, à ses expériences et à la qualité de son développement psychoaffectif (notion de sécurité affective). Elle se construit en parallèle au développement du schéma corporel et de la latéralité.* » [pp.248-249].

Pour Le Boulch, *« Le schéma corporel, c'est l'intuition d'ensemble ou de la connaissance immédiate que nous avons de notre corps, à l'état statique ou en mouvement, dans le rapport de ses différentes parties entre elles et surtout dans ses rapports avec l'espace et les objets qui nous environnent. »* [47, p.18]. Le schéma corporel comprend notamment la représentation de nos limites corporelles dans l'espace [27].

L'enfant appréhende l'espace à partir de son corps et de ses mouvements dans l'espace qu'il occupe et dont il apprend à découvrir, respecter et maitriser les dimensions. La structuration de l'espace est nécessaire pour s'orienter, s'organiser, se déplacer dans son environnement.

1. Entre la naissance et 5-6 mois : la perception spatiale

Selon Piaget et Inhelder [59], entre la naissance et 2 ans (stade sensorimoteur) l'espace est avant tout un **espace subi**, le bébé est soumis aux différents flux sensoriels qu'il traite séparément. Il n'y a pas de mise en relation des différents espaces (visuel, auditif, tactile).

a. L'espace corporel :

Dans les premiers mois de vie, le nourrisson se vit comme ne faisant qu'un avec sa mère. C'est par les séparations/retrouvailles et son développement psychomoteur qu'il va progressivement s'individuer et se vivre comme un **sujet unifié, différent des autres**.

Pour Bullinger [8], c'est parce que le bébé aura acquis l'**espace de son corps** qu'il pourra appréhender l'espace environnant. Après l'**espace utérin** durant la grossesse et l'**espace de la pesanteur** à la naissance, l'enfant appréhende l'**espace oral** en explorant pendant plusieurs mois son corps et les objets à sa portée avec sa bouche. Bullinger parle ensuite d'**espace du buste** qui se construit avec la construction de la notion avant/arrière et les mouvements d'extension/regroupement.

b. Le tonus :

Miermon et al. [55] indiquent que le nouveau-né présente une **hypotonie de l'axe corporel** (axiale) et une **hypertonie des membres** (périphérique). Il ne peut pas encore tenir sa tête ni son tronc et ses membres sont en flexion permanente. La maturation tonique est progressive et vers 3-4 mois la maturation du tonus axial (céphalo-caudale) permet au bébé de tenir sa tête. Il explore de plus en plus l'espace autour de lui visuellement, voit les formes rapprochées ou éloignées mais n'a pas encore la notion de distance [18].

2. Entre 5-6 et 24 mois : l'exploration spatiale

Durant cette période, les progrès moteurs de l'enfant vont lui permettre une perception nouvelle de l'espace. L'enfant explore l'espace qui l'entoure *« afin d'en percevoir les dimensions, la forme, les limites, la disposition des lieux, des obstacles, … »* [27, p.10].

a. Les changements de position :

Vers 5 mois, les **retournements** permettent au bébé de passer d'une position à plat sur le dos à une position sur le ventre et d'agrandir son espace de préhension [18]. Cela l'amène à enrichir le volume de son corps [54].

b. Les débuts de la locomotion :

Pour Bullinger [8], la **coordination entre le haut et le bas du corps** permet à l'enfant d'intégrer un corps articulé et mobile, lui permettant de se mouvoir dans l'espace. Entre 6 et 11 mois, il commence à se déplacer au sol : il **rampe**, **marche à quatre-pattes** ou encore se **déplace sur les fesses** [55 ; 18]. L'enfant expérimente différentes directions et explore l'espace de plus en plus lointain, affinant ainsi la notion de distance entre deux objets [46 ; 18].

c. La position assise :

Entre 6 et 10 mois, le tonus axial augmente et permet à l'enfant de tenir de mieux en mieux son tronc dans la verticalité et d'explorer la **position assise** [55]. Ce redressement lui permet une exploration visuelle élargie de l'espace et de préhension s'agrandit lui aussi. L'enfant explore l'espace qui l'entoure avec ses mains et sa bouche [18]. Bullinger [10] parle d'**espace du torse** qui se construit avec les mouvements de torsion avec la rotation du buste et les prémices de la construction de la gauche et de la droite.

d. La préhension et les manipulations :

Progressivement, le tonus périphérique diminue, permettant à l'enfant de saisir les objets de plus en plus finement [55]. Au début, l'enfant a **deux champs de préhension** qu'il explore avec ses deux mains de façon tout à fait indépendante. Vers 7 mois, les **coordinations bimanuelles** se mettent en place, l'enfant croise son axe corporel pour se saisir des objets et découvre la symétrie de son corps autour de cet axe.

Piaget et Inhelder [59] expliquent que le bébé construit les **notions de dedans et de dehors**, de **vide/plein,** de **position dans l'espace** et de **volume** par les expériences réalisées avec ses mains. La hauteur, la séparation, le retour, la permanence de l'objet sont expérimentées quand il fait tomber ses jouets.

e. La position debout :

La maturation tonique et le renforcement musculaire au niveau de l'axe et des jambes permet au bébé de **se redresser** sur ses jambes entre 6 et 10 mois [55]. L'enfant se hisse pour attraper des objets situés en hauteur, il commence à grimper et passe sur ou sous les obstacles. Lesage [51] explique que l'**axialité**, *« liée donc à la verticalisation, est une étape importante de la constitution de soi, un soi spatialisé qui peut se diriger et donc progresser. »* [p.118].

f. La marche :

L'acquisition de la marche, entre 9 et 18 mois, permet à l'enfant une **exploration complète de l'espace** à sa disposition. Par ses manipulations, ses déplacements et la verticalisation complète, l'enfant accède à un espace plus vaste. Selon Forestier [18], « *il installe la ''représentation mentale de l'espace'' dont il aura besoin plus tard pour apprendre tout ce qui est habillage, puzzle, math, géométrie, géographie, …* » [p.163].

3. <u>Entre 2 et 7 ans : l'orientation spatiale</u>

Bullinger [9] explique que *« la coordination entre les flux sensoriels et les postures donne un accès aux représentations spatiales. »* [p.87]. L'enfant apprend d'abord à orienter son corps dans l'espace, puis il peut orienter des objets [27]. L'orientation spatiale est possible par la connaissance des repères spatiaux.

a. La latéralité :

Entre 2 et 7 ans (stade de la pensée préopératoire de Piaget), la **latéralité** se met en place. L'enfant qui a découvert la **symétrie de son corps** autour de l'axe corporel, va devoir percevoir l'**asymétrie** qui en découle (exemple : pieds, chaussures). Ces expériences perceptives lui permettent d'intégrer les **différences droite/gauche**. Le corps connu permet à l'enfant de structurer l'espace.

b. Le référentiel spatial égocentré :

Galliano et al. [19] indiquent que l'enfant utilise comme référentiel spatial son propre corps, c'est-à-dire un **référentiel égocentré**. Ainsi, il peut situer un objet par rapport à lui (à côté, devant/derrière, à droite/à gauche). Juhel [46], ajoute que l'enfant commence à découper l'espace qui l'entoure et à *« évaluer l'emplacement des objets par rapport à son corps et les relations des objets entre eux. »* [p.76].

c. Les repères topologiques :

Durant cette période, l'acquisition des **repères topologiques** se poursuit par expérimentation de l'enfant avec son propre corps ou des objets. Ces repères spatiaux sont tout d'abord perçus, puis mémorisés et enfin manipulés [27]. Pour Juhel [46], c'est à travers ses expériences motrices que l'enfant va éprouver l'espace et pouvoir établir des éléments de comparaison. Plusieurs auteurs développent les différentes étapes d'acquisition de ces repères spatiaux (annexe 1).

Pour Piaget [59], l'enfant va établir des **rapports d'ordre topologique** (de voisinage, de séparation, d'ordre, d'entourage). Progressivement, il va mémoriser les situations, nominations, orientations spatiales, comprendre les termes d'orientation dans l'espace et les utiliser à bon escient.

4. A partir de 7-8 ans : la représentation spatiale

Pour Piaget et Inhelder [59], entre 7 et 12 ans (période opératoire), l'enfant entre dans un espace plus représentatif. L'espace est de plus en plus projectif, intellectualisé, c'est-à-dire que l'enfant a la capacité de projeter sa connaissance de lui-même et des représentations spatiales sur le monde environnant. L'enfant prend des repères extérieurs à son corps, il utilise maintenant un **référentiel spatial exocentré** [19]. Cette capacité à se décentrer lui permet de commencer à opérer sur l'espace des relations de réversibilité, de translation. En effet, il intègre les notions de droite/gauche sur lui puis sur l'autre.

Progressivement, l'enfant maitrise ce que Piaget appelle l'**espace euclidien** [59], c'est-à-dire un espace géométrique, dans lequel il évolue et dans lequel évoluent les objets. Cet espace géométrique inclut les notions de volume, horizontale, verticale, profondeur, de rapport temps-espace. C'est donc un espace en trois dimensions. Cela lui permet d'étudier la géométrie, la géographie.

Nous allons à présent évoquer ce qu'est le temps et comment l'enfant parvient progressivement à s'y repérer et à se le représenter.

II. Le temps :

A. Qu'est-ce que le temps ?

Pour Galliano et al. [19] « *Le temps est un organisateur fondamental qui permet à l'enfant d'organiser sa perception du monde, de son corps propre, de son environnement, d'agir et de penser.* » [p.253]. Il y a différentes déclinaisons du temps dans différentes disciplines comme la mécanique, la physique, le sport, … mais aussi la musique avec les mesures, les notes et le tempo.

1. Donnée infinie, immaitrisable mais mesurable :

Tout comme l'espace, le temps est une notion complexe et difficile à définir. Selon le Larousse [44], c'est une « *notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements ».* Nous retrouvons la notion d'**infini** qui a été évoquée dans l'espace.

Le temps est un « ***mouvement ininterrompu*** *par lequel le présent devient le passé, considéré souvent comme une force agissant sur le monde, sur les êtres »* [44]. Nous ne pouvons **pas maitriser le temps**, il y a l'idée de l'**inéluctabilité** du temps qui passe. Shakespeare disait *« Le temps ressemble à un hôte du grand monde, qui serre froidement la main à l'ami qui s'en va et qui, les bras étendus, embrasse le nouveau venu »*. Cela pose la question de la fin et de la mort. Pour Véra de Talleyrand-Périgord (comtesse française) *« On passe sa vie à dire adieu à ceux qui partent, jusqu'au jour où l'on dit adieu à ceux qui restent. »* Il y a l'idée d'une dimension immatérielle dans laquelle nous existons, un moment de l'existence, le temps **nous précède et nous succède**. De plus, le CNRTL [29] indique que le temps est un « *milieu indéfini et homogène dans lequel se situent les êtres et les choses et qui est caractérisé par sa double nature, à la fois* ***continuité et succession*** ».

Le Larousse indique que le temps est un « *quantité mesurable* » [44]. En effet, le temps est une **donnée abstraite** que l'on peut **mesurer arbitrairement** et concrétiser par des repères personnels ou sociaux. Le temps est une **donnée universelle consciente ou non**, comme l'espace.

Le temps est **indissociable de l'espace**. En effet Galiano et al. [19] expliquent que *« tout mouvement, toute action […] se déroule dans un temps et dans un espace donnés. »* [p.254]. En effet toute action, tout mouvement comporte sa propre temporalité, avec un début, un déroulement et une fin.

2. Perception du temps :

Le temps peut être un moment bref (moment présent, rendez-vous) ou long (passé, histoire). Le rapport au temps **évolue** avec la vie, c'est une donnée très **personnelle**. La perception que nous avons d'une même durée peut être différente selon la qualité de la situation, si nous éprouvons du plaisir, si nous nous ennuyons. Il y a aussi une différence d'appréciation du temps selon les cultures et les moments de la vie. En effet, Lecocq [32] explique que Hall s'est aperçu que l'investissement du temps n'est pas le même selon les cultures.

3. Le temps quotidien :

Le temps est au centre de toutes nos actions et les conduites adaptées nécessitent des ajustements temporels permanents. Puyjarinet [61] dit que « *Percevoir les données temporelles issues de l'environnement et savoir s'y adapter font partie intégrante du fonctionnement de la majorité d'entre nous.* » [p.30]. Le temps est également **ce qui nous définit**, depuis combien de temps nous sommes en vie, notre âge. C'est donc un **concept abstrait** mais avec des **effets visibles** (saisons, vieillissement).

Le temps **organise la vie**. « *Passé, présent et futur déterminent l'inscription temporelle de l'individu dans les générations et dans l'histoire de l'humanité.* » pour Galliano et al. [19, p.273]. Juhel [47] dit que « *Nous percevons l'écoulement du temps à partir des changements qui se produisent pendant une période donnée et de leur succession qui transforment progressivement le futur en présent puis en passé* ». [p.35].

4. Repérage, orientation dans le temps :

Le **repérage temporel** est la capacité à déterminer la place d'un événement dans le temps [44]. L'**orientation temporelle** correspond à la capacité à s'orienter, se situer, déterminer la position d'un événement dans le temps, aussi bien dans l'histoire de l'humanité, que dans l'année, la saison, la date, la famille, …

Le temps comprend trois composantes majeures qui sont l'**ordre**, la **succession** et la **durée** [19]. Elles vont être appréhendées progressivement par l'enfant et constituer la base de sa structuration temporelle.

Puyjarinet [61] explique que Toplak et Tannock ont identifié six processus temporels :

- « La discrimination de durée » : comparer la durée de deux stimuli pour déterminer le plus long.
- « Le jugement temporel » : percevoir des durées d'intervalles courts séparant deux stimuli consécutifs.
- « L'estimation verbale » : estimer la durée d'un événement ou d'un stimulus
- « L'anticipation » : estimer la durée d'un événement ou stimulus futur.
- « La production et la reproduction temporelle » (auditive ou visuelle) : produire une durée énoncée oralement, reproduire une durée entendue.
- « Le tempo moteur ou tapping » : rythmicité spontanée ou imposée d'une activité motrice.

5. Aspect rythmique :

D'après le Larousse [44] le rythme est le « *retour, à des intervalles réguliers dans le temps, d'un fait, d'un phénomène »,* on parle de rythme des saisons, des marées. Il y a aussi les rythmes physiologiques (manger, dormir) qui structurent la journée et permettent au bébé de s'inscrire dans une temporalité. Le temps a quelque chose de **cyclique**, notamment dans sa mesure, que ce soit au niveau des jours qui durent tous vingt-quatre heures, des mois ou des saisons qui reviennent tous les ans. Le temps passe et nous n'avons **pas d'action concrète dessus**. Pourtant selon Galliano et al. [19], « *Les cycles, les rythmes, nous procurent un certain sentiment de maitrise du temps : si l'on connait le cycle, le rythme, on peut prévoir l'avenir, en quelque sorte…* » [p.258].

Le rythme est aussi une composante de l'adaptation humaine, nous avons tous notre **rythme propre**, et cependant nous devons nous adapter à des **rythmes collectifs, sociaux, professionnels**. Le rythme est donc quelque chose qui est toujours présent dans notre vie, partant de notre propre corps avec le rythme cardiaque, respiratoire, digestif, nycthéméral (veille/sommeil) notamment.

La communication avec autrui, que ce soit au niveau du tonus ou du langage écrit ou oral, présente une rythmicité. L'état émotionnel transparait donc dans le tonus, le langage oral et l'écriture d'une personne.

Le temps est à la fois objectif (mesurable, heure, calendrier) et subjectif (perception, ressenti, durée d'un événement). Comme nous l'avons évoqué, la structuration et l'orientation temporelles sont progressives et suivent le développement psychomoteur de l'enfant.

B. Comment l'enfant acquière-t-il la capacité de s'orienter dans le temps puis de se le représenter ?

La temporalité n'est pas quelque chose d'innée. La structuration temporelle permet au sujet de **comprendre le monde** et de **s'adapter, se déplacer, communiquer, se socialiser**. Cet outil s'acquière progressivement tout au long de l'enfance, au fil de expériences sensorielles, motrices et relationnelles.

J'utiliserai le terme « mère » ou « objet parental » pour désigner la personne s'occupant de l'enfant, que ce soit sa mère biologique ou non.

1. Durant la grossesse et jusqu'à 2 ans : le temps vécu et les activités rythmiques

a. Les rythmes physiologiques :

Pendant la grossesse, le fœtus est exposé à de nombreux rythmes (battements cardiaques, cycle respiratoire de sa mère, alternance veille/sommeil et mouvement/immobilité). La première période de la temporalité est un **temps subi**, c'est-à-dire que le nourrisson vit le temps mais ne le pense pas.

Quand l'enfant nait, la satisfaction permanente de ses besoins va disparaitre. Le nourrisson est soumis à différentes activités rythmiques [61 ; 65] : les **rythmes physiologiques** (respiration, veille/sommeil, faim-satiété, succion, alternance inactivité/action). La répétition de la réponse satisfaisante des parents à ses besoins lui permet de constituer un **rythme de fond**.

La première appréhension du temps chez l'enfant va donc être rythmique, avec une succession d'états d'inconforts et d'états d'apaisement graduels. Galliano et al. [19] parlent de **rythmicité binaire**, c'est-à-dire que l'enfant passe de l'un à l'autre. La perception du temps s'inscrit donc d'abord corporellement, c'est d'abord la rythmicité.

b. Les rythmes relationnels :

Le **rythme présence/absence** de l'entourage et les mouvements de maternage (portage, bercements, premières séparations/retrouvailles, regard) participent également à la structuration de la temporalité. Le bébé découvre que la relation à l'autre n'est pas continue, qu'il y a des moments de séparation lui permettant petit à petit de s'individualiser et d'élaborer ainsi son propre espace corporel. La stabilité des expériences et des réponses va aider l'enfant à construire la notion de **continuité** et d'**anticipation** grâce aux répétitions et à l'action du bébé sur l'environnement, selon Galliano et al. [19].

Galliano et al. [19] expliquent que la mère a une fonction de *« pare-excitation »* qui est essentielle pour que le bébé puisse construire son **rythme interne**. Cette fonction passe par le **dialogue tonico-émotionnel**, développé par Wallon puis De Ajuriaguerra. C'est l'expression de notre état émotionnel dans la relation par le biais de notre tonus, qui varie en fonction de nos émotions. Le dialogue tonico-émotionnel est présent dès la naissance, c'est **un des premiers modes de relation** du nourrisson [19]. En effet, les premières relations aux autres se font sur le mode de **tension/détente** en lien avec son état émotionnel et physiologique interne (faim/satiété, sommeil/éveil, douleur). Là aussi la rythmicité est binaire.

Petit à petit, la mère amène dans ses réponses de l'**imprévu** par rapport à l'attente du bébé. Le bébé découvre qu'il y a autre chose qu'une réponse seule au besoin et cela lui donne envie d'explorer au-delà de sa mère. Marcelli parle de « microrythmes » pour désigner ces moments de « surprise » avant la réponse.

c. La rythmicité du langage oral :

Le **langage oral** des composantes temporelles, notamment la rythmicité de la **prosodie** (mélodie de la voix, variation de sonorités, intonations, rythme des paroles, pauses [19]). La prosodie est variable en fonction de l'état émotionnel de la personne. Puyjarinet [61] explique que les tous petits sont capables de **percevoir le rythme des stimulations sonores** et d'y répondre. Le langage oral peut être considéré comme une musique rythmée, qui s'inscrit dès la naissance dans la temporalité du tout petit et « *va tisser la toile de fond de la temporalité inscrite dans les replis de la mémoire du corps* » [19, p.279].

La mère utilise le langage oral pour communiquer avec son enfant, verbaliser ce qu'elle observe de son état tonique et émotionnel mais aussi mettre des mots sur ce qu'il fait. Le chant, qui est lui encore plus rythmé que le langage oral parlé, est très utilisé avec les enfants.

d. La temporalité du geste :

Le bébé, par l'évolution de ses capacités motrices et la maturation tonique, réalise des mouvements de plus en plus fins. Il intègre progressivement la **temporalité du geste** (début, déroulement et fin). Juhel [46] explique que le bébé devient capable de coordonner dans le temps des mouvements. L'enfant qui commence à se déplacer, entre 6 et 11 mois, intègre le **rythme de ses déplacements**, au niveau proprioceptif et auditif. Meunier [54] explique que le jeune enfant se met à calculer le tempo des distances à parcourir pour rejoindre un objet. Il appréhende ainsi la **rythmicité du mouvement** et également le **rapport entre la distance à parcourir et le rythme de déplacement** pour la parcourir, donc un lien espace-temps.

e. Les notions temporelles :

Avant 2 ans, les expériences du temps de l'enfant ne sont pas reliées, organisées, l'enfant n'est pas encore dans une capacité se représenter un temps linéaire mais il est néanmoins dans **un temps qui agit** et qui est **affectivement très connoté**. Vers 5-6 mois, il peut **associer une situation à une action** (exemple : la chaise haute et le moment du repas) [46].

Vers 18 mois, le bébé est capable d'**imitation différée** de situations familières dans ses jeux, selon Tartas [65]. Différents auteurs développent les étapes de l'acquisition des notions temporelles (annexe 2).

2. Entre 2 et 6 ans : le temps perçu

Selon Piaget et Inhelder [59], vers la fin du stade sensorimoteur, l'enfant va accéder au **temps perçu** grâce au principe de réalité, c'est-à-dire les frustrations qui vont être apportées à l'enfant. Cela permet à l'enfant de construire le **différé**, la **durée**, d'**accepter la frustration**. La façon dont l''adulte d'organise, verbalise les différentes séquences d'une action permet à l'enfant de s'imprégner du déroulement du temps et de l'enchaînement des actions.

a. Le langage oral :

Vers 2 ans, l'enfant commence à former des phrases. Progressivement, il enrichit son vocabulaire temporel en communiquant avec l'adulte (annexe 2). L'enfant commence à utiliser des **termes temporels** comme « hier », « demain », même ce n'est pas toujours à bon escient [65]. Il semble que ces termes signifient d'abord pour l'enfant « pas maintenant », et progressivement ils vont acquérir leur **signification conventionnelle** [65]. L'enfant prend conscience de la notion de **succession** des actions dans le temps [46].

b. L'entrée à l'école :

L'entrée à l'école, vers 3-4 ans, permet à l'enfant d'**enrichir son vocabulaire temporel** et de **manipuler des concepts temporels** (annexe 2). Il peut faire des **imitations différées** d'actions non familières dans ses jeux [65]. Puyjarinet [61] explique que pour l'enfant, **le temps est encore celui de l'action** et n'est pas uniforme, mais **multiple** : un temps pour manger, un temps pour jouer, …

L'école maternelle est un espace très ritualisé, une succession de tâches de courte durée et qui se répètent de façon régulière dans la semaine. Par la répétition des situations, l'enfant va commencer à intégrer des **repères** (école, week-end, matin, midi, soir, chronologie) qui règlent sa vie quotidienne et les événements marquants de sa vie.

c. Le temps raconté :

Tartas [65] explique qu'entre 3 et 5 ans, l'enfant commence à **raconter** ses journées, ses expériences. Il **ordonne des actions** de la journée et utilise des **marqueurs temporels**, même si ce n'est pas toujours de manière adaptée [46 ; 65]. L'enfant peut **se situer dans le temps** mais toujours **par rapport à une action**, par exemple « je vais dehors après manger », « je vais me coucher après l'histoire » [65].

Puyjarinet [61] indique que l'**apprentissage conventionnel du temps** (jours de la semaine, mois de l'année, …) commence à ce moment-là. C'est d'abord un **apprentissage mécanique**, « par cœur », l'enfant peut réciter les jours de la semaine mais il ne peut pas établir de relations entre eux. Cet apprentissage lui permettra ensuite d'utiliser ces repères pour **structurer le temps** qu'il vit. Progressivement, l'enfant peut **différer une action** dans le temps et **attendre**. Tartas [65] indique *« C'est parce qu'il va commencer à prendre en compte le présent et l'avenir désiré qu'il va être capable d'attendre. »* [p.19].

Entre 4 et 5 ans, Galliano et al. [19] expliquent que la perception de la **temporalité du mouvement** permet à l'enfant d'**adapter sa motricité volontaire à un rythme imposé** (marcher à une cadence frappée, taper des mains à un rythme donné, s'adapter à la vitesse de marche d'un groupe).

3. Après 6 ans : le temps représenté

Le **langage écrit** se développe en parallèle du langage oral. Il comporte lui aussi une composante rythmique (vitesse d'écriture, rythme de formation des lettres, alternance des lettres, ponctuation, mouvements des doigts). L'écriture nous permet de **laisser une trace dans le temps** et d'**évoquer**, comme le langage oral, des événements passés ou des souvenirs.

Entre 7 et 12 ans, stade de la pensée opératoire de Piaget, l'enfant commence à **se détacher de l'action** pour **l'intérioriser** grâce à la mémoire. Progressivement, le temps devient **représenté** et l'enfant peut **penser et parler le temps en dehors de l'action**. Pour Galliano et al. [19], « *C'est la structuration temporelle, qui correspond aussi à la capacité de se situer et de se représenter des événements dans une temporalité plus objective, et d'utiliser des repères, un code, communs et extérieurs à l'action.* » [p.256].

L'apprentissage de l'**heure** permet à l'enfant une première appréhension des liens entre l'espace et le temps : la position spatiale des aiguilles sur le cadran donne une information temporelle, selon Gil [dans 22]. Galliano et al. [19] indiquent que l'enfant *« formalise petit à petit le temps comme **une structure homogène, stable, continue et irréversible** »*. [p.256]. En grandissant, l'enfant affine sa perception et sa compréhension des **liens entre temps, rythme, espace et vitesse**. Ce n'est qu'à l'adolescence que l'utilisation du temps devient aussi flexible qu'à l'âge adulte.

Pour Puyjarinet [61], tout cela souligne *« à quel point la perception et la connaissance du temps sont complexes, et ne sont maitrisées que très progressivement au cours de l'enfance. Si le temps perçu […] semble avoir des bases innées, la gestion et la connaissance conventionnelles du temps sont, elles, intimement liées au développement cognitif de l'enfant, aux expériences vécues et aux interactions avec l'entourage.* » [p.35].

Nous avons évoqué jusqu'ici les étapes du développement psychomoteur de l'enfant en lien avec la structuration spatio-temporelle. Cette structuration nécessite, en plus des explorations de l'enfant que nous avons développées, des prérequis physiologiques dont nous allons maintenant parler.

III. Qu'est-ce qui nous permet de nous orienter dans le temps et l'espace ?

Dans cette partie, nous allons aborder les prérequis biologiques et cognitifs nécessaires à l'orientation spatio-temporelle.

A. Les bases cérébrales :

Au niveau cérébral, il y a deux hémisphères, chacun composé de quatre lobes ayant des fonctions différentes. A la partie postérieure de l'hémisphère cérébral, on trouve le lobe occipital, le lobe pariétal et le lobe temporal, et à la partir antérieure, le lobe frontal (annexe 3).

1. Le lobe occipital :

Le lobe occipital est le centre de décodage des informations visuelles [47]. Il permet notamment de reconnaitre l'**orientation** et le contour d'une image, d'évaluer les **distances** et les **profondeurs**, d'avoir une représentation de notre schéma corporel et de comprendre la gestualité de l'autre.

2. Le lobe pariétal :

Le lobe pariétal joue un rôle déterminant dans l'intégration, l'analyse et le traitement des **informations sensorielles tactiles, visuo-spatiales et auditives**. Le lobe pariétal le droit nous permet notamment de nous **orienter dans l'espace** [47].

3. Le lobe temporal :

Le lobe temporal gère notamment l'**audition** et est impliqué dans la **mémorisation** [6 ; 47]. Le lobe temporal gauche intervient dans la mémoire verbale et le droit dans la mémoire visuelle [47].

4. Le lobe frontal :

Le lobe frontal gère toutes les formes d'actions et les comportements élaborés (personnalité, caractère, planification, stratégie, organisation, anticipation). Selon Puyjarinet [61], il semble impliqué dans le **traitement de l'information temporelle**. Au niveau du **lobe préfrontal**, certaines structures sont impliquées *« dans le traitement perceptif de l'information temporelle et dans l'action motrice temporelle. »* [61, p.35].

5. Les hippocampes :

Les hippocampes (annexe 3) sont impliqués dans la mémoire verbale et visuelle, dans la mémorisation des nouvelles informations. Ils permettent **l'organisation et l'orientation spatiale** [21 ; 47] et participent également à la **mémoire topographique**, développée par Berthoz [6].

6. Le cervelet :

Le cervelet (annexe 3) a aussi un rôle dans le repérage spatio-temporel. Desmond et Fiez [19] ont localisé dans le cervelet *« **l'apprentissage de trajectoire** »*. De plus, selon Puyjarinet [61] le cervelet aurait aussi un rôle dans le **traitement de l'information temporelle.**

Selon Galliano et al. [19] les informations spatiales de localisation (« où ? ») passent du lobe occipital vers le lobe pariétal. Les informations qui permettent de se représenter mentalement et d'identifier des objets, comme la forme, la couleur (« quoi ? ») et des visages (« qui ? ») passent du lobe occipital au lobe temporal.

B. La sensorialité :

La sensorialité a rôle important dans l'exploration de l'espace. En effet, les fonctions sensorielles permettent à l'individu **d'être en relation avec son environnement, de le découvrir** [18], mais également de communiquer, d'être informé et d'agir sur le monde qui l'entoure et donc de **s'y repérer et s'y déplacer**.

1. La sensibilité tactile :

La **peau** est l'organe du **toucher**, elle nous permet de sentir, localiser et décrire un toucher, une pression, des vibrations, la température [7]. Le toucher est le **premier sens à être mature et le dernier à s'éteindre** [13]. C'est un outil important de découverte pour l'enfant, de lui-même puis de son environnement. Pour Courjou [13], *« Le toucher nous met en relation avec notre milieu »* [p.1].

Le toucher nous permet d'**appréhender l'espace et le temps**, qui sont des notions abstraites [13]. Il nous fait **prendre conscience de l'instant présent** et par conséquence **du passé et du futur**. Selon Bullinger [9], *« Les courants d'air sur le corps et le visage sont des flux qui permettent de situer le corps dans l'espace et de connaître la position des segments relativement à ce flux. »* [p.83].

2. La sensibilité auditive :

L'organe de l'audition est l'**oreille**, l'audition est mature vers le sixième mois de grossesse [13]. Le son peut être vu comme signal d'alarme et participe alors à réaction de **protection**. Pour Bullinger [9], il y a une *« **phase d'alerte** »* suivie d'une *« **phase d'orientation** »* [p.84]. La **fonction d'orientation**, qui permet d'aller vers la source, se met progressivement en place et fait de l'audition un sens important dans **l'investissement et la découverte de l'espace**.

Le bébé commence à traiter la **distance** entre un son qu'il entend et lui-même aux alentours de 5 mois [9]. A partir de 7 mois, le bébé commence à discriminer la **distance**, la **profondeur**, l'**éloignement**. Ces flux sonores sont essentiels pour réaliser nos conduites, appréhender le monde, l'espace et pour s'y orienter. La fonction du flux sonore est donc de **susciter l'attention** de l'individu et d'**évaluer la distance**.

3. Les sensibilités olfactive et gustative :

L'**olfaction** est un facteur très important dans la continuité entre l'anté et le postnatal. Les premiers récepteurs olfactifs apparaissent entre huit et neuf semaines de grossesse. L'odorat va inciter l'enfant à explorer l'espace environnant. Le sens de l'odorat nous permet de nous orienter dans l'espace mais aussi d'identifier des dangers potentiels.

La **sensibilité gustative** nous permet de distinguer les différentes saveurs. Elle est mature en fin de grossesse. L'odorat y contribue à 80%. Ces deux sensibilités sont très liées à la mémoire épisodique.

4. La sensibilité visuelle :

La **vision** est le dernier sens à se développer. Au départ la vision du nourrisson est avant tout **périphérique** et il peut avoir des *« réactions posturales d'alerte et d'orientation »* à une stimulation visuelle d'après Bullinger [9, p.84]. La **vision périphérique** permet de **se situer dans l'espace** et de **percevoir l'environnement et les profondeurs.**

La **vision focale**, qui permet une **discrimination fine** et une **sensibilité aux détails**, est immature à la naissance. Progressivement, elle mature et se coordonne avec la vision périphérique vers 3 mois et cela permet au bébé une **exploration visuelle** de son environnement, *« guidée par un projet spatial »* [9, p.84].

Au fur et à mesure que la vision du bébé se développe, il y a un élargissement de sa perception du monde, des **distances**, des **profondeurs**. La vision permet d'appréhender le monde, les objets, l'espace. La fonction de ces flux visuels est la perception du mouvement et les réactions d'orientation notamment d'**orientation du corps dans l'espace** [9].

5. La sensibilité proprioceptive :

La proprioception est le sens qui permet à un individu de **repérer**, sans contrôle visuel, la **position de son corps**, ses membres ainsi que **des mouvements de son corps dans l'espace**. Selon Bullinger [10], c'est *« une coordination entre la sensibilité profonde et les signaux tactiles. »* [p.22]. Les récepteurs responsables de la proprioception se trouvent au niveau des pieds, des articulations, des muscles, des ligaments et de l'oreille interne et sont stimulés par les mouvements du corps, les postures et l'équilibre. La proprioception est mature avant la naissance. C'est la sensibilité qui permet de **maintenir notre équilibre** et de **nous repérer dans l'espace**.

6. La sensibilité vestibulaire :

L'oreille intervient également dans l'équilibration grâce au **système vestibulaire** qui se trouve au niveau de l'oreille interne. Ce système **régule l'équilibre** et est responsable des **ajustements** et des **repérages de la position du corps**, et notamment de la position et des mouvements de la tête par rapport à la verticale (accélérations, freinages, inclinaisons et rotations) [6]. Il permet également d'assurer la **stabilité de notre posture et de nos perceptions visuelles** quand nous nous déplaçons et contribue à la **mémoire topographique** [6 ; 19].

C. La mémoire :

La représentation et la compréhension de l'espace s'appuient sur la **mémorisation des informations et des événements**. La mémoire permet à l'individu se référer à des repères spatiaux et temporels appris et intériorisés quand il doit **se situer dans l'espace et dans le temps**. Pour Berthoz [6], la mémoire est **indispensable à la représentation spatiale**.

La mémorisation se fait en trois étapes :

- L'encodage des nouvelles informations.
- Le stockage des informations.
- La récupération qui est la capacité à récupérer des informations stockées dans la mémoire à long terme.

Il existe différents modèles conceptuels de la mémoire. J'ai choisi de les classer selon le facteur temporel, c'est-à-dire en mémoire à court terme et mémoire à long terme. Certains auteurs décrivent la mémoire selon le mode de restitution des informations mémorisées, dont Berthoz [6]. La **mémoire déclarative** ou **explicite** fait appel à une récupération consciente et intentionnelle des expériences passées (faits, événements). La restitution des informations se fait par une verbalisation orale ou écrite. La **mémoire non déclarative** ou **implicite** est une mémoire pour laquelle le souvenir renaît de lui-même en fonction des associations d'idées, de la perception, des impressions.

1. La mémoire à court terme :

La mémoire à court terme est **éphémère**, les informations sont disponibles moins d'une minute, elles sont encodées mais ne sont pas stockées. C'est une mémoire qui nécessite de pouvoir maintenir son attention sur une stimulation. C'est une *« simple répétition »* [p.20] de ce qui vient d'avoir lieu selon Gil [21]. Nous pouvons garder simultanément une quantité restreinte d'informations dans la mémoire à court terme [19]. On appel cette quantité l'empan (sept plus ou moins deux informations). C'est une **mémoire explicite**.

La mémoire de travail est une mémoire à court terme. Elle permet de prolonger un peu la mémoire à court terme pour que **l'information soit manipulée**. Elle est impliquée dans la concentration, le calcul, l'attention, le raisonnement. Une information mise en attente dans la mémoire à court terme peut avoir un autre devenir et rester dans la mémoire à long terme [17].

2. La mémoire à long terme :

Dans la mémoire à long terme l'information est stockée pendant des jours, des mois, des années. C'est une mémoire en constant remaniement.

a. La mémoire épisodique autobiographique :

La mémoire épisodique autobiographique est la mémoire des **événements personnellement vécus** selon Gil [21]. La récupération de ces informations dépend du rappel conscient du contexte d'encodage : ''cet événement a eu lieu le jour où … ''. C'est donc une **mémoire explicite** qui permet notamment l'**estimation du temps écoulé** dans l'attente d'une tâche d'après Gil [dans 22].

La mémoire épisodique rétrospective concerne des **événements passés de l'histoire du sujet**. Elle est en lien avec les affects, les émotions et stocke des **épisodes datés et spatialisés** dans la vie du sujet [17, 19 et 23]. La mémoire épisodique prospective permet de *« **se souvenir de l'avenir** »*, c'est-à-dire de ce que nous projetons de faire, ce que nous pensons, espérons, savons, devinons, craignons qu'il va se passer [58]. C'est une mémoire qui est sollicitée tous les jours dans la vie quotidienne et sociale.

b. La mémoire sémantique :

Selon Gil [dans 22], la mémoire sémantique est la **mémoire des mots, idées, concepts, connaissances**. Elle dépend moins du contexte spatio-temporel d'acquisition des connaissances apprises, c'est la **culture générale**. Cette mémoire contient peu de composantes affectives. C'est également une **mémoire explicite**. Gil [21] indique que la mémoire sémantique peut également être **autobiographique**. Elle concerne alors des **informations sur nous-même**, qui ne sont **pas associés à des événements** (nom, prénom, histoire, métier, adresse).

Toute information à la base est épisodique, fortement contextualisée. Avec le temps, elle peut se décontextualiser et passer dans la mémoire sémantique, pour laquelle la charge affective n'est pas au premier plan pour la récupération d'informations.

c. La mémoire sensorielle :

La mémoire sensorielle est la **mémoire des sensations** comme un goût, une odeur, un son, une douleur. C'est une **mémoire implicite**, qui **associe une stimulation sensorielle à un souvenir agréable ou désagréable**. Gil [dans 22] évoque la madeleine de Proust, pour qui un goût ramène à la mémoire des souvenirs d'enfance connotés très forts affectivement. C'est une **mémoire explicite**.

d. La mémoire procédurale :

La mémoire procédurale est la **mémoire des savoirs faire, des compétences motrices, des habitudes, des apprentissages moteurs** [6, 17, 19]. Pellissier [58] indique que c'est la mémoire **la moins riche de sensations, la moins consciente** et qu'elle est utilisée *« en permanence dès que nous réalisons une action que nous avons appris à accomplir »* [p.64], comme marcher, conduire, manger, se brosser les dents, faire ses lacets. C'est donc une **mémoire explicite**.

3. La mémoire spatiale :

a. Le calepin visuo-spatial :

Le calepin visuo-spatial permet de **stocker les informations spatiales** selon Baddeley [dans 19]. Il comporte une composante visuelle, une composante spatiale et la capacité à former à partir de cela des **images mentales** qui vont permettre de **traiter les localisations de l'espace**. Cela fait le lien aussi avec les informations issues des systèmes sensoriels, comme la localisation de sons, de choses vues ou touchées.

b. La mémoire topographique :

Selon Berthoz [6], la mémoire topographique permet de **mémoriser les trajets**, de *« repérer un lieu et de retrouver un chemin. »* [p.127], mais également **l'orientation spatiale dans un lieu** (pièces, étage) [47]. C'est la capacité à **retenir un itinéraire** et c'est alors une forme de mémoire procédurale [6]. Cette mémoire correspond également à la capacité à **survoler mentalement des trajets** sur un plan.

c. La navigation inertielle :

La navigation inertielle qui est la capacité à **localiser les objets dans l'environnement** et à **s'y déplacer** grâce à une représentation mentale de celui-ci [6]. C'est elle qui nous permet de nous déplacer de nuit dans un lieu connu. Le système vestibulaire est essentiel à ces déplacements.

d. La mémoire des rotations :

Pour Berthoz [6], la mémoire des rotations ou mémoire vestibulaire est une **mémoire des mouvements**. Il indique que *« L'information vestibulaire sur les déplacements du corps peut être stockée dans la mémoire spatiale. »* [6, p.131].

e. La mémoire des translations :

Berthoz [6] développe aussi l'idée d'une mémoire des translations, c'est-à-dire la capacité du cerveau à **mémoriser le mouvement** et à **reproduire une distance** par comparaison entre la *« stimulation interne d'un mouvement mémorisé »* et les informations sensorielles venant des différents sens [p.134].

f. La mémoire de la marche :

Berthoz [6] évoque la mémoire de la marche qui a un rôle dans l'**évaluation des trajets**. Le cerveau *« met en œuvre des mécanismes d'anticipation »* [6, p.136] afin d'analyser la distance à parcourir et de prévoir le nombre de pas à effectuer pour la parcourir les yeux fermés et avec précision. Cette mémoire s'appuie sur les informations proprioceptives qu'elle reçoit des jambes, comme la longueur du pas. Les informations sont réactualisées en permanence, c'est donc une mémoire dynamique [6].

4. La mémoire temporelle :

La **mémoire de la perception temporelle**, selon Juhel [47], est *« l'aptitude à déterminer la durée, la chronologie et l'ordre des événements »* [p.36]. Cette mémoire permet l'estimation temporelle, dans laquelle la mémoire de travail est essentielle.

La **mémoire temporelle** est la *« capacité à se souvenir de l'ordre d'apparition des événements et des choses dans le temps. »* [47, p.36]. Plus deux événements sont séparés dans le temps, plus il sera facile de les situer chronologiquement l'un par rapport à l'autre. Il existe plusieurs échelles temporelles : jour, date, durée, semaine ou temporalité d'une journée (matin, après-midi, soir) ou d'une semaine (début, fin, week-end). Il peut être facile de situer un événement sur une de ces échelles mais pas sur une autre. Par exemple, une personne peut se souvenir qu'elle a fait quelque chose ou rencontré quelqu'un un après-midi ou un lundi mais ne pas savoir dire si c'était la veille ou la semaine précédente.

D. L'attention :

D'après Bherer [dans 17], *« L'attention désigne notre capacité à orienter nos ressources mentales vers une source d'information. »* [p.30]. Cette capacité est nécessaire dans les activités cognitives comme la mémorisation d'informations et dans le repérage spatio-temporel. Il existe plusieurs types d'attentions :

1. L'attention sélective :

L'**attention sélective** est *« notre capacité à traiter de façon efficace et rapide une information particulièrement pertinente pour une tâche en cours »* [p.30] selon Bherer [dans 17]. L'inhibition, joue un rôle important dans l'attention sélective. L'attention sélective comprend *« l'**attention spatiale** »,* qui est l'aptitude à investir l'espace suffisamment pour avoir accès à toutes les informations de l'environnement [17].

2. L'attention soutenue :

L'**attention soutenue** est *« la capacité à maintenir un niveau d'attention permettant de détecter un événement imminent et dont la probabilité peut être faible ou élevée. »* [p.34] selon Bherer [dans 17]. Elle permet également de **préparer** et d'**anticiper une action**, il parle alors d'*« **attention préparatoire** »* [p.35].

3. L'attention partagée :

L'**attention partagée** ou attention divisée *« consiste à tenir compte de plusieurs sources d'informations en même temps »* [p.35] d'après Bherer [dans 17].

E. Les fonctions exécutives :

Les fonctions exécutives sont les capacités permettant à un individu de **s'adapter à une situation nouvelle**, pour laquelle il n'y a pas de solution toute faite [30]. Elles permettent l'autonomie cognitive et sociale, et également d'être attentif et de se rappeler des détails, afin de gérer le temps et l'espace.

Les fonctions exécutives regroupent notamment l'**anticipation**, l'**inhibition**, la **sélection d'un but**, la **planification**, les **capacités d'auto-correction**, la **flexibilité mentale** (passer d'une activité à une autre), la **persistance dans la tâche** (persévérance), les **capacités d'adaptation aux changements** [30].

L'**inhibition**, c'est s'empêcher de produire une réponse automatique, arrêter une tâche en cours, écarter les stimulations non pertinentes pour l'activité en cours. Elle a un rôle dans les processus d'orientation spatio-temporelle. Par exemple, l'impossibilité à attendre et la difficulté à porter son attention sur les informations temporelles peut amener des distorsions dans les estimations de durées.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'évolution de l'orientation spatio-temporelle avec l'âge sans pathologie particulière. Pour cela, nous suivrons le même plan des prérequis physiologiques.

La vieillesse vue par Philippe Noiret[1]

Il me semble qu'ils fabriquent des escaliers plus durs qu'autrefois. Les marches sont plus hautes, il y en a davantage. En tout cas, il est plus difficile de monter deux marches à la fois. Aujourd'hui, je ne peux en prendre qu'une seule.

A noter aussi les petits caractères d'imprimerie qu'ils utilisent maintenant. Les journaux s'éloignent de plus en plus de moi quand je les lis : je dois loucher pour y parvenir. L'autre jour, il m'a presque fallu sortir de la cabine téléphonique pour lire les chiffres inscrits sur les fentes à sous.

Il est ridicule de suggérer qu'une personne de mon âge ait besoin de lunettes, mais la seule autre façon pour moi de savoir les nouvelles est de me les faire lire à haute voix – ce qui ne me satisfait guère, car de nos jours les gens parlent si bas que je ne les entends pas très bien.

Tout est plus éloigné. La distance de ma maison à la gare a doublé, et ils ont ajouté une colline que je n'avais jamais remarquée avant.

En outre, les trains partent plus tôt. J'ai perdu l'habitude de courir pour les attraper, étant donné qu'ils démarrent un peu plus tôt quand j'arrive.

Ils ne prennent pas non plus la même étoffe pour les costumes. Tous mes costumes ont tendance à rétrécir, surtout à la taille.

Leurs lacets de chaussures aussi sont plus difficiles à atteindre.

Le temps même change. Il fait froid l'hiver, les étés sont plus chauds. Je voyagerais, si cela n'était pas aussi loin. La neige est plus lourde quand j'essaie de la déblayer. Les courants d'air sont plus forts. Cela doit venir de la façon dont ils fabriquent les fenêtres aujourd'hui.

Les gens sont plus jeunes qu'ils n'étaient quand j'avais leur âge. Je suis allé récemment à une réunion d'anciens de mon université, et j'ai été choqué de voir quels bébés ils admettent comme étudiants. Il faut reconnaître qu'ils ont l'air plus poli que nous ne l'étions ; plusieurs d'entre eux m'ont appelé « monsieur » ; il y en a un qui s'est offert à m'aider pour traverser la rue.

Phénomène parallèle : les gens de mon âge sont plus vieux que moi. Je me rends bien compte que ma génération approche de ce que l'on est convenu d'appeler un certain âge, mais est-ce une raison pour que mes camarades de classe avancent en trébuchant dans un état de sénilité avancée ? Au bar de l'université, ce soir-là, j'ai rencontré un camarade. Il avait tellement changé qu'il ne m'a pas reconnu.

---

[1] https://vivre-ensemble.be/IMG/pdf/100_minutes_contre_l_exclusion_textes_sur_la_vieillesse.pdf

IV. Le repérage spatio-temporel dans le vieillissement physiologique :

Le vieillissement, qu'il soit pathologique ou non, entraîne des modifications dans les repères spatio-temporels que l'individu se construit au cours de sa vie.

A. Qu'est-ce que vieillir ?

Selon le Larousse [44], le vieillissement correspond à *« l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort »*. C'est un processus naturel qui entraîne chez l'individu un ralentissement et des modifications physiques et psychiques [29 ; 44].

Nous allons ici évoquer les différents changements induits par le vieillissement physiologique et leurs conséquences l'appréhension de l'espace et du temps. Tout d'abord nous verrons les effets du vieillissement physiologique sur les prérequis dont nous venons de parler, puis nous aborderons les impacts de ces modifications sur l'orientation spatio-temporelle.

1. Les fonctions sensorielles :

La sensibilité sensorielle et l'intégration perceptive déclinent progressivement avec l'avancée dans l'âge. Avec le vieillissement, la **vue** se détériore : la perception des couleurs et des contrastes diminue, la sensibilité à la luminosité devient plus importante, l'adaptation aux changements de luminosité demande plus de temps, l'oculomotricité est moins efficace [2 ; 55]. La presbytie apparait avec l'âge et rend difficile l'accommodation sur l'objet. Le seuil de **sensibilité tactile** s'élève et la discrimination tactile devient plus difficile [2].

Il y a également un déclin **auditif** [2 ; 55], entraînant des difficultés à entendre et suivre une conversation [62]. La **sensibilité olfactive** diminue avec l'âge, notamment avec une élévation du seuil de sensibilité [2]. La personne âgée est moins réceptive aux odeurs et éprouve plus de difficultés à les discriminer. Une diminution de la **discrimination proprioceptive** est également observable [2]. L'altération du système **vestibulaire** entraîne notamment des changements dans la posture [2].

2. Les fonctions cognitives :

Avec le vieillissement, la **concentration** est plus difficile à maintenir et le **temps de réaction** est plus long [47]. De plus, la réalisation de **double tâche**, comme parler et marcher simultanément, ou simplement traiter des informations de l'environnement et marcher, est plus difficile. Un déclin de la **vitesse de traitement de l'information** dans les processus perceptifs, moteurs et cognitifs est également observé [17]. Ces altérations font que la personne âgée réagit moins vite aux informations qui lui viennent de l'environnement. Au cours du vieillissement physiologique, la personne âgée présente majoritairement des difficultés au niveau de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives, que nous allons évoquer plus précisément.

3. Les fonctions mnésiques :

a. La mémoire de travail :

Concernant la mémoire à court terme, la mémoire de travail est impactée dans le vieillissement physiologique [17], et notamment *« les **capacités de stockage spatial** »* [5, p.241].

b. La mémoire épisodique :

La mémoire épisodique rétrospective :

La mémoire épisodique rétrospective, et notamment la **mémoire de source,** sont altérées [2]. La personne âgée peut avoir des difficultés à se souvenir quand, où et comment est survenu un événement [17], mais également à *« se souvenir si une action a été réalisée ou imaginée, si un mot a été lu ou produit »* [p.80] et à pouvoir dire sa nature et sa qualité mais aussi son positionnement dans l'espace [2].

La mémoire épisodique prospective :

L'altération de la mémoire épisodique prospective est plus tardive [23] et souvent palliée par des aide-mémoires [17], et donc moins visible. De plus, les personnes âgées éprouvent davantage de difficultés à se souvenir d'une action à effectuer quand elle est associée à une indication temporelle (dans une heure), ce qui n'est pas le cas quand elle à un événement (visite d'une personne) [17].

Les télescopages :

Il peut y avoir des phénomènes de télescopage, c'est-à-dire des **collisions entre les souvenirs anciens et récents**, ce qui crée des incohérences chronologiques. Le **télescopage avant** correspond au fait d'attribuer à un événement une date plus récente. Le **télescopage arrière** c'est dater plus anciennement un événement.

c. La mémoire sémantique :

Différentes études ont mis en évidence que l'organisation et le contenu de cette mémoire restent stables avec le vieillissement [2]. Les déficits liés à l'âge semblent liés au ralentissement de la vitesse de traitement de l'information plus qu'à un déficit de l'organisation ou du contenu de la mémoire sémantique.

d. L'amnésie :

Selon Gil [21], la personne âgée peut présenter une amnésie mais elle sera différente que celle que nous verrons plus tard dans le cas de la maladie d'Alzheimer. Il parle d'amnésie *« **d'évocation** »* ou *« par déficit du ''repêchage'' ou de la ''récupération'' des souvenirs »* [p.23]. La personne âgée peut avoir des difficultés à retrouver un souvenir lors d'une recherche active et consciente mais s'en souvenir spontanément à un autre moment. Il dit que les **souvenirs** ne sont non pas perdus mais **temporairement indisponibles**.

e. La mémoire procédurale :

Concernant la mémoire procédurale, expliquent que les personnes âgées rencontrent des **difficultés à faire de nouveaux apprentissages**, d'autant plus si la tâche est complexe et nécessite l'attention divisée [2 ; 17]. Cependant, elles peuvent **maintenir des habiletés cognitives ou motrices complexes** qu'elles ont appris plus tôt dans leur vie, comme tricoter, jouer aux échecs ou d'un instrument de musique [2].

4. Les capacités attentionnelles :

Avec l'âge, les capacités attentionnelles diminuent, ce qui a un retentissement au niveau mnésique et dans la réalisation de tâches cognitives. Cela est dû aux difficultés de la personne à orienter ses ressources mentales vers une source d'informations pertinentes.

a. L'attention sélective :

Les personnes âgées peuvent porter leur attention sur moins d'informations en même temps en raison d'une diminution de la mémoire de travail, mais leur habileté à orienter leur attention dans l'environnement ne semble pas réduite [17].

b. L'attention soutenue :

L'attention soutenue **diminue**, ce qui entraîne des difficultés *« à maintenir un niveau d'éveil suffisamment élevé pour détecter des événements rares »* [17, p.35].

c. L'attention partagée :

Des difficultés « *à **partager les ressources attentionnelles** entre deux tâches concurrentes »* [17, pp. 35-36] et « *à **effectuer deux tâches en même temps** alors que chacune des tâches peut être réalisée isolément sans difficulté* » [30] apparaissent avec l'âge.

5. Les fonctions exécutives :

Le vieillissement entraîne une altération des capacités d'**inhibition** [2 ; 30], or nous avons vu précédemment que c'est un élément très important dans toutes les activités quotidiennes, et quand elle fait défaut, cela peut avoir des conséquences graves (exemple : chutes, accidents). La **mise à jour des connaissances** est aussi impactée, ce qui entraîne une persévération [30].

La **flexibilité** est également altérée dans la capacité à passer d'un comportement ou d'un geste à un autre [30]. Pour ce qui est de la **planification**, la personne âgée éprouve des difficultés à organiser des actions afin d'atteindre un but [30].

B. Au niveau psychomoteur :

1. La relation au corps :

Les **changements physiques** modifient le **schéma corporel** et l'**image** que la personne a de son corps. L'image corporelle, d'après Juhel [47], « *fait référence aux perceptions et aux sentiments qu'éprouve une personne face à l'image de son corps. L'estime de soi est étroitement liée à tous les aspects de l'image de soi.* » [p.20]. L'image corporelle est donc remaniée par tous ces changements progressifs et impacte l'estime de soi de la personne. L'utilisation d'une aide palliative matérielle pour la marche a également un impact sur l'image de soi et ses déplacements.

Tout cela n'entraîne pas nécessairement de dépendance et chaque personne évolue à son propre rythme. Quand il y a une pathologie qui se développe, ces changements sont encore plus importants, plus nombreux et parfois plus rapides. Simone de Beauvoir dit que *« la vieillesse n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches que certains dégringolent plus vite que d'autres »*.

a. La posture :

Le **polygone de sustentation** de la personne âgée s'élargit. Le polygone de sustentation est la *« surface virtuelle comprise entre les points d'appui des deux pieds, pendant la station debout, à l'intérieur de laquelle doit se projeter le centre de gravité du corps pour qu'il n'y ait pas déséquilibre et chute »* [29]. La personne âgée ainsi besoin d'agrandir ce polygone pour maintenir sa stabilité. La personne âgée est plus facilement déséquilibrée et réagit moins vite et parfois de façon moins adaptée pour se rééquilibrer. Il y a donc des **risques de chutes**.

L'**équilibre** est ce qui permet à l'individu de tenir debout en maintenant une posture statique ou dynamique. L'**équilibration** est un phénomène de l'ordre du réflexe, très peu conscient, qui nous permet de lutter contre la pesanteur et de tenir assis et debout. Elle résulte d'une intégration complexe d'informations provenant des systèmes sensoriels. Avec l'avancée en âge, l'intégration de ces informations ne se fait plus aussi bien, comme nous l'avons vu. De plus, au niveau postural la lordose lombaire s'atténue, ce qui amène le dos à s'enrouler. Pour compenser ce déséquilibre vers l'avant, la personne âgée plie les genoux.

b. La locomotion :

La perte d'équilibre, même légère, a des répercussions sur les déplacements et la motricité de la personne âgée. La personne âgée a une marche plus lente et moins sûre, qui lui demande plus d'attention [2]. Du fait des altérations cognitives que nous avons évoquées, la **capacité d'adaptation de la vitesse et de la direction du déplacement** devient plus difficile, de même que, le franchissement d'obstacle. Tout cela impacte les déplacements de la personne et l'investissement de son environnement.

c. Les coordinations :

Chez la personne âgée, les coordinations (capacité à effectuer plusieurs mouvements [2]) sont **moins efficaces**. Il est observé une lenteur, une imprécision, une amplitude moins importante, un manque de fluidité de certains mouvements automatiques ou volontaires. La dégradation des coordinations peut avoir un impact sur l'investissement et l'exploration de l'espace de préhension de la personne âgée.

2. La relation à l'environnement :

a. L'investissement et l'orientation dans l'espace :

Les capacités d'orientation dans l'espace sont impactées par l'**altération des fonctions sensorielles** que nous avons évoquées. En effet, cette altération peut avoir des répercussions au niveau du **contrôle postural**, des capacités d'**orientatio**n **spatiale**, de l'**investissement de l'espace**, des **déplacements**. Ainsi, La personne âgée investit moins l'espace environnant et réduit sa superficie de déplacements, elle privilégie les lieux habituels et évite les nouveaux endroits [47].

Les modifications de la vue et l'altération des perceptions tactiles font la personne âgée perçoit moins bien les obstacles et les **risques de chutes** sont augmentés [2]. En effet, l'altération des récepteurs au niveau de la plante des pieds entraîne une mauvaise perception du relief et de la consistance du sol, ce qui affecte l'équilibre et la coordination Les conséquences du déclin auditif sont observables dans l'**orientation** et la **localisation d'un son** dans l'espace et dans la **discrimination auditive** permettant l'anticiper des déplacements [55]. Un retentissement au niveau du repérage des dangers est observable, de même pour la diminution de la discrimination olfactive.

La diminution de la discrimination proprioceptive peut être à l'origine de **risques de chutes** et de **difficultés d'orientation spatio-corporelle**, comme orienter son geste de manière adaptée, bien poser son pied au sol, orienter correctement sa main pour attraper un objet. En effet, elle entraîne une diminution *« de la discrimination et la perception du corps dans l'espace. »* [55, p.65]. De plus, l'altération du système vestibulaire est à l'origine de **difficultés dans les changements de postures** et des **troubles de l'équilibre** [2], notamment lors des transferts, entre le lit et le fauteuil par exemple.

Albaret et Aubert [2] expliquent que *« L'orientation spatiale est sensible au vieillissement aussi bien dans l'orientation droite-gauche que dans l'utilisation de la rotation mentale »* [p.36]. La perte des notions spatiales est souvent la conséquence d'un **trouble du schéma corporel**, qui est lui aussi impacté dans le vieillissement [47]. Comme nous l'avons vu, les repères spatiaux sont d'abord expérimentés et acquis sur le corps puis projetés sur l'espace, ce qui explique le lien entre l'altération du schéma corporel et les difficultés d'orientation spatiale.

b. Le rapport au temps et l'orientation temporelle :

Le **rythme veille-sommeil** est modifié. Le sommeil est plus léger, la personne âgée peut se réveiller plus souvent et éprouve plus de difficultés à se rendormir. Le besoin de sommeil décroît avec l'âge mais la personne âgée éprouve souvent le besoin de faire une sieste dans l'après-midi. Le rythme et la temporalité de la journée sont donc impactés par ces changements.

Juhel [47] développe l'idée qu'en vieillissant, la personne vit de plus en plus le temps de manière subjective, c'est-à-dire qu'elle appréhende le temps qui passe selon sa perception, ses ressentis. Il y a une **ambivalence**, en effet, la personne âgée peut parfois trouver que le temps passe plus vite que quand elle était jeune car ses capacités physiques et motrices diminuent et ce qu'elle fait lui prend de plus en plus de temps ; ou au contraire trouver que le temps ne passe pas vite parce qu'elle s'ennuie, se sent seule, n'a pas d'occupation qui lui plait. L'orientation dans le temps requière de plus en plus le recours aux outils de mesure objectifs (horloge, calendrier) et avec l'altération des capacités mnésiques, cela devient compliqué.

Dans le fait de vieillir, chaque seconde un peu plus, il y a la question de la **fin de la vie** qui est présente. En effet, chaque instant qui passe nous rapproche un peu plus de la mort. A partir d'un certain âge, la marque du temps commence à être visible et vieillir nous fait prendre conscience que nous ne sommes pas éternels.

Nous allons à présent aborder la désorientation spatio-temporelle au cours du vieillissement dans un contexte pathologique.

Les vieux

Les vieux ne parlent plus ou alors seulement parfois du bout des yeux
Même riches ils sont pauvres, ils n'ont plus d'illusions et n'ont qu'un cœur pour deux
Chez eux ça sent le thym, le propre, la lavande et le verbe d'antan
Que l'on vive à Paris on vit tous en province quand on vit trop longtemps
Est-ce d'avoir trop ri que leur voix se lézarde quand ils parlent d'hier
Et d'avoir trop pleuré que des larmes encore leur perlent aux paupières
Et s'ils tremblent un peu est-ce de voir vieillir la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, qui dit : je vous attends

Les vieux ne rêvent plus, leurs livres s'ensommeillent, leurs pianos sont fermés
Le petit chat est mort, le muscat du dimanche ne les fait plus chanter
Les vieux ne bougent plus leurs gestes ont trop de rides leur monde est trop petit
Du lit à la fenêtre, puis du lit au fauteuil et puis du lit au lit
Et s'ils sortent encore bras dessus bras dessous tout habillés de raide
C'est pour suivre au soleil l'enterrement d'un plus vieux, l'enterrement d'une plus laide
Et le temps d'un sanglot, oublier toute une heure la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, et puis qui les attend

Les vieux ne meurent pas, ils s'endorment un jour et dorment trop longtemps
Ils se tiennent par la main, ils ont peur de se perdre et se perdent pourtant
Et l'autre reste là, le meilleur ou le pire, le doux ou le sévère
Cela n'importe pas, celui des deux qui reste se retrouve en enfer
Vous le verrez peut-être, vous la verrez parfois en pluie et en chagrin
Traverser le présent en s'excusant déjà de n'être pas plus loin
Et fuir devant vous une dernière fois la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, qui leur dit : je t'attends
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non et puis qui nous attend

Jacques Brel

Ce poème de Jacques Brel est un texte qui me touche beaucoup par sa simplicité et sa justesse dans l'évocation de la vieillesse. L'horloge nous rappelle à chaque fin de strophe que le temps passe, le couple perd ses amis, puis un conjoint disparait. Les habitudes persistent, mais les gestes et les déplacements se réduisent.

CHAPITRE 2 : La désorientation spatio-temporelle et ses manifestations dans la maladie d'Alzheimer

Certaines pathologies du vieillissement peuvent être à l'origine d'une difficulté d'orientation dans le temps et l'espace. J'ai choisi de développer les démences car la désorientation spatio-temporelle est fréquente et que les populations observées dans mes différents lieux de stage en étaient atteintes.

I. Qu'est-ce que les démences ?

A. Définitions :

D'après le CNRTL [29], le terme ''démence'' signifie « aliénation mentale », c'est un terme qui vient du latin et signifie « esprit, intelligence » associé préfixe privatif « de ». Etymologiquement démence est donc synonyme de folie, de perte d'esprit.

Le syndrome démentiel est une **maladie neurodégénérative**, c'est-à-dire qui touche le système nerveux et entraîne la mort des cellules nerveuses et qui est progressive. Longtemps, la démence a été considérée comme un trouble psychiatrique avec des pertes de contact, des délires et des hallucinations. C'est une maladie neurologique depuis la fin des années 1990.

B. Critères diagnostic :

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders version 5 (DSM-5) [14] de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) décrit et classifie les troubles mentaux. Il désigne le syndrome démentiel sous le terme de *« trouble neurocognitif majeur et léger »* (annexe 4). Le **trouble neurocognitif majeur** est caractérisé par un **déclin cognitif important**. C'est le retentissant sur l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne qui définit si le trouble est majeur (retentissement significatif) ou mineur (pas de retentissement).

La démence se caractérise par l'**altération durable** (depuis au moins six mois) d'une ou plusieurs **fonctions cognitives** (mémoire, attention, langage, calcul, gnosies, praxies, raisonnement, jugement, …) et/ou **comportementales** (personnalité, affects, humeur, …) [14, 15, 34]. L'impact de ces altérations est suffisant pour entraîner une altération de l'autonomie et des activités dans la vie quotidienne.

Que le trouble neurocognitif soit majeur ou mineur, il faut spécifier à quelle maladie neurodégénérative il est dû et si des perturbations du comportement sont présentent [14]. Dans le cas d'un trouble neurocognitif majeur, il est également nécessaire de spécifier la sévérité des troubles en fonction des difficultés rencontrées par la personne dans les activités de la vie quotidienne.

C. Différents types de démences :

1. Les démences corticales :

Les **démences corticales** correspondent à une atteinte du cortex cérébral. Elles sont caractérisées par un syndrome associant une **aphasie** (altération du langage), une **apraxie** (trouble de la réalisation du geste), une **agnosie** (incapacité à reconnaître un objet par exemple) et des **troubles mnésiques** [3 ; 11]. On retrouve une **altération du langage** (oral et écrit), **de l'attention partagée**, **des processus d'inhibition** (fonctions exécutives), **des habiletés visuo-spatiales**. Dans les démences corticales, on retrouve la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, la démence fronto-temporale.

2. Les démences sous-corticales :

Les **démences sous-corticales** sont dues à une atteinte des structures cérébrales situées sous le cortex. Elles se caractérisent par un **ralentissement des fonctions mentales et du cours de la pensée** et des **troubles de l'attention, du caractère et de la personnalité** [3 ; 11]. On peut retrouver une **altération de l'élocution, des habiletés sociales, de la mémoire** et une **altération majeure des fonctions exécutives**. La maladie de Huntington, la maladie de Parkinson, la démence à corps de Lewy sont des démences sous-corticales.

D. La maladie d'Alzheimer :

1. Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ?

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [36], la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont la quatrième cause de mortalité en France et concernent plus de 850 000 personnes. Ce sont surtout des personnes de plus de 75 ans, cependant environ 35 000 personnes de moins de 65 ans sont également concernées.

La maladie d'Alzheimer a été identifiée et décrite par Aloïs Alzheimer en 1906. Elle est la cause la plus fréquente de démence. Cette pathologie s'exprime par un **déclin progressif** de la **mémoire** et des **fonctions cognitives** conduisant à une **perte progressive d'autonomie**, et par la survenue de **troubles émotionnels et comportementaux**. Les causes ne sont pas identifiées et les signes cliniques sont observables au niveau neurologique, cognitif, psychomoteur, comportemental.

La maladie d'Alzheimer est un **processus dégénératif hétérogène**, c'est-à-dire qui ne touche pas l'ensemble des fonctions cognitives, et dont l'expression et l'évolution est variable pour chaque malade. L'hétérogénéité de cette pathologie se retrouve dans les grandes fonctions cognitives mais aussi au sein d'une fonction.

La maladie d'Alzheimer a un **début insidieux** et qui **affecte** notamment **la mémoire**, **l'orientation spatio-temporelle**, **le langage**, **le fonctionnement visuo-spatial** et **les praxies** [11]. De plus, elle a des répercussions sur les capacités à comprendre, penser, mémoriser, communiquer, prendre des décisions [47].

Pour Pellissier [58], les troubles cognitifs importants peuvent amener une **hypersensibilité aux stimuli sensoriels** venant de l'environnement. De ce fait, beaucoup d'informations sensorielles tactiles, visuelles, auditives, peuvent perturber la personne âgée présentant une maladie d'Alzheimer et elle peut réagir en exprimant de l'anxiété, de l'angoisse, des cris, des conduites de retrait, par exemple.

2. Les critères diagnostic :

Le DSM-5 [14] parle de *« trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer »* [p.721] (critères diagnostic annexe 5). Les critères du trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis. Le début de la pathologie est insidieux et l'évolution des symptômes est progressive. Le trouble neurocognitif léger dû à la maladie d'Alzheimer est caractérisé par des **troubles mnésiques et de l'apprentissage**. Pour le trouble majeur, un autre domaine doit être impacté.

3. La démence mixte :

La HAS [40] indique que la démence mixte correspond à **l'association entre des lésions vasculaires cérébrales et des lésions dégénératives de type Alzheimer**. Elle explique la démence mixte est fréquente et que *« les deux processus pathologiques doivent être pris en charge »* [p.14].

Selon le DSM-5 [14], il s'agit d'une comorbidité entre le trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer et le trouble neurocognitif vasculaire. Les critères diagnostic de ces deux troubles neurocognitifs doivent donc être remplis. Dans le trouble neurocognitif vasculaire majeur ou léger (critères diagnostic annexe 6), les déficits cognitifs surviennent après un ou plusieurs Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)[2]. L'attention complexe, la vitesse de traitement et les fonctions exécutives sont altérées.

Comme nous l'avons vu avec Camicioli [11], une des manifestations importantes de la maladie d'Alzheimer est la désorientation dans le temps et l'espace et les troubles au niveau du comportement qui peuvent en découler. Nous allons maintenant aborder plus précisément les impacts et manifestations de cette pathologie.

[2] Accident neurologique localisé causé par une lésion vasculaire cérébrale.

Alzheimer[3]

Qu'as-tu vieux paysan ?
Fuis-tu la vie ?
La vie te fuit-elle ?
Tes regards fixent avec frayeur les objets...
tes pantoufles t'intriguent.
Je t'aime, mais tu ne me connais pas...
On est obligé de te rappeler qui je suis et quel est mon nom.

À quoi penses-tu, grand homme de la nature, toi qui longe les barres tendues
le long des couloirs des hôpitaux
Ta vie est clôturée par des murs hauts.
Et cette infirmière qui te prend pour son gosse !
Montre-lui, grand-père, que tu ne maîtrises plus tes faits et gestes.
Montre-lui, quand même, tes savoirs et tes besoins d'espace.

Pourquoi éprouves-tu ce sentiment de fuite où que tu sois ?
As-tu peur des hommes ?
Voudrais-tu fuir la réalité de ce monde ?
Que caches-tu, vieil homme, derrière ce masque de l'oubli ?
Tu reconnais ton copain de classe et tu ne me reconnais pas
Moi, ta petite-fille qui t'aime tant ?
Tant de maladies détruisent les plus intelligents des hommes.
Oh, grand-père,
Quelle ânerie cette maladie !

Séverine, 15 ans.

[3] http://papidoc.chic-cm.fr/13poemes1.html

II. Quels sont les répercussions de la maladie d'Alzheimer sur les prérequis à l'orientation spatio-temporelle ?

Comme pour le cas de la personne âgée n'ayant pas de pathologie particulière, nous allons maintenant développer les répercussions de la maladie d'Alzheimer sur les prérequis à l'orientation spatio-temporelle et sur le fonctionnement psychomoteur. Comme nous l'avons vu précédemment, le vieillissement physiologique a un impact sur l'orientation spatiale et si une démence se met en place cet impact et d'autant plus important.

A. Au niveau cérébral :

D'après Croisile [15] les fonctions cognitives et comportementales, que nous développerons, sont spécifiquement touchées dans la maladie d'Alzheimer. Les neurones moteurs et sensoriels, eux, sont souvent plus épargnés.

La maladie d'Alzheimer est due à des anomalies de protéines cérébrales. A l'examen du cerveau d'un patient décédé de cette maladie, on retrouve entre les neurones des plaques dites séniles, constituées de dépôts de protéine entourés de débris de neurones [15]. La substance de ces protéines altère leur fonctionnement des neurones et leur architecture. Sur le plan anatomique, on retrouve au niveau du cerveau une diminution du poids du cerveau et une atrophie du cortex, surtout au niveau des lobes temporal, pariétal, frontal et dans les régions hippocampiques (annexe 7) [15].

1. Les hippocampes :

Les hippocampes sont les premières structures cérébrales touchées dans la maladie d'Alzheimer [15 ; 21]. Les dysfonctionnements de l'hippocampe ont pour conséquences des **difficultés à reconnaître** les visages, les objets et les endroits connus, à faire de nouveaux apprentissages, **à mémoriser de nouvelles informations** et la personne âgée devient de plus en plus méfiante, irritable, anxieuse ou dépressive [47].

2. Le lobe occipital :

Du fait de son rôle, lorsque le lobe occipital dysfonctionne, on observe des **difficultés à évaluer les distances et profondeurs**, à **se représenter son schéma corporel** et à comprendre la gestualité de l'autre.

3. Le lobe pariétal :

Le dysfonctionnement du lobe pariétal entraîne des **difficultés** au niveau de **l'intégration et le traitement** des **informations tactiles, visuo-spatiales et auditives**, l'organisation gestuelle et **l'orientation dans l'espace**. La personne perd facilement son chemin et elle peut avoir des difficultés à comprendre un discours oral et à trouver des solutions devant des problèmes simples de la vie quotidienne [47].

4. Le lobe temporal :

Compte tenu de son rôle, le dysfonctionnement du lobe temporal entraîne des **difficultés dans la mémoire à court terme** (se rappeler ce que l'on a fait quelques heures auparavant, où l'on a rangé quelque chose) et des altérations dans les aptitudes de vocabulaire, selon Juhel [47].

5. Le lobe frontal :

Etant donné que le rôle du lobe frontal, Juhel explique que les conséquences d'un dysfonctionnement sont des **troubles du comportement** [47] que nous détaillerons plus tard et l'altération du **traitement de l'information temporelle** [61].

B. Les troubles mnésiques :

La maladie d'Alzheimer est caractérisée par des **troubles mnésiques sévères et précoces**. En effet, un déficit du stockage à court terme des informations de façon systématique est observé [17]. Cela a été mis en évidence au niveau du stockage des informations verbales, visuelles et spatiales.

1. La mémoire à court terme :

a. L'oubli à mesure :

Comme nous l'avons évoqué, avec l'altération des hippocampes la mémoire à court terme est touchée [47]. Ainsi, la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer éprouve des **difficultés à mémoriser de nouvelles informations**, les événements récents, ce qu'elle vient de faire, qui elle vient de voir, la date, l'heure, … [24].

Mme P[4] ne sait pas où elle est ni pourquoi, ce qu'elle verbalise par moments. De plus, elle peut me ''rencontrer'' plusieurs fois dans l'après-midi, parfois dans un intervalle de temps assez court. Les émotions associées à ces ''rencontres'' sont positives.

Pellissier [58] explique que ces troubles de la mémorisation sont de plus en plus importants et fréquents au cours de l'évolution de la pathologie. Ils sont à l'origine de malentendus, d'anxiété et de situations difficiles pour la personne malade. En effet, elle peut croire et dire qu'elle a déjà effectué une tâche, demander plusieurs fois de suite une information, l'heure qu'il est, l'heure d'une activité précise. Si l'événement attendu est source d'anxiété pour cette personne, la demande de l'heure sera d'autant plus fréquente et l'apaisement compliqué.

Quand l'heure du goûter approche, les personnes accueillies à l'accueil de jour demandent régulièrement quand est-ce qu'elles vont partir, combien de temps il reste avant qu'on ne vienne les chercher. C'est une attente source d'anxiété, qu'il est difficile d'apaiser. La demande est récurrente et il est parfois difficile de changer de sujet.

[4] Rencontrée en accueil de jour, âgée de 83 ans et ayant une démence mixte (Alzheimer et vasculaire).

Cette amnésie est due à un défaut d'encodage des informations ainsi qu'à un déficit du stockage **à court terme** et de la récupération des informations verbales, visuelles et spatiales de façon **systématique** [3 ; 22]. Gil [21] parle d'*« amnésie par déficit de stockage des souvenirs ».*

b. La mémoire de travail :

La mémoire de travail est impactée dans la maladie d'Alzheimer mais de façon inconstante [3]. Cette altération entraîne des **difficultés importantes dans les situations de double tâche**. Selon Pellissier [58], les troubles de la mémoire de travail **empêchent de conserver suffisamment longtemps une information**, un projet, une idée en tête, ce qui est à l'origine d'une mise en difficulté. En effet, la personne est dans l'impossibilité d'aller au bout d'un calcul, d'un raisonnement, de comprendre ce qu'elle lit, de finir un mouvement ou une action, de se souvenir pourquoi elle est allée dans cette pièce, ce qu'elle voulait faire, ce que l'on lui a dit.

Alors qu'elle colorie un mandala, Mme P me demande régulièrement ce qu'elle doit faire maintenant, où elle doit colorier. Elle nécessite un accompagnement ponctuel durant toute la durée de l'activité.

c. L'anosognosie :

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent très souvent une **anosognosie**, c'est-à-dire une absence de conscience de ses troubles. Cela s'explique par le déficit de mémoire immédiate qui fait qu'elles ne se souviennent pas qu'elles ont eu des difficultés à s'orienter dans leur environnement, à réaliser des tâches, à s'exprimer.

M P[5] se plaint souvent de ne pouvoir sortir et de son retrait de permis. Il n'a pas conscience de l'endroit où il se trouve, pourquoi il y est.

2. La mémoire à long terme :

a. La mémoire épisodique autobiographique :

Les troubles de la mémoire épisodique autobiographique apparaissent très tôt selon Eustache et al. [dans 3]. La personne âgée malade d'Alzheimer a des **difficultés à évoquer des souvenirs passés** de sa vie. Gil [21] dit que l'altération de cette mémoire *« ampute […] le sujet de son histoire »* [p.49]. La mémoire autobiographique est touchée de façon temporelle. En effet, d'après Pellissier [58] **les souvenirs récents qui y sont stockés sont plus fragiles que les souvenirs anciens**. Au cours de l'évolution de la pathologie, les repères chronologiques se fragilisent et la personne peut confondre les époques, les lieux, les personnes.

Mme P évoque ses parents et grands-parents au présent, elle parle d'eux comme s'ils étaient encore en vie et vivaient avec elle. Les émotions associées à ces propos sont positives.

La faculté à mettre en place un encodage élaboré de l'information, c'est-à-dire en lien avec le contexte spatio-temporel, est altérée. La personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer n'est donc **pas en capacité de se servir du contexte spatio-temporel d'encodage pour se rappeler quelque chose**. L'oubli des informations est accéléré et la récupération altérée par des **stratégies inefficaces** [17].

[5] Rencontré en UHR, âgé de 79 ans et ayant une démence de type Alzheimer.

b. L'amnésie rétrograde :

L'amnésie rétrograde correspond à une **altération ou à un oubli des souvenirs autobiographiques** [58]. Gil [21] précise qu'elle est due à un **déficit de stockage des informations**. Cette amnésie se fait du présent vers le passé, dans le sens inverse de la chronologie de la vie, les souvenirs récents étant plus fragiles. Progressivement la mémoire autobiographique de la personne âgée remonte le temps. La personne parle souvent de son enfance et parfois, pour les femmes, peut ne pas s'identifier à son nom d'épouse, qui est plus récent dans la chronologie de sa vie que son nom de jeune fille.

Mme P s'identifie plus facilement lorsqu'on s'adresse à elle si on utilise son prénom plutôt que son nom d'épouse, qui est plus récent dans la chronologie de sa vie.

Mme L[6] ne s'identifie que si l'on s'adresse à elle en utilisant son nom de jeune fille. Les soignants s'adaptent à cela et s'adressent à elle de cette manière.

c. L'amnésie antérograde :

Pour Pellissier [58], l'amnésie antérograde est due à une **altération de la mémoire autobiographique prospective**. Ainsi la personne âgée éprouve des difficultés, voire une incapacité, à **se souvenir d'événements prévus** dans l'avenir, de ce qu'elle doit faire plus tard, le jour suivant, dans une semaine. Elle ne parvient plus à se projeter dans l'avenir. Il précise que quand elle n'est pas compensée par une aide matérielle, cette amnésie est handicapante pour la personne âgée car elle fragilise ses fonctions exécutives.

Je vois Mme L toutes les semaines en séance individuelle. La séance est programmée régulièrement et 'à chaque fin de séance je lui explique que nous nous revoyons la semaine suivante. Cependant, quand je vais à sa rencontre, elle ne se souvient pas que nous devions nous voir mais accepte toujours la séance.

d. La mémoire sémantique :

La mémoire sémantique est elle aussi perturbée très tôt dans la maladie d'Alzheimer [3]. Pellissier [58] précise que c'est la mémoire la plus fragile et qu'elle est **vulnérable à la fatigue, au stress et à l'anxiété**. Les informations stockées dans la mémoire sémantique sont plus solides si elles sont liées à des émotions, des sensations, touchent des personnes familières, sont reliées à un sens, un lieu [58].

La personne malade peut ne pas reconnaître en photographie ou en réalité un objet qui lui est étranger mais identifier correctement le même objet si c'est le sien ou si elle est dans la pièce, le contexte où elle l'utilise habituellement. L'environnement guide implicitement la personne sur le nom et la fonction d'un objet.

Lors de la passation d'un bilan cognitif, la SIB (développée plus tard), Mme L a des difficultés à mimer le geste de boire avec une tasse en plastique car nous sommes dans un bureau en situation de bilan. Quand nous mettons de l'eau dans la tasse, elle peut effectuer le geste.

[6] Hébergée en Unité Protégée âgée de 84 ans et ayant une démence de type Alzheimer au stade léger.

Les troubles de la mémoire sémantique se manifestent dans le langage spontané avec notamment le **manque du mot**. Les épreuves de dénomination peuvent mettre en évidence ce manque du mot qui peut être compensé dans le quotidien. Nous aborderons un peu plus en détail les altérations du langage dans les troubles de la communication.

Mme A[7] présente des difficultés dans la dénomination des parties du corps lors d'un bilan, elle ne trouve pas ses mots. Lorsqu'il lui est demandé de désigner les parties du corps, elle ne présente pas de difficulté particulière.

Gil [21] indique que **la mémoire sémantique autobiographique est moins sensible** à la pathologie que la mémoire épisodique autobiographique. Ainsi une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer peut avoir la capacité de donner son nom, son prénom, le métier qu'elle exerçait sans pour autant être capable d'évoquer des souvenirs de son enfance, de son métier.

Mme L me peut dire quel était son métier (couturière) mais ne peut pas évoquer des souvenirs qui y sont liés. En effet, elle ne peut répondre à mes questions quand je l'interroge sur les vêtements qu'elle fabriquait, le lieu où elle exerçait.

e. La mémoire procédurale :

Pour ce qui est de la mémoire implicite, la mémoire procédurale **semble conservée**. En effet, selon Collette et al. [dans 17], *« L'acquisition de nouvelles habiletés perceptivo-motrices reste possible »* [p.110], de même que leur rétention dans la mémoire procédurale selon Eustache et al. [dans 3]. Cependant, pour Amieva et al. [3], les troubles de la mémoire de travail, interfèrent dans les premières phases de l'apprentissage, avant l'automatisation.

Les **habiletés perceptivo-motrices** acquises depuis longtemps semblent résistantes aux troubles cognitifs [3]. Ainsi, comme pour le vieillissement physiologique, la personne âgée peut continuer à jouer d'un instrument de musique ou faire une autre activité complexe qu'elle a appris quand elle était plus jeune.

Nous avons vu avec Croisile [15] que les neurones moteurs sont plus épargnés par la pathologie. En effet, Pellissier [58] indique que c'est une mémoire **plus solide** que les autres mais **très dépendante de l'usage** dans le syndrome démentiel, d'où l'importance de la participation de la personne âgée aux actes de la vie quotidienne (toilette, repas, déplacements) et du soutien de l'entourage.

Mme P essuie la vaisselle tous les jours efficacement et avec dextérité, elle semble le faire avec des gestes automatisés. Elle ne nécessite pas de stimulation ni d'accompagnement, ce qui n'est pas le cas lors d'autres activités qui lui sont proposées, comme faire des pompons avec de la laine.

f. La mémoire sensorielle :

Bien que la perception et l'intégration sensorielles soient altérées avec le vieillissement, la mémoire sensorielle est **relativement préservée**. Cela peut s'expliquer par le fait que, comme pour la mémoire procédurale, les neurones et sensoriels sont moins concernés par la dégénérescence que les autres [15]. Nous reverrons cela par la suite, quand nous parlerons des gnosies.

---

[7] Rencontrée en Unité de Soins Longue Durée et âgée de 97 ans.

C. Les troubles exécutifs :

Gil [dans 22] indique que l'altération des fonctions exécutives se manifeste par *« une **désorganisation de la planification des actions** […] **des opérations mentales orientées** vers un but […] ainsi que par une **altération de la flexibilité mentale** »* [p.170]. L'altération de la flexibilité mentale peut être à l'origine d'une persévération dans une tâche alors que la consigne a changé par exemple.

Lors d'une activité motrice, Mme L persévère dans un mouvement alors que nous avons changé d'exercice. Il est nécessaire que je lui rappelle la consigne et fasse une démonstration pour qu'elle adapte son geste.

Pellissier [58] indique que l'altération de la mémoire autobiographique prospective fragilise les fonctions exécutives comme les capacités à **prévoir**, **organiser**, **planifier** les actions à effectuer et à **ajuster** en permanence leur déroulement en fonction de l'environnement. Cela peut être à l'origine d'une dépendance de la personne âgée vis-à-vis de son entourage car elle sait ce qu'elle souhaite, ce qui est important pour elle mais elle est de moins en moins en capacité d'organiser son temps et de planifier ses actions pour qu'elles répondent à ses valeurs et à ses désirs. Pellissier précise qu'il est donc important de connaître les valeurs, les goûts et les désirs de la personne pour y répondre de la meilleure manière possible.

Mme V[8] éprouve des difficultés pour planifier un geste comme se saisir d'un objet, une action comme s'asseoir, lancer ou attraper un ballon. Elle nécessite un accompagnement séquencé des étapes à effectuer pour réaliser le geste. La démonstration n'a pas d'effet sur la planification.

D. Les troubles attentionnels :

Selon Collette et al. [dans 17], il est noté dans la maladie d'Alzheimer la présence de déficits de processus attentionnels comme l'alerte, l'attention sélective, la vigilance, l'attention divisée. Tous ces processus ne semblent pas être affectés de la même manière et ni au même moment de la maladie. Une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer réagit moins rapidement aux informations qui viennent de son environnement.

Si l'**attention soutenue** semble conservée, l'**attention sélective** est touchée dans les capacités de désengagement et de réorientation de l'attention [17]. Pellissier [58] précise que l'attention sélective est aussi impactée dans la capacité à faire abstraction des informations de l'environnement qui peuvent nous perturber. La personne âgée présentant une démence de type Alzheimer est sensible aux interférences. Bherer [dans 17] explique que l'altération de l'attention sélective peut être à l'origine d'une altération de l'**attention spatiale**, c'est-à-dire de difficultés à investir l'espace suffisamment pour avoir accès aux informations de l'environnement.

Mme P est distraite par ce qu'il se passe autour d'elle, les personnes qu'elle passer à l'extérieur. Elle éprouve des difficultés à maintenir son attention sur une tâche en cours, comme le coloriage d'un mandala.

Lorsqu'il se déplace, pour aller aux toilettes par exemple, M B[9] n'est pas attentif aux informations de l'environnement pour s'y rendre et nécessite un accompagnement.

[8] Rencontrée en accueil de jour, âgée de 80 ans et ayant une démence de type Alzheimer et un syndrome dépressif.

E. Les troubles de la communication :

Pellissier [58] indique les **facultés linguistiques diminuent**. En effet, la personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer éprouve des difficultés à communiquer ce qu'elle pense et ressent et à comprendre le sens de ce que l'on lui dit. Ces déficits au niveau du langage peuvent apparaître très tôt dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Ils sont en grande partie dus à une **dégradation des représentations sémantiques** selon Collette et al. [dans 17] qui entraîne une baisse de performance dans les épreuves *« de dénomination d'images, de catégorisation sémantique et d'amorçage sémantique »* [p.114]. Ces difficultés s'amplifient avec la progression de la maladie.

Du fait de ces difficultés au niveau du langage, la personne malade d'Alzheimer a tendance à peu parler, rester en retrait, engager moins souvent la conversation. Certaines de s'exprime plus oralement, ou s'expriment par des stéréotypies verbales.

1. Alexithymie :

Gil [dans 22] explique que la personne âgée ayant une maladie d'Alzheimer peut présenter une alexithymie, c'est-à-dire des **difficultés à verbaliser et décrire ses émotions**. La personne éprouve ainsi des difficultés à mettre des mots sur ses ressentis, ses émotions.

Mme L peut rarement expliciter ce qu'elle ressent. Quand je lui pose la question, elle dit que son bras est plus lourd, « moins bien » que l'autre. Elle peut cependant se saisir des propositions de terme que je lui fais pour caractériser ses ressentis.

Mme M[10] peut difficilement exprimer verbalement ses ressentis et ses émotions. Elle dit plutôt qu'elle se sent calme, tranquille.

2. Dysphasie :

Le discours spontané est de moins en moins compréhensible du fait d'une dysphasie. La dysphasie est un *« trouble du langage consistant en une mauvaise coordination des mots, en raison d'une lésion cérébrale »* [29]. De plus, l'utilisation de **termes indéfinis**, de **paraphasies phonémiques** (transformation par substitution, omission, ajout ou transposition d'un ou plusieurs phonèmes) **ou verbales** (substitution d'un mot par un autre du même champ lexical) complique la compréhension. Au fil du temps, la communication orale est impactée par de nombreuses **incohérences**.

Mme T[11] substitue certains mots par d'autres ce qui rend son discours difficilement compréhensible. Les gestes qu'elle y associe aident à la compréhension et elle comprend ce que nous lui disons.

---

[9] Rencontré en accueil de jour, âgé de 87 ans et atteint d'une démence de type Alzheimer.
[10] Hébergée en Unité d'Hébergement Renforcé, âgée de 94 ans et ayant une démence de type Alzheimer stade avancé.
[11] Rencontrée en Unité d'Hébergement Renforcé, âgée de 73 ans et ayant une démence de type Alzheimer stade avancé.

3. Manque du mot et manque de vocabulaire :

Les difficultés initiales de production du langage sont mises en évidence par un **manque du mot**, dû à des troubles de la mémoire sémantique [17]. Le langage oral est altéré dans sa **qualité** mais aussi dans sa **quantité** selon Gil [21]. Ainsi la personne a tendance à utiliser des **mots généraux** plutôt que des mots précis pour s'exprimer.

En séance individuelle de rééducation, lors d'un automassage avec une balle, Mme L éprouve des difficultés à nommer la partie du corps sur laquelle la balle se trouve, aussi bien sur elle que sur moi qui effectue les mêmes mouvements.

Mme V utilise des mots généraux pour s'exprimer, elle dit ''fruit'' à la place de ''pomme'' ou ''poire''. Elle éprouve également des difficultés à nommer des objets.

4. Langue maternelle :

De plus, à un stade avancé de la maladie, chez les personnes bilingues, la langue maternelle peut être **utilisée spontanément** car elle est **plus ancienne** dans l'histoire de la personne, dans ses apprentissages et il y a aussi un **aspect émotionnel**. Ce sont des personnes qui peuvent ainsi être plus réceptive à leur langue maternelle.

Mme M parle spontanément en espagnol et comprend plus ou moins le français. Bien que je ne comprenne pas tout ce qu'elle dit en espagnol, des incohérences et des paraphasies semblent être présentes dans son discours.

Mme N[12] parle en espagnol essentiellement quand elle est anxieuse et agitée, elle n'est cependant pas plus réceptive à l'espagnol qu'au français quand j'essaie de reformuler ce qu'elle me dit et de l'apaiser.

5. Langage écrit :

Au niveau du langage écrit, des difficultés s'expriment rapidement par une **agraphie** (difficulté ou impossibilité à exprimer ses idées et sentiments par des mots écrits) et une **alexie** (incapacité à lire et de comprendre ce qui est écrit), d'après Gil [21] et Collette et al. [dans 17].

Mme V n'arrive pas à lire un texte, elle ne parvient pas à savoir par où commencer à lire. Elle ne parvient pas à se saisir de ma guidance, qu'elle soit verbale et physique.

Mme P lit un texte mais ne comprend pas ce qui est écrit. Elle ne peut pas extraire des informations du texte pour les réutiliser. Quand je lis le texte, elle comprend mais ne parvient pas à faire un résumé du fait d'un défaut de mémoire de travail.

Mme L rencontre des difficultés pour exécuter une consigne écrite, lors de la passation de la SIB. Quand la consigne est orale, elle l'exécute sans problème.

[12] Rencontrée en Unité d'Hébergement Renforcé, âgée de 92 ans et ayant une démence de type Alzheimer.

6. Stéréotypies verbales :

Les stéréotypies verbales sont des *« paroles répété[e]s de façon mécanique, sans participation de la volonté, et inadapté[e]s à la situation. »* [44]. Ce sont des productions verbales qui **n'ont pas fonction de communication**. Les **écholalies**, **répétitions de sons ou de mots produits**, créent une résonnance interne et font consister le volume du corps.

Mme E[13] produit des écholalies de mots non identifiables en continu. Cela ne semble pas avoir vocation de communication, mais être plus lié à une anxiété généralisée. Ces productions verbales ne diminuent ou s'arrêtent que lors des repas ou d'un accompagnement individuel avec du toucher thérapeutique.

F. Les troubles praxiques :

Dans la maladie d'Alzheimer, il a aussi été observé des troubles praxiques. Pour Albaret et Aubert [2], cette altération des praxies dans la maladie d'Alzheimer est progressive.

1. Apraxie constructive :

L'apraxie constructive, qui correspond à la **difficulté à définir les relations des objets entre eux dans l'espace** et à **reproduire un dessin** ou une forme géométrique, est la plus précoce [2 ; 3]. Albaret et Aubert [2] indiquent que cependant, sur le plan visuospatial, l'orientation droite-gauche est en partie préservée.

Lors de la passation du MMSE, Mme L éprouve des difficultés à reproduire des formes géométriques. Les proportions et l'organisation spatiale des deux figures sont incorrectes.

2. Apraxie idéomotrice :

Albaret et Aubert parlent ensuite d'apraxie idéomotrice, c'est-à-dire un **déficit de la sélection des éléments qui constituent un mouvement**. Cette apraxie est à l'origine de difficultés à réaliser des gestes sur demande, alors que la personne peut les effectuer spontanément, et elle conduit à des **erreurs temporelles et spatiales dans le mouvement** [3] et également à des **difficultés d'exécution de gestes expressifs** (envoyer un baiser, dire au revoir) [21].

Lors du repas, M B rencontre des difficultés dans la préhension et l'utilisation de ses couverts, il ne semble pas savoir comment les prendre dans sa main. Quand nous lui mettons le couvert dans la main, il exécute le geste avec quelques difficultés.

Mme M peine à mimer le geste de boire sur demande lors de la passation de la SIB, cependant elle réalise de geste spontanément lors du repas.

[13] Hébergée en Unité d'Hébergement Renforcé, âgée de 90 ans et ayant une démence de type Alzheimer stade avancé.

3. Apraxie idéatoire :

Est aussi observée une **apraxie idéatoire**, qui est l'atteinte de la représentation d'une action [2]. Cette apraxie conduit à des difficultés lors de la manipulation d'objets [3].

Il devient de plus en plus difficile pour Mme V de se servir de ses couverts. Elle exprime ne pas savoir ce qu'elle doit faire pour manger, comment exécuter les gestes. Elle peine également à organiser spatialement et temporellement son geste.

4. Apraxie de l'habillage :

Croisile [15] indique qu'une **apraxie de l'habillage** peut être observée au cours de l'évolution de la pathologie, avec notamment des perturbations dans l'orientation, l'ordre d'enfilage, la position des vêtements. Gil [21] explique à ce propos que l'action dans l'espace est aussi atteinte.

Mme V ne parvient pas à mettre son manteau seule, elle ne semble pas savoir comment l'enfiler. De plus, elle comprend difficilement les indications qui lui sont faites.

Pour Albaret et Aubert [2] les apraxies idéomotrice et idéatoire sont des signes de sévérité de la pathologie. Du fait de ces apraxies, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer donc rencontre des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne qui entravent son indépendance. Ces troubles praxiques sont variables en intensité ainsi que le délai d'apparition d'un malade à un autre.

G. Les troubles gnosiques :

1. L'agnosie :

Gil [21] explique qu'au cours de son développement, l'individu apprend à donner du sens et reconnaître les sensations qu'il reçoit, c'est ce que l'on appelle les gnosies. Les dysfonctionnements au niveau du lobe occipital font que les perceptions reçues ne prennent plus de sens pour la personne, on parle alors d'agnosie. L'agnosie est ainsi l'**incapacité à reconnaître, percevoir, se représenter un objet et ses caractéristiques à l'aide d'un des sens** alors que les caractéristiques sensibles de cet objet sont perçues, les fonctions sensorielles étant intactes. Une personne malade d'Alzheimer peut ainsi décrire un objet en s'appuyant sur un de ses sens mais ne pas parvenir à l'identifier. Elle rencontre donc des difficultés à reconnaître des images, des objets, des visages familiers, des lieux. L'agnosie peut être **visuelle, tactile et/ou auditive**. Juhel [47] explique que le dysfonctionnement des hippocampes (touchés très tôt dans la pathologie) peut être l'origine d'une agnosie.

Mme P ne se reconnaît pas tout de suite sur une photographie, mais après avoir identifié certains éléments, comme ses vêtements, elle parvient à la conclusion que c'est elle.

En animation chants à l'accueil de jour, les personnes âgées retrouvent spontanément les paroles mais ne sont pas toutes en mesure de dire le titre de la chanson ou son interprète. Un indiçage leur permet de retrouver ces informations.

Croisile [15] explique que la personne ayant la maladie d'Alzheimer éprouve parfois de grandes difficultés à voir plusieurs objets simultanément et les cherche alors par tâtonnements. L'exploration visuelle de l'espace est donc entravée et compensée par une exploration tactile moins efficace.

Le trouble de l'identification des objets amène des **difficultés à se repérer et à investir l'espace environnant**. Pellissier [58] indique que les objets familiers sont mémorisés dans la mémoire sensorielle et que la personne âgée en a une reconnaissance instinctive. Elle ne peut ainsi pas forcément les identifier explicitement mais sait instinctivement à quoi ils servent. On peut ici voir l'importance des objets familiers, toujours rangés aux mêmes endroits pour que la personne puisse continuer à évoluer et agir dans son environnement.

Mme M ne parvient pas à nommer explicitement les couverts, cependant elle a la capacité de les utiliser lors du repas.

Pellissier [58] explique que l'agnosie est en lien avec les difficultés d'orientation dans le temps et l'espace. Il indique qu'il existe une hétérogénéité dans les aspects concernés, le retentissement, l'évolution et la temporalité de ces troubles.

2. La prosopagnosie :

Pellissier [58] et Gil [21] parlent de **prosopagnosie**, qui est l'incapacité à identifier et reconnaître les personnes que l'on a déjà vues ou que l'on connaît. La prosopagnosie augmente progressivement au cours de l'évolution de la pathologie et peut rendre difficile voire impossible, à la personne malade, l'association entre le visage de la personne en face d'elle et les souvenirs, les expériences qui lui sont associés en mémoire. De plus, Pellissier explique que le malade identifiera moins facilement les personnes qu'il n'aura vu qu'une seule fois ou alors que ses facultés de mémorisation sont altérées.

Ce phénomène peut être à l'origine d'un sentiment d'étrangeté, de menace pour la personne âgée. La personne rencontrée n'est pas mémorisée cognitivement, mais il peut cependant y avoir une **mémorisation affective**. En effet, Pellissier [58] indique qu'une empreinte affective qui permet de mémoriser inconsciemment la personne du fait de l'affectivité qui lui est rattachée. Cette empreinte affective permet à la personne âgée de sentir un lien affectif avec la personne en face d'elle, même si elle n'a pas la capacité de l'identifier explicitement. Un parent ou un soignant peut ainsi avoir un effet apaisant sur la personne âgée même s'il n'y a pas de reconnaissance visible, explicite. Entre en jeu une reconnaissance affective impossible à expliciter.

Il en est de même pour des émotions plus négatives. En effet, Gil [dans 22] explique que le contexte émotionnellement désagréable d'un événement peut faire que la personne, même si elle ne se souvient pas de l'individu concerné ni de l'événement, peut éprouver un mal-être en se retrouvant face à ce même individu plus tard. Cette mémoire affective est donc implicite. Gil [dans 22] évoque la madeleine de Proust, qui fait appel à la mémoire sensorielle comme nous l'avons vu, et qui fonctionne de la même manière. Il peut être intéressant de travailler avec les personnes âgées sur la stimulation de la mémoire sensorielle.

Mme M semble me reconnaitre quand je vais à sa rencontre, elle m'apostrophe, me sourit, s'adresse à moi. Parfois elle me demande de m'assoir à côté d'elle.

Mme L, que je vois en séance individuelle chaque semaine, me salue de loin et m'accueille en souriant quand je m'approche d'elle. Cependant elle n'est pas en mesure de m'identifier explicitement (mon prénom ou ma fonction). A un autre moment, Mme L me dit au revoir, ainsi qu'à une résidente qu'elle embrasse et nomme « grand-mère », elle nous dit qu'il faut qu'elle s'en aille. Elle sait qu'elle a l'habitude de nous voir mais ne nous identifie pas ou pas correctement.

Quand je lui dis bonjour en arrivant à l'accueil de jour chaque semaine, Mme P me redemande mon prénom, pourquoi je suis là. Elle ne souvient pas de moi explicitement, cependant elle dit m'avoir déjà vu quelque part ou que je lui rappelle quelqu'un.

3. L'autoprosopagnosie :

Pellissier [58] évoque également l'**autoprosopagnosie**, qui est un trouble de l'identification de son propre visage, et qui peut être observé au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Il identifie trois réactions de la personne âgée face à ce trouble : une absence de réaction, un dialogue avec le reflet et l'identification d'un étranger agressif ou qui s'est introduit chez elle. Gil [21] évoque également ce phénomène de non reconnaissance de son propre visage dans le miroir. Il identifie quant à lui deux autres réactions : la palpation de son propre visage par la personne âgée et une angoisse face à cet étranger en face.

Mme P voit son reflet dans la vitre quand elle est à table et pense que c'est une autre personne. Elle lui parle et nous informe de la présence de cette personne.

4. L'agnosie spatiale :

L'**agnosie spatiale** est précoce et secondaire à des lésions au niveau des hippocampes [21]. Ainsi la personne âgée atteinte de cette pathologie peut ne plus identifier les lieux près de chez elle, les meubles familiers de son domicile, et donc n'arrive plus à se repérer dans cet environnement qui lui est perpétuellement étranger. Nous allons détailler cela juste après.

Pour Juhel [47], le **schéma corporel** chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer peut être à l'origine de difficultés dans la motricité, dans la relation, dans la perception et l'orientation et d'impossibilités à organiser un geste cohérent dans l'espace, notamment. Les lésions cérébrales empêchent la personne âgée d'établir un lien entre les sensations ressenties et l'image corporelle. La personne âgée malade d'Alzheimer *« éprouve une difficulté à avoir une représentation mentale de l'image de son corps »*. [p.21]. Or nous avons vu que le corps est un référentiel important dans l'orientation spatio-temporelle.

Nous allons à présent développer la désorientation spatio-temporelle à proprement parler dans la maladie d'Alzheimer et ses manifestations.

III. La désorientation spatio-temporelle et la maladie d'Alzheimer :

La désorientation spatio-temporelle correspond à *« l'incapacité partielle ou totale à se repérer dans l'espace et le temps. »* [33]. La personne a des difficultés à se repérer dans le temps et l'espace et confond *« les espaces et les différents temps qui ont marqué sa vie »* [33].

Juhel [47] explique que l'organisation spatio-temporelle est altérée précocement dans la maladie d'Alzheimer. Ces difficultés d'orientation spatio-temporelle découlent des troubles de la mémoire dont souffre la personne ayant une maladie d'Alzheimer. Cette désorientation est progressive, de plus en plus importante au fur et à mesure que le temps passe et que la maladie évolue.

A. Qu'est-ce que la désorientation spatiale ?

La désorientation dans l'espace est le résultat de certaines maladies psychiatriques (psychose chronique) mais également de certaines affections neurologiques atteignant le système nerveux central, comme les démences et la maladie d'Alzheimer.

La désorganisation spatiale est due en partie à l'**altération des fonctions sensorielles** et à la **diminution de la vitesse et de la flexibilité d'intégration des informations spatiales** de l'environnement. L'**altération des capacités de mémorisation et de rappel** entraîne des difficultés à se situer, se repérer, se déplacer et agir dans l'environnement. La désorientation spatiale peut aussi être due à une **agnosie spatiale**.

Juhel [47] indique qu'au début de la maladie d'Alzheimer, la personne rencontre des difficultés à s'orienter à l'extérieur, sur des trajets connus. Progressivement ces difficultés atteignent l'espace proche et la personne malade d'Alzheimer a des difficultés à s'orienter dans son domicile.

1. Des désorientations spatiales ?

Gil [28] différencie les **troubles de la perception de l'espace** et les **troubles de la mémorisation et de la manipulation des données spatiales et topographiques**.

Mias [25] distingue deux types de désorientation spatiale :

- Le fait de **ne pas être orienté dans l'espace**, c'est-à-dire de ne pas savoir dans quel lieu on se trouve.
- Le fait de **ne pas être capable de s'orienter dans l'espace**, c'est-à-dire dans l'environnement proche, d'utiliser des repères spatiaux pour se déplacer d'un endroit à un autre.

Ainsi une personne peut être incapable de savoir dans quel lieu, dans quelle ville elle se trouve mais avoir la capacité de s'orienter dans ce lieu. En effet, Pellissier [58] indique que l'*« on peut être désorienté tout en étant capable de s'orienter »* [p.41]. Pour lui, cette capacité d'orientation est très dépendante de la capacité de l'entourage et de l'environnement à fournir des éléments familiers, des indices, des soutiens.

Mme M n'a pas la capacité de dire dans quelle ville, lieu elle se trouve. Cependant, lors d'un trajet elle peut suivre des indications de type droite/gauche pour se déplacer. Ses repères corporels droite-gauche semblent toujours efficaces.

2. Ne pas savoir dans quel lieu on se trouve :

Pellissier [58] explique que la **désorientation par défaut d'identification du lieu** où elle se trouve, peut favoriser chez la personne âgée désorientée des **conduites de recherche** du lieu où elle croit habiter, en lien avec ses souvenirs et les troubles de la mémoire. C'est ce qu'il appelle les conduites d'errances, que nous verrons plus tard.

Mme Z[14] est parfois à la recherche d'un lieu familier au sein de l'UHR, elle marche dans les couloirs et me dit chercher sa chambre. Cependant l'accompagner jusqu'à sa chambre dans le service ne résout rien.

3. Ne pas pouvoir s'orienter dans un lieu ou sur un plan :

Du fait des troubles mnésiques, la personne ayant la maladie d'Alzheimer peut se perdre sur des trajets familiers, ne pas avoir la capacité à utiliser les informations de l'environnement pour s'orienter et s'adapter à son environnement [22].

a. Agnosie topographique :

Gil [28] explique que l'*« agnosie topographique ou agnosie des points de repères topographiques »* désigne une **impossibilité à prendre en compte les points de repères situés dans l'environnement pour s'y orienter**. Il explique que la mémoire topographique n'est pas altérée, c'est-à-dire que l'individu a la **capacité de décrire et dessiner des plans de lieux familiers**, comme son domicile, et des itinéraires familiers, mais il est **incapable de les reconnaître** quand il les voit en direct ou sur des photographies.

Ainsi la personne sait à quoi ressemble sa maison, ce qu'il y a sur la façade, elle peut la décrire et la dessiner. Cependant, en face de celle-ci, elle devra se raccrocher aux détails qu'elle connait (numéro, couleur de la porte, nom de la maison) et les assembler pour parvenir à l'identifier. Son cerveau n'est pas capable de faire le lien entre l'image et les connaissances liées à la maison. La personne présente donc des difficultés à s'orienter, aussi bien dans des lieux inconnus que dans des lieux connus.

b. Perception de l'espace :

Gil [21] parle de **trouble de la perception spatiale** qui entraîne des difficultés chez la personne âgée à faire le lien entre ce qu'elle voit et les données spatiales et topographiques qu'elle connait. Elle éprouve par exemple des difficultés à situer un objet dans l'espace.

Gil [28] explique que la **désorientation *« égocentrique »*** désigne des difficultés de la personne à localiser des objets dans l'espace par rapport à son propre corps. La reconnaissance de l'environnement est exacte mais les descriptions d'itinéraires sont pauvres en informations.

[14] Rencontrée en Unité d'Hébergement Renforcé, âgée de 79 ans et ayant une démence non étiquetée.

La *« **désorientation visuelle** »* fait que la personne n'a plus la capacité d'indiquer l'objet le plus loin ou le plus proche, le plus grand ou le plus petit, le plus à droite ou le plus à gauche, le plus long ou le plus court [28]. De plus, la personne a du mal à suivre un objet en mouvement, pointer du doigt vers un stimulus et indiquer les directions.

Mme L rencontre des difficultés pour déterminer la taille, l'éloignement et l'orientation d'objets les uns par rapport aux autres. Elle éprouve également des difficultés à la position des objets entre eux ou par rapport à elle, cependant elle peut désigner la droite et la gauche sur elle.

Mme V n'a plus la capacité d'indiquer la position de objets, des personnes dans l'espace par rapport à elle. Elle n'a plus de repères corporels à projeter sur l'espace.

c. Orientation sur un plan :

Gil [21] indique que l'altération de la mémoire des données spatiales et topographiques, peut amener à des **difficultés d'orientation spatiale**. En effet, l'altération de la mémoire topographique, peut être à l'origine de **difficultés, voire d'une incapacité, à s'orienter sur une carte**.

La **désorientation *« directionnelle »*** est due à une perturbation des représentations spatiales exocentriques [28]. Elle se caractérise par une **incapacité à déduire les informations de directions nécessaires** afin de définir un trajet à parcourir, alors que les points de repères de l'environnement sont reconnus.

Mme L reconnait les pièces de l'établissement (salon, salle à manger, salle d'activité), cependant elle éprouve des difficultés à expliquer comment se rendre dans un de ces endroits ou dans sa chambre.

Sur un plan du service, Mme Z n'a pas la capacité à s'orienter, c'est-à-dire indiquer l'emplacement de sa chambre, de la pièce où nous nous trouvons.

d. Orientation dans un lieu inconnu :

La ***désorientation « topographique antérograde »*** est définie par Gil [28] comme l'**incapacité d'apprendre à s'orienter dans des lieux inconnus.** L'orientation dans les lieux connus n'est pas concernée. Le sujet peut développer des conduites adaptatives pour pallier ses difficultés et s'aider des informations non topographiques disponibles dans son environnement pour s'y orienter (noms de rues, numéros de maisons, …).

Quand elle se retrouve dans un lieu inconnu, la personne malade d'Alzheimer éprouve des difficultés à analyser l'espace qui l'entoure et à s'y orienter [47]. Elle a du mal à s'adapter aux situations nouvelles et panique vite.

Lors d'une sortie avec l'accueil de jour dans l'EHPAD à côté pour une animation, certaines personnes manifestent de l'anxiété face à cet environnement inhabituel et se rattachent à notre présence pour se rassurer.

B. Qu'est-ce que la désorientation temporelle ?

L'altération des capacités de mémorisation et de rappels est à l'origine de difficultés à se situer, se repérer, dans le temps. Comme la personne oublie et est moins sensible à son environnement, elle a des difficultés à se situer dans le temps de la journée, des saisons, de l'année. De plus, les troubles mnésiques peuvent faire que la personne se pense dans un autre temps, un temps de sa vie passée.

Gil [dans 22] explique que la gestion du temps, l'organisation d'une journée par exemple, dépend de la mémoire et des fonctions exécutives et qu'elle devient compliquée.

1. Se situer dans le temps chronologique :

Pellissier [58] explique que se situer dans le temps chronologique, c'est-à-dire l'année, la saison, le mois, le jour du mois et de la semaine, est un savoir très fragile qui peut être vite oublié quand il n'est pas utile. Il donne l'exemple des vacances durant lesquelles il n'y a plus le travail ou les activités habituelles pour rythmer la semaine et nous pouvons ne pas savoir nous situer dans la semaine parce que nous n'en avons plus besoin, le rythme de vie change.

Pellissier [58] ajoute que se situer dans son temps chronologique, c'est-à-dire dans sa propre histoire de vie, les événements vécus, fait appel à des facultés cognitives solides. Cela explique pour lui que les souvenirs reviennent avec des sons, des odeurs, des images, des saveurs. A une plus grande échelle, il dit que se situer dans l'histoire de vie, les événements, le présent du monde, de la société n'apparaît à la conscience que quand elle se perd, c'est quand on commence à dire « de mon temps », « quand j'étais jeune ».

2. Mesurer le temps qui passe :

Pellissier [58] évoque la capacité à se situer dans la durée, à mesurer le temps qui passe, c'est-à-dire la faculté de mesure interne de la durée qui permet d'avoir une idée du temps passé depuis un événement, que le temps annoncé est presque écoulé. Gil [dans 22] explique que cette capacité est altérée du fait des troubles de la mémoire épisodique autobiographique. Pellissier indique que cela impacte les repères temporels de la personne, est source d'anxiété, de surprise, d'agitation, de demandes répétées pour se resituer dans le temps.

Mme Z éprouve des difficultés à déduire le temps qu'il reste avant le repas en fonction de l'heure indiquée par l'horloge ou sa montre.

Les personnes accueillies à l'accueil de jour ont des difficultés à se rattacher à l'environnement pour déterminer l'heure qu'il est, combien de temps il reste avant le départ et posent souvent la question. Cette difficulté à mesurer le temps qui passe est source d'anxiété pour elles.

3. Orientation dans une temporalité passée :

Gil [dans 22] explique que le fait que la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer verbalise devoir partir ou souhaite partir témoigne de la construction de projets à réaliser dans le futur, à partir d'actions réalisées ou à réaliser dans le passé. Ce projet n'est pas en cohérence avec la mémoire du passé, qui est altérée. L'action et le projet sont corrects, seule la temporalité n'est pas la bonne. Cela est en lien avec l'amnésie rétrograde qui fait que la personne âgée est orientée dans une temporalité et, parfois aussi, une spatialité passées. L'orientation dans une spatialité passée est en lien avec un défaut d'identification de l'environnement mais également une désorientation temporelle.

M B se croit à la ferme, il fait les gestes qui ont été son quotidien pendant longtemps comme jeter des graines aux poules ou semer du blé.

Comme nous l'avons avec Pellissier [58] l'amnésie rétrograde fait que les souvenirs du passé de la vie de la personne sont plus présents. Ces souvenirs peuvent être aussi bien apaisants, qu'angoissants ou source de confusion à l'origine de souffrance et de mal-être. Ils peuvent aussi empêcher la personne de vivre au présent. Ainsi une personne peut revivre des souvenirs de son passé, parfois heureux mais parfois particulièrement marquants ou douloureux (guerre, décès), qui resurgissent dans sa mémoire. Pellissier indique que s'il s'agit de « rêveries voyageuses » cela ne pose pas de problème. En revanche, si ces souvenirs sont source de confusion et de mal-être, il est important d'essayer de questionner la personne sur cette période de sa vie et de la réorienter progressivement vers le présent pour éviter les risques d'angoisse et de panique.

M B semble parfois revivre la guerre d'Algérie. Il évoque des événements marquants, décrits des situations vécues, qui sont sources de mal-être pour lui.

Pellissier [58] cite Geneau et Taillefer qui parlent de *« plongeon rétrograde »* [p.64] pour désigner le phénomène où la personne vit mentalement une période de son passé et peut souhaiter réaliser des activités qu'elle accomplissait régulièrement à cette époque, comme aller travailler, aller chercher ses enfants à l'école, préparer le repas.

Mme L me dit au revoir, ainsi qu'à une résidente qu'elle embrasse et nomme « grand-mère », elle nous dit qu'il faut qu'elle aille chercher ses enfants à l'école, qu'ils l'attendent. Elle est paisible et nous explique cela calmement. Très vite, elle croise une autre résidente et parle d'autre chose.

Mme M est bilingue, de langue maternelle espagnole, et elle s'exprime essentiellement en espagnol ce qui pose parfois problème aux soignants qui ne parlent pas cette langue. J'ai pu discuter avec elle en espagnol et elle m'a parlé de sa famille, de l'Espagne, de sa jeunesse.

C. Les troubles psycho-comportementaux : manifestation de la désorientation spatio-temporelle :

1. Qu'est-ce que les troubles psycho-comportementaux ?

Le CNRTL [29] définit un comportement comme la *« manière d'être ou d'agir d'une personne »*. Les troubles psycho-comportementaux peuvent être définis comme *« des conduites et des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations. »* [31]. Ces troubles sont avant tout une **manière d'exprimer quelque chose**, ils ont un **sens** et une **cause**. En effet, Morandi [56] explique que *« Toute attitude peut être un moyen de s'exprimer, de communiquer pour attirer l'attention sur un désir, un besoin, un inconfort. »* [p.32].

Dans la mesure 16 du **plan Alzheimer et maladies apparentées** (2008-2012) [35], il est indiqué que *« Au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer apparaissent des symptômes psychologiques et comportementaux ou troubles du comportement. […] Ces troubles sont très importants dans la maladie d'Alzheimer par leur retentissement sur les personnes et leur entourage. »* [p.43].

Pellissier [58] indique que les troubles psycho-comportementaux regroupent des **troubles de la perception, de l'humeur, du contenu de la pensée et du comportement**. Croisile [15] explique qu'on peut distinguer deux profils de malades d'Alzheimer : certains repliés sur eux-mêmes, sans initiatives, indifférents à ce qui les entoure, et d'autres agités, agressifs. En effet, deux types de troubles psycho-comportementaux peuvent être distingués [31] : les *« **troubles négatifs ou déficitaires** »* et les *« **troubles positifs ou productifs** »*.

Le **stress** est un mécanisme de survie, inévitable et nécessaire. Cependant, s'il est trop intense ou trop fréquent, il devient néfaste pour l'organisme. L'adaptation à tous les changements liés au vieillissement peut être source de stress, de même que la désorientation spatio-temporelle. L'anxiété, l'inquiétude, l'indécision, l'agitation, la tendance à l'isolement notamment sont des symptômes de stress.

Ces troubles peuvent survenir à la suite de **difficultés d'expression et de compréhension**, de **frustration**, de **difficultés d'orientation dans le temps et l'espace**, notamment. Progressivement les troubles du comportement s'accentuent, gagnant en fréquence et en intensité et sont de moins en moins tolérés par l'entourage, qu'il soit familial ou institutionnel. Ces troubles peuvent être situationnels, variables suivant les périodes, et peuvent être à l'origine d'une institutionnalisation.

a. Les troubles psycho-comportementaux déficitaires :

Ce sont l'**apathie**, l'**indifférence** (à soi et à l'environnement), la **dépression**, l'**émoussement affectif**, le **désintérêt**, la **réduction des initiatives**, l'**indécision**, le **ralentissement**, la **perte du plaisir** à réaliser des activités de loisir [31 ; 58].

Mme V présente de grandes difficultés à faire des choix, elle dit que cela n'a pas d'importance ou que c'est à nous de choisir. Il est difficile de trouver des activités lors desquelles elle éprouve du plaisir et quand elle fait quelque chose, elle se lasse très vite en disant qu'elle en a assez fait.

Mme P a besoin de réassurance fréquente quand elle fait une activité. Elle doute, vérifie constamment qu'elle fait ce qu'on attend d'elle.

b. Les troubles psycho-comportementaux productifs :

Ce correspond à l'**irritabilité**, l'**opposition**, l'**anxiété**, l'**angoisse**, l'i**nstabilité de l'humeur**, l'**agitation**, l'**agressivité**, les **cris**, les **hallucinations**, les **idées délirantes**, la **désinhibition**, les **comportements moteurs aberrants** [38 ; 58]. Au cours de l'évolution de la maladie, irritabilité, agressivité, opposition et colère peuvent devenir plus importantes en intensité et en fréquence, que ce soit par le langage ou les gestes. Poirier [dans 22], explique que la majorité de ces comportements peuvent survenir dans des moments d'inconfort, d'angoisse, d'émotion, d'incompréhension et de difficulté, voire d'une incapacité, à s'orienter spatialement et temporellement.

2. L'émoussement affectif et l'apathie :

Comme nous l'avons dit, l'émoussement affectif et l'apathie sont des troubles psycho-comportementaux déficitaires. L'émoussement affectif correspond à une **diminution de l'intensité des ressentis émotionnels**. L'apathie se manifeste par une **diminution de l'énergie** (fatigue), un **manque d'envie**, une **indifférence à l'environnement**. Pellissier [58] indique qu'il est difficile de distinguer apathie et découragement. Il ajoute que si l'absence de réaction comportementale et émotionnelle est observable pour des deux troubles, ce n'est pas pour autant que la personne ne ressent pas d'émotions.

Mme V est indifférente aux propositions que nous pouvons lui faire, aucune ne semble lui convenir. Elle nous dit qu'elle l'a ''assez fait dans sa vie'', que ce n'est pas pour elle, qu'elle ne va pas y arriver. La réassurance et les encouragements ont un effet éphémère.

Pellissier [58] cite plusieurs passages de Guy de Maupassant dans *Le Horla* qui, je trouve, illustrent bien les manifestations de la démence. L'extrait qui suit illustre ce manque de volonté et de force. *« Quand on est atteint par certaines maladies, tous les ressorts de l'être physique semblent brisés, toutes les énergies anéanties, tous les muscles relâchés, les os devenus mous comme la chair et la chair liquide comme de l'eau. J'éprouve cela dans mon être moral d'une façon étrange et désolante. Je n'ai plus aucune force, aucun courage, aucune domination sur moi, aucun pouvoir même de mettre en mouvement ma volonté. »* [p.112].

3. La peur, l'anxiété et l'angoisse :

a. La peur :

Pellissier [58] explique que la peur, de l'inquiétude simple à l'angoisse, porte sur *« **un objet ou une situation objectivement inquiétante** »* [p.106], comme par exemple un animal sauvage ou une fusillade. Il différencie la peur de la phobie, qui elle, porte sur un objet qui *« ne serait pas en lui-même objectivement dangereux »* [p.106], comme les souris par exemple. Pellissier [58] explique que des peurs peuvent survenir en cas de troubles de l'identification comme les agnosies que nous avons développées et notamment l'autoprosopagnosie.

Les personnes accueillies à l'accueil de jour demandent régulièrement quand leur famille va venir les chercher, à quelle heure elles vont partir. Certaines verbalisent la peur qu'on les oublie, que leurs proches ne sachent pas où ils sont.

b. L'anxiété :

L'anxiété est une *« **vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement** »* [44]. Pellissier [58] explique que l'anxiété porte *« moins sur une situation ou un objet particulier que sur une **sensation de menace imprécise**. »* [p.106] Il indique qu'il est compliqué de distinguer peur et anxiété car beaucoup de peurs peuvent conduire à une forme d'anxiété permanente.

Mme N est agitée et parle beaucoup en espagnol (sa langue maternelle). Les soignants ont beaucoup de mal à la rassurer car ils ne comprennent pas ce qu'elle dit et Mme N n'est pas réceptive à la réassurance. L'échange est difficile, elle attend une réponse à ce qu'elle dit mais ne semble pas comprendre ce que je lui dis, que ce soit en français ou en espagnol. Elle est très anxieuse.

Pellissier [58] se questionne sur la barrière entre **anxiété normale et anxiété pathologique**. Selon lui, l'anxiété devient pathologique quand elle *« survient devant une menace non ''objective ou qu'elle est ''disproportionnée'' par rapport à la réalité de la menace'' »* [p.109]. Il pose alors la question de ce qu'est une menace objective, *« où commence la disproportion des sentiments, l'excessivité des soucis ? »* [p.109]. Il conclue ce questionnement en indiquant que *« Parce que les souffrances, liées à la perte, à une maladie, à la mort qui approche, sont là, bien réelles pour tout le monde à un moment ou à un autre […] il n'est peut-être pas plus normal de les surmonter que de ne pas y arriver. »*

Gil [21] évoque les épisodes anxieux chez la personne âgée désorientée. Cette anxiété peut être due à la **recherche d'un objet introuvable**, à des **difficultés à se faire comprendre et comprendre** l'autre, aux **troubles mnésiques** et aux **difficultés à se situer dans la durée** [21 ; 58].

Les personnes accueillies en accueil de jour ont des difficultés à mesurer le temps qu'il reste avant le goûter, le départ, en ayant recours à l'horloge. Cela est source d'anxiété pour elles, elles demandent régulièrement à quelle heure, dans combien de temps on vient les chercher.

L'extrait de *Le Horla* de Maupassant qui suit illustre bien l'anxiété [58]. *« Je suis malade, décidément ! […] J'ai de la fièvre, une fièvre atroce, ou plutôt un énervement fiévreux, qui rend mon âme aussi souffrante que mon corps ! J'ai sans cesse cette sensation affreuse d'un danger menaçant, cette appréhension d'un malheur qui vient ou de la mort qui approche, ce pressentiment qui est sans doute l'atteinte d'un mal encore inconnu, germant dans le sang et dans la chair. »* [p.108].

c. L'angoisse :

L'angoisse est une *« **inquiétude profonde, [une] peur intense, née d'un sentiment de menace imminente** et accompagnée de **symptômes neurovégétatifs** caractéristiques (spasmes, dyspnée, tachycardie, sudation, …) »* [44]. Croisile explique que l'**hypersensibilité aux stimuli sensoriels** et les **troubles gnosiques** peuvent être à l'origine d'angoisse car la personne n'arrive pas à identifier les objets, les personnes qui l'entourent [21 ; 58].

Mme G[15] ne reconnait pas la pièce dans laquelle elle se trouve, elle ne parvient pas à identifier les personnes qui l'entourent. Elle s'agite, regarde autour d'elle comme pour trouver quelque chose de connu auquel se raccrocher.

[15] Rencontrée en UHR, âgée de 93 ans et ayant une démence de type Alzheimer.

Mme M est souvent angoissée en fin de journée. Cette angoisse se manifeste par une agitation motrice et verbale et des pleurs. Elle évoque sa famille et parvient à s'apaiser quand je lui parle, essaie de verbaliser ce qu'elle exprime et quand j'établis un contact physique.

4. L'agitation :

La HAS [38] définit l'agitation comme un *« **comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié**. »* La **désorientation spatiale**, l'**agnosie**, les **difficultés à se situer dans la durée** peuvent être à l'origine d'agitation. L'agitation incessante peut être source de conflits et d'incompréhension de la part de l'entourage familial.

Par moments, M B est agité, il parle beaucoup sans que cela ne soit adressé à une personne en particulier. Cela qui est source d'incompréhension et d'évitement chez les autres personnes.

5. Les idées délirantes :

Les idées délirantes sont des *« **perceptions ou jugement erronés de la réalité**, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie. »* [38].

M B pense souvent que la personne assise à côté de lui est un de ses amis. Il lui parle, lui pose des questions. Il reste imperméable aux tentatives des soignantes pour lui expliquer la situation réelle. C'est assez perturbant pour son voisin de table.

6. Les hallucinations :

Les hallucinations sont des *« **perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir** »* [38]. Ce sont le plus souvent des hallucinations visuelles.

M B semble régulièrement avoir la sensation de tenir quelque chose dans sa main, ce qu'il exprime corporellement par ses gestes mais également verbalement. Cette sensation ne semble disparaître que lorsqu'il nous donne ce qu'il pense avoir dans la main. Il parle aussi de la ferme et dit voir des agriculteurs travaillant dans les champs, il leur parle.

7. L'opposition :

La HAS [38] indique que l'opposition est une *« **attitude verbale ou non verbale de refus** d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité. »* L'opposition peut se manifester en cas de troubles de l'identification du lieu, d'incompréhension de la situation ou de la proposition, de troubles de l'orientation dans le temps, notamment.

Mme V refuse certaines activités motrices et s'oppose verbalement quand elle ne comprend pas nos propositions. Quand nous reformulons et accompagnons nos propos de gestes et de démonstrations, elle accepte certaines activités.

Mme G refuse certaines propositions, ce qui semble être dû à un défaut d'identification du lieu. Ce que nous lui proposons n'a apparemment pas de sens pour elle.

8. L'agressivité :

L'agressivité est un *« **comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux** pour l'entourage et le patient »* [38]. Gil [21], explique que l'agressivité peut avoir pour facteur déclenchant l'**anxiété**, l'**incompréhension**, la **restriction de liberté**, la **frustration** face à un désir de sortir à l'extérieur. Au cours de l'évolution de la pathologie, l'altération croissante de la mémoire et du langage peut être à l'origine de frustration et d'irritabilité, notamment du fait des incompréhensions dans les relations.

Mme A est parfois agressive verbalement avec certains soignants qui ne font pas les choses telles qu'elle le souhaiterait ou quand il y a une incompréhension.

De plus, les **troubles gnosiques**, et notamment l'**anosognosie,** peuvent être à l'origine d'**incompréhension**, voire d'**agressivité**, de la part des personnes malades car elles ne comprennent pas pourquoi elles leur entourage ou les soignants veulent les accompagner pour accomplir certaines tâches, refusent qu'ils en fassent d'autres [15].

Mme N ne comprend pas pourquoi elle ne peut pas sortir de l'établissement seule, elle se met en colère et exprime son incompréhension face à la situation. Elle est peu sensible à l'intervention des soignants et ne s'apaise que lorsqu'on lui donne quelque chose à faire (mandala, pliage du linge, lecture).

9. Les comportements moteurs aberrants :

Les comportements moteurs aberrants sont des *« **activités répétitives et stéréotypées**, **sans but apparent ou dans un but inapproprié** : déambulations, gestes incessants, agrippement, … »* [38].

Mme S[16] fait le tour de l'UHR, elle marche vite, tout droit, n'adapte pas sa trajectoire quand elle croise quelqu'un. Par moments, elle s'assoit mais quelques minutes plus tard elle se lève et repart. Quand je la croise et que je la salue elle me répond mais ne s'arrête pas.

Mme E émet des stéréotypies verbales, bouge les chaises, se déplace dans l'UHR en continu. Ces comportements ne cessent que lors des repas et des propositions de toucher thérapeutique.

10. Les conduites d'errance :

Selon Pellissier [58] les conduites d'errance qui traduisent le fait que la personne est **perdue dans un espace inconnu**, **recherche un endroit connu, quelqu'un**, **oubli où elle voulait aller**. D'autre causes de cette errance peuvent être pour lui l'**anxiété**, l'**ennui**, le **besoin de bouger** parce que cela aide à penser ou au contraire à ne pas penser, l'habitude, ou alors parce que l'immobilité symbolise la mort.

[16] Rencontrée en UHR, âgée de 75 ans et ayant une démence de type Alzheimer.

Pellissier [58] parle de comportement d'errance et non de déambulation pour qualifier les comportements moteurs des personne âgées ayant la maladie d'Alzheimer ou une démence apparentée. Il explique que *« le mot '' déambuler '' indique une marche '' sans but précis '' et de nombreuses personnes '' déambulantes ''possèdent un but précis – mais souvent décalé par rapport à l'espace-temps présent, à leur capacité de s'en souvenir, de s'orienter, … »*

M P marche dans l'UHR et cherche à sortir car il ne devrait pas être ici, il doit rentrer chez lui. Quand je le questionne sur les raisons de son envie de partir, ses propos sont assez incohérents. Cependant, le questionner semble l'apaiser et il n'exprime plus ce besoin de partir par la suite.

Mme G se déplace dans l'UHR, elle va d'une pièce à une autre, me prend régulièrement par la main et m'emmène avec elle jusqu'à un espace salon à l'écart où nous nous asseyons.

11. Les troubles du rythme veille/sommeil :

Les personnes âgées désorientées dans le temps social, dans le temps chronologique et dans le temps de leur vie ne sont pas forcément désorientées dans le temps du quotidien, selon Pellissier [58]. En effet, elles peuvent pouvoir encore se situer dans le temps de la journée, l'alternance jour/nuit, d'autant plus si l'entourage s'adapte à leurs rythmes habituels.

Le cycle veille-sommeil est **perturbé** [47]. En effet, les malades d'Alzheimer, du fait des troubles mnésiques et d'orientation spatio-temporelle, ont tendance à se lever quand ils se réveillent dans la nuit et à déambuler car ils n'arrivent plus à s'orienter dans le temps et dans l'espace.

Juhel [47], cite Sophie Ethier qui explique que *« Les personnes ayant la maladie d'Alzheimer sont davantage désorientées à la tombée de la nuit. Comme elles ne reconnaissent plus leur environnement ni leur entourage, elles veulent très souvent rentrer chez elles. »* [p.102]. J'ai rencontré cela en stage et j'ai pu observer que selon les personnes, cette **désorientation liée à la tombée de la nuit** n'a pas le même retentissement psychologique et comportemental.

Mme L vient me dire aurevoir et embrasse une résidente à côté de laquelle je suis assise, elle nous explique qu'elle a été heureuse de nous voir mais qu'elle doit partir.

Mme M est régulièrement agitée et anxieuse à l'approche du soir, elle est très désorientée, évoque sa famille avec tristesse.

Dans Pellissier [58] cite Maupassant : *« A mesure qu'approche le soir, une inquiétude incompréhensible m'envahit, comme si la nuit cachait pour moi une menace terrible. Je dîne vite, puis j'essaie de lire ; mais je ne comprends pas les mots ; je distingue à peine les lettres. Je marche alors dans mon salon de long en large, sous l'oppression d'une crainte confuse et irrésistible, la crainte du sommeil et la crainte du lit. »* [p.110].

Selon la HAS [36, 37, 42] la psychomotricité fait partie des professions intervenant dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux chez la personne âgée ayant une maladie de type Alzheimer. Nous allons maintenant développer l'intervention psychomotrice auprès de ces personnes.

CHAPITRE 3 : L'apport de la psychomotricité

Dans ce dernier chapitre, nous allons développer l'intervention de la psychomotricité auprès des personnes âgées désorientées.

I. Mes lieux de stage, les populations rencontrées et mon rôle de stagiaire :

A. Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) :

Les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) sont des unités implantées au sein des Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Selon l'HAS [37], ce sont des unités de soins spécialisés qui accueillent quinze personnes atteintes de **maladie d'Alzheimer**, ne pouvant plus résider en EHPAD ou à domicile, en raison de la **sévérité des troubles cognitifs et/ou psycho-comportementaux**. Les UHR proposent un hébergement, des soins et des activités adaptés à cette population.

L'admission des personnes en UHR repose sur un diagnostic réalisé par le médecin de l'unité et l'équipe soignante sur la base de trois critères :

- Le diagnostic de la **maladie d'Alzheimer** ou d'une maladie apparentée.
- Des **troubles psycho-comportementaux sévères** qui altèrent la sécurité et à la qualité de vie du patient, des autres résidents, des soignants ou de l'entourage. Le score à l'Inventaire Neuropsychologique (NPI-ES) (annexe 8) est supérieur à 7 pour les symptômes « idées délirantes, hallucinations, agitation / agressivité, exaltation de l'humeur / euphorie, désinhibition, irritabilité, instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant ». L'agitation et l'agressivité sont également évaluées avec l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (annexe 9). Nous détaillerons ces deux échelles plus tard.
- Le patient doit être **mobile**, c'est-à-dire capable de se déplacer seul, y compris avec une aide matérielle.

L'environnement architectural de l'UHR est adapté aux personnes accueillies, notamment à la déambulation, et se différencie du reste de la structure. L'UHR bénéficie d'une salle d'activité, d'une cuisine thérapeutique, d'un espace de bien-être, de salons et d'espaces permettant la déambulation des personnes (couloirs équipés de main courante et jardin). L'accès est sécurisé par un digicode.

Sur mon lieu de stage, le personnel soignant de l'UHR est composé d'un médecin coordonnateur, un infirmier, deux aides-soignantes et un agent de service hospitalier. Une psychomotricienne, une ergothérapeute, une kinésithérapeute, un professeur d'Activité Physique Adaptée (APA) et une psychologue interviennent également.

L'équipe soignante construit un projet de soin adapté à la personne ainsi qu'un projet de vie personnalisé. L'ANSEM [43] indique que l'équipe soignante construit un projet personnalisé qui tient compte des habitudes de la personne concernant les temps et habitudes de repos, la toilette, les repas, les activités.

Les staffs hebdomadaires permettent de construire et de réévaluer régulièrement le projet de vie et de soins en équipe pluri disciplinaire. Les résidents accueillis bénéficient d'une évaluation et d'un suivi précis des troubles psycho-comportementaux.

L'ANSEM [43] indique que des activités sensorielles (que nous évoquerons par la suite), cognitives (ateliers autour de la mémoire, l'attention, la planification) et des activités sociales (cuisine thérapeutique, jardinage, jeux de société, intervention d'animaux) sont proposées. L'objectif de ces activités est d'apaiser les personnes en cas d'agitation ou d'anxiété, de favoriser l'interaction sociale et de maintenir les capacités cognitives.

B. Unité protégée (UP) :

Les Unités Protégées (UP) sont également implantées au sein des EHPAD. L'unité protégée (UP) accueille quinze personnes atteintes de la **maladie d'Alzheimer à un stade léger**, **sans troubles psycho-comportementaux**. Le **degré de dépendance** à l'entrée varie d'un **Groupe Iso Ressources** (GIR) de 1 (dépendance totale, mentale et corporelle) à 5 (dépendance légère). Le GIR se calcule à partie de la grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources (AGGIR) (annexe 10). Un item orientation dans le temps et l'espace est évalué. L'**indice de Karnofsky** (annexe 11), qui permet également d'évaluer le degré d'autonomie et de dépendance, est supérieur à 50 % (semi-autonomie, nécessité d'une aide suivie et de soins médicaux fréquents).

Le personnel soignant de l'UP dans laquelle je suis en stage est composé d'un médecin coordonnateur, un infirmier, deux aides-soignantes et d'une agent de service hospitalier. Une psychomotricienne, une ergothérapeute, une kinésithérapeute, un professeur d'activité physique adaptée et une psychologue interviennent également. L'accès est sécurisé par un digicode. Au niveau de l'organisation de l'espace, il y a une salle d'activité, une cuisine thérapeutique et deux espaces salon.

Un projet de vie personnalisé, tenant compte des habitudes de vie de la personne et de ses centres d'intérêt, est établi par l'équipe soignante et actualisé régulièrement. Les activités proposées sont en accord avec ces informations.

C. Unité de Soin Longue Durée (USLD) :

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont rattachées à des établissements hospitaliers. Elles accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une **aide importante en matière de soins ainsi que pour les gestes de la vie quotidienne**. La prise en charge médicale et les soins infirmiers sont plus importants qu'en EHPAD.

Sur mon lieu de stage, l'équipe soignante de l'USLD est composée d'un médecin coordonnateur, un infirmier, plusieurs aides-soignantes, une animatrice et d'agents de service hospitalier. Une psychomotricienne, un ergothérapeute, une kinésithérapeute et une psychologue interviennent également.

D. Accueil de jour :

L'accueil de jour est attaché à un EHPAD, mais dans un espace dédié. L'accueil de jour s'adresse aux personnes âgées atteintes de la **maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée** et aux personnes âgées en **perte d'autonomie physique**. Les personnes vivent chez elles et peuvent être accueillies une à plusieurs journées par semaine.

L'accueil de jour a pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel. Des activités variées sont mises en place pour favoriser les stimulations physiques, sensorielles et cognitives ainsi que des actions contribuant au bien-être. L'accueil de jour a également pour objectif de rompre l'isolement des personnes âgées et de permettre aux proches de dégager du temps pour leurs propres occupations.

Dans l'accueil de jour où je suis en stage, onze personnes âgées sont accueillies durant la semaine, entre un et cinq jours. Les soignants sont deux aides-soignantes et une psychomotricienne deux après-midi par semaine.

E. Mon rôle de stagiaire :

Au cours de mes deux stages à l'année dans ces différents services de gériatrie, j'ai rencontré une population variée de personnes âgées, ayant pour la plupart une démence de type Alzheimer, mais dont le stade de la pathologie et les manifestations étaient différentes.

J'ai pu proposer des activités groupales en co-animation et en autonomie sous forme de gym douce, groupe moteur, sorties en extérieur, atelier sensoriel, atelier cuisine thérapeutique. J'ai également pu participer et proposer des prises en charges individuelles de rééducation, stimulation psychomotrice, stimulation sensorielle, bain thérapeutique, toucher thérapeutique. J'ai participé à des repas thérapeutiques, au cours desquels j'ai pu observer que des personnes que l'on nous indiquait comme nécessitant une aide physique pour manger, pouvaient manger seules si nous les accompagnions dans leurs gestes ou les stimulions à manger. Le fait de manger avec les résidents introduit des échanges relationnels, et également une stimulation implicite par mimétisme de nos gestes.

Durant cette année, j'ai abordé le travail en équipe pluridisciplinaire. Avec mes maîtres de stage, nous avons proposé des activités variées, en co-animation avec l'animatrice, l'ergothérapeute, le professeur d'Activité Physique Adaptée.

Ces stages, notamment en UHR, m'ont également permis d'apprendre à entrer en relation et à apaiser des personnes ayant des troubles psycho-comportementaux. L'observation, l'écoute, l'empathie, la patience et une initiation à la validation de Naomi Feil m'ont aidé à m'adapter auprès de ces personnes ayant pour certaines des difficultés à communiquer et à exprimer ce qu'elles ressentent.

Durant cette année, j'ai eu l'occasion de faire passer des bilans psychomoteurs et cognitifs aux personnes âgées et de compléter les données objectives obtenues avec mes observations dans le quotidien des personnes. Ce que j'ai observé a confirmé que l'environnement et le contexte soutiennent implicitement l'action et le comportement de la personne.

II. L'évaluation de l'orientation spatio-temporelle et des troubles psycho-comportementaux :

A. Evaluation des fonctions cognitives :

1. Le MMSE :

Le **Minimum Mental State Examination** (MMSE) (annexe 12) est un outil d'évaluation global des fonctions cognitives, conçu pour un dépistage rapide des déficits cognitifs. Il explore l'orientation spatio-temporelle avec la date et le lieu (institution, ville, département, région), l'apprentissage, l'attention, le calcul, la mémoire, les praxies constructives, la compréhension orale et écrite, le langage écrit et les gnosies visuelles.

Le MMSE est constitué de trente questions, faisant appel à différentes fonctions cognitives et le score final est sur 30. Suivant le score final, une détérioration intellectuelle peut être mise en évidence : entre 15 et 21 la détérioration est mineure, entre 5 à 15 moyenne, et de 0 à 5 elle est sévère.

2. La SIB :

La **Severe Impairment Battery** (SIB) (annexe 13) est un outil de suivi des malades à un stade modérément sévère à sévère de la démence, elle est utilisée quand le score du MMSE est inférieur à 10 (détérioration intellectuelle sévère). C'est un test ciblé sur les capacités à leur bas niveau, qui comprend vingt-six items sous forme de questions et d'actions à réaliser.

La SIB explore les interactions sociales, la mémoire, l'orientation spatiale (ville), le langage, l'attention, les praxies, les gnosies visuelles, les capacités visuo-spatiales, la construction. Le score total maximum est de 50 points.

3. Limites :

Ce sont des tests qui renseignent sur le fonctionnement cognitif de la personne à un instant T, dans des conditions hors contexte. Or le contexte peut implicitement guider la personne dans le quotidien, notamment dans l'utilisation des couverts.

Mme L n'arrive pas à mimer l'utilisation d'une tasse sans et avec l'objet, lors de la passation de la SIB. Lorsque la tasse est devant elle et que nous lui demandons de nous montrer comment on s'en sert, elle nous explique qu'elle n'a pas soif. La psychomotricienne met alors de l'eau dans la tasse et Mme L la boit spontanément. De plus, lors des repas, elle ne présente pas de difficultés dans l'utilisation de ses couverts.

Lors de la passation de la SIB, Mme P éprouve des difficultés à nommer des couleurs (rouge, vert, bleu) et identifier un cube de couleur identique à celui désigné. Dans le cadre d'une activité groupale, Mme P désigne et nomme spontanément les couleurs de balles dont nous nous servons.

B. Evaluation du comportement :

1. Le NPI-ES :

L'Inventaire Neuro-Psychiatrique pour les Equipes Soignantes (NPI-ES) (annexe 8) est un inventaire qui permet aux **équipes soignantes** de recueillir des informations sur la présence de **troubles du comportement** chez des patients souffrant de démence. Dix domaines comportementaux et deux variables neurovégétatives (sommeil et appétit) sont pris en compte dans l'évaluation. Pour chaque item, on précise le comportement et on note la fréquence, la gravité pour le résident et le retentissement pour les autres résidents et l'équipe soignante en terme de temps et de charge de travail.

2. L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield :

L'échelle d'agitation de Cohen Mansfield (annexe 9) permet d'évaluer la fréquence de **comportements d'agitation physique et verbale, associée à de l'agressivité ou non**. La fréquence est cotée entre 0 et 7. Cette échelle permet d'évaluer l'état d'agitation. Plus le score est élevé, plus l'agitation est intense.

Ce sont deux questionnaires remplis par l'équipe soignante, ce qui est intéressant car chaque soignant a son propre regard sur le résident. Cela se fait à partir d'observations au quotidien, ce qui permet d'avoir une évaluation plus proche de la réalité du comportement du résident qu'une évaluation à un instant T. De plus le comportement du résident peut être très différent selon les jours, le moment de la journée et la personne qui est en face de lui.

Lors d'une réunion d'équipe hebdomadaire, les soignants utilisent le NPI-ES pour qualifier le comportement de M P. Cette évaluation fait suite à un changement dans son comportement, avec notamment l'apparition de quelques idées délirantes. Le NPI-ES leur permet d'identifier les troubles du comportement existants, de voir l'évolution du comportement de M P et d'accompagner M P au mieux dans son quotidien.

C. Observations psychomotrices :

L'orientation spatio-temporelle s'observe lors des bilans psychomoteurs plus classiques, comme l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP), dans les bilans cognitifs comme nous l'avons vu, mais également au quotidien. En effet, la façon dont une personne se déplace, utilise l'espace à sa disposition nous informe sur sa représentation et son investissement de l'espace. Avec l'évocation de souvenirs, le discours spontané donne des informations sur les capacités mnésiques, l'orientation temporelle. Le comportement de la personne renseigne sur son orientation spatio-temporelle : est-elle à la recherche d'un endroit particulier, familier ? Parvient-elle à s'orienter dans le lieu pour aller de sa chambre à la salle à manger ? A-t-elle envie de partir pour rentrer chez elle, aller s'occuper de ses enfants, retrouver ses parents ? Est-elle en capacité de suivre des indications de déplacement (droite/gauche, tout droit, devant/derrière) pour se rendre d'un endroit à un autre ?

Un sourire …[17]

***U**n sourire ne coûte rien et produit beaucoup*
Il enrichit ceux qui le reçoivent
Sans appauvrir ceux qui le donnent
Il ne dure qu'un instant
Mais son souvenir est parfois éternel
Personne n'est assez riche pour s'en passer
Personne n'est assez pauvre pour ne pas le mériter
Il crée le bonheur au foyer
Il est le signe sensible de l'amitié

***U**n sourire donne du repos à l'être fatigué*
Rend du courage au plus découragé
Il ne peut ni s'acheter, ni se prêter, ni se voler
Car c'est une chose qui n'a de valeur
Qu'à partir du moment où il se donne
Et si quelquefois vous rencontrez une personne
Qui ne sait plus avoir le sourire
Soyez généreuse, donnez-lui le vôtre
Car nul n'a autant besoin d'un sourire
Que celui qui ne peut en donner aux autres.

Auteur inconnu

Ecouter[18]

Ecouter est peut-être le plus beau cadeau que nous puissions faire à quelqu'un. D'une certaine façon, c'est lui dire : « Tu es important pour moi, tu es intéressant, je suis heureux que tu sois là. Je suis disponible à ta présence. Je me sens touché par ce que tu es, parce que tu dis. »

Jacques Salomé

[17] http://papidoc.chic-cm.fr/13poemes1.html
[18] https://www.psychologies.com/Moi/Moi-et-les-autres/Relationnel/Articles-et-Dossiers/Ecouter-l-art-de-se-mettre-en-veilleuse

III. La prise en charge en psychomotricité auprès de la personne âgée désorientée :

A. Recommandations officielles :

La HAS a publié des recommandations pour la prise en charge non médicamenteuse des personnes âgées ayant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée [42]. On retrouve notamment pour le psychomotricien une intervention pour la prise en charge de l'**anxiété** par des techniques de **relaxation**, **toucher thérapeutique**, **stimulation sensorielle** et la technique de la **validation de Naomi Feil** [42 ; 43].

La HAS a également publié les objectifs du psychomotricien pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée [39]. Il y a notamment la **facilitation du relâchement tonique et de l'apaisement émotionnel**, la **sollicitation des communications verbale et non verbale**, la **favorisation des interactions avec l'environnement**, de **l'investissement affectif des activités de la vie quotidienne** et la **diminution des troubles du comportement et de l'humeur**. Cela concerne le domicile mais ces objectifs et les outils utilisés par le psychomotricien sont semblables en institution.

B. Communiquer avec une personne âgée désorientée :

1. Entrer en relation :

Nous avons vu que la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparentée rencontre des difficultés dans la communication. Cela est dû à l'altération du langage, aux difficultés d'expression de ses ressentis et pensées, aux troubles de la mémoire et de l'attention et aux difficultés à comprendre le sens de ce que l'on lui dit. La HAS [41] indique que *« Améliorer la communication prévient les troubles du comportement ».*

Du fait de la prosopagnosie, qui peut être à l'origine d'un sentiment d'étrangeté et de menace pour la personne âgée, comme nous l'avons vu, Pellissier [58] indique qu'il est important de **se représenter à la personne** à chaque fois qu'on la rencontre afin de lui permettre de bien nous resituer.

Mias [24] explique que le **choix du moment** où nous allons solliciter la personne est important. Il précise que quand elle est reposée, la personne est plus réceptive à ce que nous lui disons et proposons. Ce n'est pas toujours possible en institution, du fait de l'organisation des prises en charge qui sont souvent programmées régulièrement.

Mme A ne se sent pas bien et ne souhaite pas venir avec nous pour la prise en charge prévue. Nous lui demandons ce qu'elle souhaite et lui proposons une sortie en extérieur et de l'écoute.

Mme L verbalise sa fatigue et son manque d'envie, elle ne souhaite pas participer à l'activité que nous lui proposons. Nous essayons de savoir si une autre activité lui ferait envie mais nous n'obtenons pas de réponse. Nous l'informons que nous repasserons voir plus tard.

a. Les besoins de la personne âgée :

Poirier [dans 22] explique que ce n'est pas parce qu'une personne âgée a la maladie d'Alzheimer qu'elle n'éprouve plus les besoins de **considération**, d'**affection**, de sentiment d'**utilité**, de **reconnaissance** et d'**affiliation**. Il est donc important de ne pas oublier ces besoins fondamentaux de l'être humain et de les prendre en compte. De même, il est important de tenir compte des **habitudes de vie** de la personne dans l'organisation de sa journée et les propositions que nous pouvons lui faire. L'ennui peut provoquer chez certains des comportements de recherche, de quelque chose à faire, majorer la désorientation spatio-temporelle, l'anxiété. Faire une activité faisant partie des habitudes de vie rassure, fait appel à des souvenirs et à des automatismes.

Mme Z demande régulièrement si elle ne peut pas aider à faire quelque chose. Elle exprime le besoin de se rendre utile et de participer à la vie du service. Des activités comme mettre le couvert, plier du linge lui sont proposées.

Mme P verbalise quotidiennement après le repas son envie de nous aider à faire et essuyer la vaisselle. S'occuper de la maison, faire la vaisselle, le ménage a fait partie de ses habitudes de vie durant la plupart de son existence et c'est pour elle un repère, quelque chose qui lui permet de s'inscrire dans la rythmicité de la journée et de canaliser son énergie.

Quand Mme N est angoissée et agitée, lui proposer de faire quelque chose de ses mains l'apaise, semble lui donner une contenance et un sentiment d'utilité. Ainsi, j'ai pu observer qu'aider les aides-soignantes à plier et ranger le linge apaise Mme N quand elle est anxieuse et prévient l'apparition de trouble du comportement.

Mme H[19] est souvent angoissée au moment du temps de repos après le déjeuner. Elle n'éprouve pas le besoin de se reposer mais ne parvient pas à mettre du sens sur ce qu'elle voit (les autres personnes qui dorment). Elle verbalise cette incompréhension en disant qu'elle souhaite appeler sa fille pour rentrer chez elle, qu'elle n'a plus ''besoin'' de venir à l'accueil de jour. Quand nous lui proposons du tricot, activité qu'elle apprécie, elle s'apaise, se sent utile car elle ''fabrique un patchwork''. Si nous lui proposons cette activité directement après le repas, elle ne cherche pas à partir et ne montre aucun signe d'anxiété.

b. Choisir les mots :

Mias [24] explique qu'il faut faire attention à ne donner qu'**une information à la fois** pour que la personne ne soit pas submergée d'informations dont elle ne sait que faire. Du fait des troubles de la mémoire de travail, il est important de faire des **demandes courtes**, de donner des **informations pertinentes au fur et à mesure**, de **séquentialiser les tâches à effectuer**.

Pellissier [58] précise que plus le **discours** est **concret et précis**, avec **des mots et des phrases simples**, **des gestes**, **des mimiques**, c'est-à-dire une communication non verbale riche pour soutenir le discours, plus la personne âgée va le comprendre facilement.

Lors des séances de rééducation individuelles, je me suis rendu compte que Mme L est perdue quand je lui explique les gestes à effectuer. Quand je lui donne les informations essentielles et au fur et à mesure du mouvement, en accompagnant mes propos de gestes, elle parvient à le réaliser. Elle se réfère beaucoup à mes gestes et les imite.

[19] Rencontrée en accueil de jour, âgée de 86 ans et ayant des troubles mnésiques.

Au cours de mes stages, j'ai pu observer qu'une personne âgée est plus réceptive à '' Voulez-vous m'aider à fabriquer/à cuisiner/… '', qu'à une proposition plus classique quand on veut lui proposer de faire une activité. Il me semble que dans cette formulation, le fait de **lui demander de l'aide** valorise la personne et nous ne sommes plus là pour l'occuper mais **nous reconnaissons ses compétences et sa valeur en sollicitant son aide**. Nous lui donnons un rôle et des missions à accomplir. En effet, Gil [dans 22] dit qu'*« Être acteur du monde, c'est compter pour quelqu'un […] C'est ce qui donne sens à la vie, car c'est de la souffrance apaisée par le regard (cet autre regard), par la parole, par la présence d'autrui, que pourra renaître le goût de continuer à vivre dans un environnement où on se sent enfin reconnu. »* [p.188]. Cela rejoint l'idée du besoin de faire quelque chose qui a du sens, de se rendre utile.

Mme L refuse les propositions d'activités quand je lui explique ce que nous allons faire en lui proposant de se joindre à nous. Si je lui explique que nous avons besoin de son aide pour faire quelque chose, elle accepte tout de suite de se rendre utile.

De plus, Poirier [dans 22] explique que dire à une personne âgée *« Je vais vous aider »* met la personne dans une situation de **dépendance vis-à-vis de l'autre** et elle répond souvent *« Je n'ai pas besoins d'aide »*. Plutôt que d'expliciter le besoin d'aide de la personne pour réaliser des actes de la vie quotidienne comme la toilette, l'auteur explique que pouvons lui dire *« Voulez-vous profiter de la salle de bains qui est libre pour faire votre toilette ? Voulez-vous venir avez moi ? Je ne serai pas loin si vous avez besoin de moi. »* [p.179]. De cette façon, nous informons la personne que cela va être l'heure de la toilette et que nous serons présents mais sans faire apparaitre la notion d'aide.

c. Etre empathique :

L'empathie est définie comme la « Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. » [44]. En effet Courjou [13] explique que l'empathie n'est pas l'imitation de l'émotion de l'autre mais sa **compréhension**. Elle nous permet de mieux comprendre ce que souhaite la personne, sa souffrance [13]. Poirier [dans 22] explique que dans l'accompagnement d'une personne âgée ayant une démence de type Alzheimer, il est important d'« essayer d'imaginer ce qu'elle ressent, alors qu'elle est privée d'information, que sa réalité est différente de celle de ses proches. » [p.195]. Pour être empathique, il faut être **disponible à la relation** et **serein** afin de **comprendre l'autre**. De plus l'empathie nécessite de l'**authenticité**, de la **chaleur humaine**, du **respect** et de la **volonté** [13].

Etre empathique c'est donc **comprendre les émotions**, **la souffrance d'autrui**, mais **ne pas s'identifier** à cela. En effet, Courjou |13] explique qu'il faut « être suffisamment proche du souffrant pour être solidaire et le lui faire sentir, et suffisamment loin afin de ne pas être psychologiquement blessé et pour garder son objectivité. » [p.76]. Ce n'est pas facile et il faut être à l'écoute de soi-même pour savoir où nous nous situons.

Poirier [dans 22] distingue deux types d'empathie :

- L'**empathie émotionnelle** qui est la capacité à identifier et comprendre l'émotion de l'autre sans pour autant la ressentir.
- L'**empathie cognitive** qui est la capacité à se mettre à la place de l'autre pour essayer de comprendre son point de vue.

M P est toujours préoccupé par des papiers, il attend des appels téléphoniques, désire appeler sa tutrice. Quand je le croise, je le questionne et essaie de comprendre pourquoi ces choses sont si importantes pour lui, ce que cela représente pour lui d'être ''enfermé'' comme il dit et d'avoir une tutrice, donc de ne pas être indépendant au niveau des décisions le concernant. Il évoque aussi souvent la perte de son permis de conduire suite à l'intervention de ses enfants, ce qui va aussi dans le sens d'une privation d'indépendance.

d. Etre à l'écoute :

Mias [24] explique qu'il faut **laisser le temps à la personne de trouver les mots** et les informations pour répondre à notre question et ne pas terminer à sa place, sauf si cela prend vraiment beaucoup de temps ou qu'elle nous le demande.

Pour Pellissier [58] *« nous ne pouvons jamais savoir avec certitude si une personne comprend – ou ne comprend pas – ce que nous lui disons. »* Nous pouvons seulement constater qu'elle ne nous répond pas et/ou ne réagit pas mais nous ne pouvons pas savoir pourquoi : est-ce qu'elle n'a pas compris, est-ce qu'elle refuse de nous répondre, est-ce qu'elle est dans l'impossibilité de nous répondre ? Il ajoute que *« Ce que l'on sait, en revanche, c'est que cette vie intérieure, même quand elle ne peut qu'à peine s'extérioriser, est nourrie par notre attention, par le fait de ne jamais cesser de dire bonjour, par la douceur de nos gestes …, par toutes ces petites formes qui font la qualité d'une présence. »* [p.28].

Mme G semble parfois ne pas comprendre ce que je lui dis, bien qu'elle acquiesce à mes propos. Je ne comprends pas toujours ce qu'elle veut me dire, ce qu'elle me demande et ne sais pas quoi lui répondre. Je l'écoute, essaie de reformuler ce qu'elle me dit afin qu'elle d'exprimer ce qu'elle a besoin de partager.

Mias [24] fait des suggestions pour communiquer avec la personne âgée ayant une maladie d'Alzheimer. Afin de décoder ce que la personne veut nous dire, il conseille d'**observer son comportement verbal** mais aussi **son comportement non verbal** (mimiques, regard, voix, posture, gestes, expressions du visage). Il dit qu'il est également important d'essayer d'**isoler les mots clés** que nous entendons pour **comprendre l'idée générale** de ce que veut nous dire la personne. C'est cette idée que développe Naomi Feil dans la méthode de la validation.

e. La méthode de la validation de Naomi Feil :

La méthode de la validation de Naomi Feil consiste en **soutenir la réalité émotionnelle de l'autre en la reconnaissant et en la mettant en mots** [48]. En effet, Pellissier [58] explique que l'objectif de cette méthode n'est pas de rétablir la vérité mais de **valider les émotions et ressentis de la personne**. Cela passe par la **reformulation** de ce que nous dit la personne, par la **verbalisation des émotions** qu'elle peut exprimer non verbalement, de ses ressentis, le **questionnement** sur cette période de sa vie. Ainsi plutôt que de dire à la personne qu'elle ne se trouve pas dans le lieu où elle pense être, que nous ne sommes pas la personne qu'elle pense, nous pouvons l'aider à exprimer ce dont elle a besoin de parler au moment présent. Pellissier [58] précise qu'il faut trouver le **juste milieu entre la négation de l'expérience racontée et des ressentis et l'adhésion au discours.**

Selon Klerk-Rubin [48], les principes de la validation sont :

- *« **Toute personne est unique et a de la valeur** »* : la personne âgée ne perd pas son expérience de vie en même temps que sa mémoire et il est important de continuer à les respecter et à *« rendre hommage à leur vécu »* [p.15].
- *« Les vieillards mal orientés ou désorientés devraient être **acceptés tels qu'ils sont**, sans essayer de les changer »* [p.16] : les comportements d'une personne désorientée ont du sens, il ne sert à rien d'essayer de faire changer ces comportements, cela ne peut que provoquer de la frustration, de l'agressivité, de l'incompréhension.
- *« **L'écoute empathique crée la confiance, réduit l'anxiété et restaure la dignité** »* [p.17] : cette méthode est fondée sur le soutien de la réalité émotionnelle de l'autre, reconnue comme ayant du sens.
- *« Les **sentiments douloureux exprimés et ''validés''** par un interlocuteur de confiance **s'apaisent** ; ignorés ou réprimés, ils gagnent en intensité »* [p.17].
- *« Il existe une **raison** derrière les comportements des vieilles personnes »* [p.18].
- *« Les **besoins** humains peuvent être à l'origine du comportement des vieillards mal orientés ou désorientés »* [p.19].
- *« Quand la parole et la mémoire s'estompent, les comportements appris dans l'enfance réapparaissent »* [p.20] : les personnes âgées se balancent, recherchent le contact tactile, inventent des mots.
- *« Les vieillards désorientés ou mal orientés utilisent des **symboles** »* [p.21] : les objets ou personnes qu'ils voient dans le présent représentent des personnes ou des objets de leur passé chargés d'émotions.

Les techniques verbales de la validation sont [48 et 56] :

- Poser des **questions ouvertes** (''comment allez-vous aujourd'hui ?'') plutôt que des questions fermées (''Vous allez bien aujourd'hui ?'') afin d'entamer un dialogue et de permettre à la personne de développer sa pensée.
- **Reformuler** avec empathie et bienveillance ce que dit la personne.
- *« Explorer l'opposé »* : demander ce qu'il se passerait si l'inverse arrivait.
- **Aider** la personne à **trouver une solution** au problème en lui demandant comment elle a fait par le passé pour faire face à ce même problème.
- Finir la conversation sur quelque chose de **positif**.

Les techniques non verbales de la validation sont [48 et 56] :

- Etablir un **contact visuel authentique**.
- Etablir un **contact physique**.
- S'exprimer d'une **voix claire et chaleureuse**, essayer de **refléter l'émotion** de la personne.
- Mettre de la **musique**, des **chansons familières** que la personne connait.
- **Sourire** car *« Le sourire fait partie des signes d'ouverture de la communication. »* [56, p. 127].

Lorsque Mme L vient me dire au revoir car elle doit rentrer chez elle pour s'occuper de ses enfants. Ses émotions semblent positives. Je la questionne sur ses habitudes de vie, sur la façon dont elle s'est occupée de ses enfants. Nous échangeons et ensuite elle me remercie et va s'assoir avec d'autres résidents.

Je trouve cette phrase de Pellissier [58] très intéressante et elle souligne l'importance de la communication non verbale : *« On peut beaucoup parler pour ne rien dire et beaucoup dire en ne parlant pas. »* [p.29].

2. La communication non verbale :

La communication non verbale est très importante dans l'échange et représente une grande partie du contenu de la communication. Elle n'est pas le fruit d'un apprentissage, contrairement à la communication verbale, qu'elle soit orale ou non. En effet, Schiaratura [64] explique qu'elle est **spontanée** et généralement **inconsciente**. La communication non verbale c'est donc tout ce qui va **soutenir le discours, le confirmer ou le contredire** [64]. *« La communication est un échange dynamique de pensées et de sentiments qui se fait avec les mots, mais aussi avec le regard, les expressions faciales, les gestes, la posture, le ton de la voix et la gestion de l'espace interpersonnel ».* [64, p.183]. La communication non verbale est **présente même quand il n'y a pas de communication orale**. En effet, les mimiques faciales et le sourire font partie de la communication non verbale. Sourire c'est dire à l'autre en face que nous l'écoutons, que nous sommes attentifs à lui.

Nous avons vu avec Pellissier [58] que la communication non verbale est très importante quand nous voulons faire passer un message a une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Schiaratura [64] indique que des études montrent qu'elle réagit aux comportements non verbaux d'autrui.

a. L'expression des émotions :

Schiaratura [64] explique que *« les gestes, les postures, les expressions faciales et le contact visuel »* dans la communication **deumeurent**, même s'il semble qu'ils puissent se détériorer avec l'évolution de la pathologie. La colère, la tristesse, la joie, le plaisir sont ainsi exprimés. Cette capacité d'expression non verbale peut nous permettre de **comprendre les ressentis et les émotions** de la personne alors même qu'elle ne parle pas ou que nous ne comprenons pas son discours. Il est donc important d'être attentif à ces manifestations.

Bien qu'elle ne parle pas, Mme R[20] parvient à exprimer ses émotions par ses mimiques faciales et ses gestes. Son regard est très expressif et ses gestes ont une réelle valeur de communication.

Quand je pose une question fermée à Mme E, qui ne parle plus, son expression faciale change et je comprend qu'elle aquiesce ou non à mes propos par ce qu'exprime son regard.

Mme T a des troubles du langage oral, cepandant le ton de sa voix donne des indications sur ses ressentis, notamment quand elle est triste ou anxieuse.

[20] Rencontrée en Unité de Soins Longue Durée, âgée de 85 ans.

Pellissier [58] explique que les personne atteintes de la maladie d'Alzheimer ont des **difficultés à faire le lien entre leurs pensées**, leurs ressentis, leurs émotions **et ce qui se passe dans leur environnement**. Elles sont très **perméables aux émotions** exprimées par les autres.

Mme L est très sensible à son environnement, quand une autre résidente est agitée et anxieuse, elle exprime son incompréhension et manifeste de l'anxiété liée à ce comportement sur lequel elle ne parvient pas à mettre de sens.

Du fait de l'**amnésie rétrograde,** les **souvenirs du passé** reviennent régulièrement à la mémoire de la personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer, **accompagnés des émotions** en lien [58]. La personne revit alors un épisode de son passé, pas seulement dans sa tête, mais aussi dans son corps. Face à une personne désorientée, le plus important n'est pas de savoir si ce qu'elle nous dit de son passé a réellement eu lieu ou non, mais de **l'accompagner pour l'apaiser** quand ses souvenirs font émerger des émotions comme la tristesse, la peur. Ce n'est pas parce qu'une personne âgée est alexithymique qu'elle ne ressent plus d'émotions [58].

M B revit des moments de sa vie qui sont douloureux, il pleure et exprime la tristesse qu'il ressent face à ces épisodes de sa vie. Quand nous le questionnons, il se saisit de nos propos pour parler cette période de sa vie. Etre écouté et échanger l'apaise.

Le **ton de la voix**, qui reflète les émotions, est important à prendre en compte pour Lafargue-Cauchoix et Rogez [50]. En effet, il peut nous donner des indices sur ce que la personne ressent, d'autant plus si ce n'est pas en accord avec ce qu'elle dit, notamment en cas de troubles du langage.

b. La reconnaissance des émotions :

Gil [dans 22] explique que ce n'est pas parce qu'une personne âgée n'a plus la capacité d'identifier les visages des personnes qu'elle rencontre qu'elle ne peut pas pour autant **reconnaitre les émotions exprimées** par les visages. Il précise qu'elle peut rapidement ne plus savoir nommer ses émotions mais qu'elle est **longtemps capable de les discriminer**. La personne âgée malade d'Alzheimer a donc la capacité de **reconnaitre et différencier les émotions exprimées** sur les visages des personnes qu'elle rencontre, mais également dans le ton de leur voix [50]. Elle peut **identifier les comportements non verbaux** et **y répondre de manière appropriée**, selon Schiaratura [64].

De la même manière, **le ton de notre voix reflète nos émotions**. Il est donc important qu'ils ne soient pas en désaccord. Il faut également éviter de parler trop fort et **être calme** aussi bien dans notre attitude que dans notre voix. De plus, d'après Poirier [dans 22], les **capacités d'empathie** sont conservées chez la personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer. Elle est donc toujours plus ou moins en capacité de **comprendre les émotions** de l'autre, donc nos émotions, que nous les exprimions verbalement ou non.

Mme M est sensible à mes expressions faciales. En effet, quand je ne comprends pas ce qu'elle dit, alors même que je ne lui ait pas signifié oralement, elle a la capacité de répéter ou reformuler ses propos.

c. Le regard :

Le regard est un élément important dans la communication. Courjou [13] explique que le regard **exprime les émotions** de la personne. Il nous donne des indications sur ce qu'elle ressent. Lafargue-Cauchoix et Rogez [50] expliquent que le regard **crée le contact**, il dit à la personne en face de nous que portons de l'intérêt à ce qu'elle nous dit et cela l'**encourage à poursuivre** son discours. Il est important de se placer à la hauteur de la personne âgée pour capter son regard.

Mme M cherche mon regard quand elle me parle, son discours ne m'est pas adressé que verbalement mais également par le regard.

J'accompagne l'aide-soignante pour la toilette de Mme R, qui s'exprime très peu verbalement et réagit par des mouvements. Je cherche à capter son regard et à partir de ce moment-là elle ne me quitte pas des yeux. Bien qu'elle ne parle pas, c'est une personne expressive au niveau du regard et il me semble qu'elle répond à mes sourires, les mimiques faciales sont très limitées mais ses traits s'adoucissent.

J'accompagne Mme E pour la prise de son déjeuner. Elle cherche mon regard et ne me quitte pas des yeux. Son regard et très expressif et quand je lui parle, je comprends ses réponses par l'expression de son regard et de son visage (elle ne parle plus).

d. Les gestes :

Les gestes, comme les mimiques du visage, **soutiennent le discours** et permettent à la personne âgée d'avoir **davantage d'éléments pour comprendre** ce que son interlocuteur lui dit. En effet, Schiaratura [64] indique que *« les gestes accentuent la prosodie du discours, en ajoutant des informations au message verbal. »* [p187]. Lafargue-Cauchoix et Rogez [50] expliquent que les gestes **appuient ou contredisent le discours**. De plus, serrer la main de la personne quand on la rencontre permet de créer un contact et d'engager un échange.

C. Médiations corporelles :

Nous avons vu avec la HAS que le **toucher** est médiateur utilisé en psychomotricité auprès des personnes âgée ayant une maladie neurodégénérative de type Alzheimer. De plus, le toucher fait partie de la communication non verbale. Nous allons donc développer ce qu'est le toucher et son utilisation en médiation toucher thérapeutique et bain thérapeutique.

L'ANSEM [43] indique que *« lorsque la personne présente des troubles anxieux, des approches thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être proposées : massage des mains, musicothérapie ou écoute de musique apaisante, ou encore activités proposées à partir de la biographie de la personne. »*

1. Le toucher thérapeutique :

a. Le sens du toucher :

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, le toucher est le **premier sens à être mature** (sixième semaine de gestation) chez le fœtus et le **dernier à disparaître** chez la personne âgée [13]. Le toucher nous permet de **nous repérer dans l'espace** mais c'est également un **élément essentiel dans notre vie**. En effet, pour Zambon [26], *« tout humain a un besoin vital de toucher et d'être touché »*. Le toucher participe à la **construction de l'individualité de la personne** [13] et a des répercussions importantes sur le corps, la **santé** et le **bien-être** [7].

La **peau** est l'organe du toucher [7 ; 13]. La peau est comme une *« carte d'identité »* [13, p.7] de l'individu. En effet, elle porte les **marques de son histoire**, son origine, ses souffrances par ses rides, ses tatouages, ses cicatrices, … Bonneton-Tabarié et al. [7] expliquent que la peau permet de **sentir** et de **localiser** et **décrire un toucher**, de **ressentir** une pression, des vibrations, la température, la douleur et également *« d'être en contact avec le réel »* [p.23]. En effet, *« Seul le toucher nous fait prendre vraiment conscience de la réalité »* pour Courjou [13].

Contrairement aux autres sens, le toucher **ne nécessite pas d'intermédiaire**, comme la lumière pour la vision [13]. Nous ressentons le toucher quelques soient les circonstances. Pour Zambon [26], le toucher est un sens qui *« met en jeu les fonctions vitales de l'individu : émotionnelles, perceptives, psychiques. »* Le toucher est un **moyen de connaissance et d'expérience**, c'est un **moyen de découvrir, d'apprendre** tout au long de notre existence. Le toucher est une **perception immédiate** et **renseigne sur les propriétés de la matière** touchée : sa température, sa forme, son épaisseur, sa taille, sa densité, sa texture …

b. Communiquer par le toucher :

Bonneton-Tabarié et al. [7] parlent du toucher comme d'un **moyen de communiquer**, **d'entrer en relation** avec l'autre. Il y a donc une **réciprocité** dans le toucher, nous ne pouvons pas toucher sans être touché. De plus, selon Courjou [13], le toucher a une propriété particulière par rapport aux autres sens qui est la **permanence**. En effet, le toucher est le seul sens dont nous ne pouvons nous isoler. Nous n'avons aucun moyen de ne pas être en contact tactile avec quelque chose.

Toucher n'est **jamais un acte neutre**. En effet, le toucher est le premier sens utilisé par l'enfant pour communiquer, sous-tendu par le tonus. Il y a donc une **dimension tonique** dans le toucher, et comme ne l'avons vu le tonus varie en fonction de l'**état émotionnel**. Le toucher est donc un moyen de communication qui **donne des informations sur l'état tonique** mais aussi **émotionnel** de la personne. De même nos propres états tonique et émotionnel sont partagés dans le toucher [13]. C'est le dialogue tonico-émotionnel que nous avons développé plus tôt.

Lorsque j'accompagne Mme A, qui est en fauteuil roulant, je lui pose la main sur l'épaule pour la rassurer, la prévenir que nous allons reculer pour sortir de l'ascenseur. C'est un moyen corporel de soutenir l'annonce orale et d'accompagner le déplacement.

Au cours de la vie, le toucher se fait **de plus en plus rare**. En effet, Zambon [26] explique qu'il est très présent dans la petite enfance puis laisse la place à d'autres moyens de communication et chez les personnes âgées il est très fonctionnel et superficiel notamment lors des soins. Pour la personne âgée démente, comme pour le tout petit, **les sensations et les affects sont directement inscrits dans le corps**, **sans symbolisation** possible et de ce fait, le langage corporel prime. Tous deux sont dans un état archaïque et expriment par le biais de leur corps leur état affectif et émotionnel à l'autre [26].

Lors de la toilette de Mme R, je lui prends les mains. J'essaie d'avoir un contact présent, profond et je fais des petits mouvements de massage. Progressivement, elle semble s'apaiser.

Bonneton-Tabarié et al. [7] expliquent que la **relation d'une personne au toucher** dépend de son **éducation** et de ses **expériences de vie**. En effet, la **mémoire sensorielle**, toujours efficace malgré la pathologie, garde en souvenirs les expériences tactiles que la personne a eu durant sa vie, aussi bien les blessures que les sensations agréables [13]. Toutes les personnes ne sont pas réceptives de la même façon au toucher et il est important de prendre cela en compte. De plus, il est important de toujours chercher le **consentement** de la personne, d'essayer de savoir si c'est le bon moment pour la personne d'entrer en relation et en contact physique [56].

Mme M est très réceptive au toucher. Dans les phases d'agitation et d'anxiété, elle s'apaise. Elle accepte toujours mes propositions d'accompagnement individuel.

c. Les effets du toucher :

Au niveau corporel :

Au niveau **physiologique**, le toucher massage a des effets au niveau de la circulation sanguine, active les terminaisons nerveuses et les différents récepteurs tactiles, lève les contractures, assouplit la peau, … Zambon [26] précise que *« Le massage harmonise la respiration, la digestion, le transit intestinal et a aussi un effet direct sur le schéma corporel ».* Elle ajoute que *« Le massage nous "touche" bien au-delà de la peau, des muscles, des organes profonds : il nous atteint dans la totalité de notre être, aide à la prise de conscience et à l'unification corporelle. »* Ainsi, le toucher **redessine les limites du corps** de manière sensorielle et participe au **renforcement du schéma corporel**.

Au niveau psychique :

Le toucher a différents effets à ce niveau :

- Il **rassure** [13]
- Il apporte un **sentiment de bien-être** [26]
- Il renforce l'**estime de soi** [26]
- Il facilite la **verbalisation des sentiments** [26] et la **parole** [13]
- Il **abaisse** l'**anxiété** et le **stress**, **apaise** [26]
- Il **augmente** le niveau d'**attention** et l'**orientation spatiale** [26]
- Il fait prendre conscience de l'**instant présent** [13]

Nous pouvons voir ici les indications auprès d'une personne âgée atteinte de démence et désorientée dans le temps et l'espace.

d. Le toucher thérapeutique :

La médiation toucher thérapeutique ne se résume pas au toucher. Sont importants également l'**échange verbal**, avec notamment la méthode de la validation de Naomi Feil et l'empathie, mais aussi la **communication non verbale** et le **regard**. Parfois, le regard et le toucher sont les seuls liens avec le patient, notamment quand il ne s'exprime plus verbalement [13]. Il est important que le regard et le toucher soient en accord avec le toucher, c'est-à-dire **présents**, **bienveillants** et **disponibles**.

D'après Courjou [13], le toucher est **le sens le plus empathique** car il implique une **grande proximité** avec l'autre. Il met directement en relation deux personnes, **sans intermédiaire**. Le **toucher empathique** demande de l'**écoute**, de l'**intuition**, de la **créativité** [13].

Mme E ne parle plus mais présente continuellement une écholalie et très souvent une agitation importante. Elle se déplace beaucoup et bouge les chaises. Elle vient s'asseoir à côté de moi après le repas que je l'ai aidée à prendre, ce qui n'est pas habituel de sa part. Elle semble chercher mon regard. Je lui propose un toucher thérapeutique au niveau des mains dans l'objectif de l'apaiser. Progressivement, les productions verbales diminuent, elle s'apaise et peut même répondre verbalement à des questions fermées.

Mme N est très agitée, elle parle en espagnol (sa langue maternelle) et semble angoissée. Elle accepte de s'asseoir à côté de moi et je lui prends la main. Elle me masse la main et continue de parler. L'échange est difficile car elle attend une réponse à ce qu'elle dit mais ne semble pas comprendre ce que je lui dis, que ce soit en français ou en espagnol. Elle est très anxieuse et finit par se lever et partir. Elle revient à deux reprises et finit par s'apaiser.

2. Le bain thérapeutique :

a. Les propriétés de l'eau :

Gaucher-Hamoudi et Guiose [20] expliquent que l'eau a des effets de **confort**, **anxiolytique** et **antalgique**. L'eau est un liquide qui a différentes **propriétés antagonistes**. Le corps dans l'eau est confronté à une **résistance** qui s'oppose à son déplacement. Cette résistance fait que nous flottons. L'eau est aussi très **fluide**.

L'eau exerce une **pression** sur la surface du corps qui est immergé, c'est ce qu'on appelle la pression hydrostatique. Cela stimule les récepteurs de pression des parties du corps immergé ce qui nous permet de **ressentir les contours de la peau et les limites du corps** et aussi la limite entre le corps immergé et le corps émergé. Paradoxalement, l'eau a un effet d'**allègement** du corps dû à sa propriété de résistance. Ainsi, les informations proprioceptives données par les muscules et les articulations ne sont pas les mêmes que sur la terre ferme.

L'eau **s'adapte aux contours** du corps et a un **effet contenant**, elle enveloppe le corps. Elle nous permet de percevoir nos **limites corporelles**. L'eau permet d'éprouver une **unité du corps, dynamique et solide**. En effet, elle permet à la personne d'éprouver un sentiment d'unité corporelle [20]. L'eau informe sur des données corporelles comme le dedans et le dehors, le volume, les limites, l'avant et l'arrière, l'axe corporel. L'eau est un **élément transformable à l'infini**, qui est **indestructible**.

b. Le bain thérapeutique :

Le bain thérapeutique se fait dans une salle dédiée, avec une baignoire adaptée. L'eau est **chaude** et nous proposons un gel douche parfumé et de la musique en fond, ainsi que du **toucher thérapeutique**. La mousse du savon permet une certaine intimité. En balnéothérapie, la température de l'eau participe à la **détente** de la personne. En effet, l'eau chaude a des propriétés relaxantes.

D. Aménagement de l'environnement :

En tant que psychomotricien, nous pouvons intervenir dans la réflexion liée à l'aménagement de l'espace, en collaboration avec les équipes soignantes et notamment les ergothérapeutes.

L'environnement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer doit être **épuré et sécurisé**. Il faut éviter de changer les meubles de place car elle peut avoir des habitudes de déplacements et des repères visuels qui lui sont indispensables et sans lesquels elle ne pourrait pas se déplacer correctement ou éviterait de se déplacer. En effet l'**agnosie**, comme nous l'avons vu, fait que la personne peut avoir des difficultés à identifier les objets qui l'entourent, ce qui impacte ses déplacements. **La couleur et la place des meubles et objets** sont autant d'informations indispensables à la personne âgée pour se déplacer.

L'environnement de l'UHR répond à plusieurs objectifs :

- Créer un **environnement confortable, rassurant et stimulant**.
- **Favoriser l'orientation** et un **environnement contenant** pour la déambulation.

L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissement et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) [43] a publié en 2018 des recommandations quant à l'aménagement de l'environnement au sein d'une UHR. Elle indique que l'**éclairage** et les **sols** doivent être adaptés. L'orientation spatiale est facilitée par des **indications** (panneaux, couleurs) différentes suivant de la fonction des salles (salle à manger, salle d'activité, toilettes, …). Des indications temporelles (pendule, calendrier) favorisent l'orientation dans le temps.

Martin [53] explique que pour que la **signalisation** mise en place puisse être utilisée par les personnes âgées ayant la maladie d'Alzheimer, elle doit être **lisible**, **intelligible** et **disposée de manière à être vue**. Ainsi, il faut que les couleurs, la taille et le type de caractères soient adaptés, notamment avec un fort contraste entre le fond et la forme. De plus, du fait de l'altération des fonctions cognitives, les personnes présentent des difficultés à décoder les symboles, il est donc préférable d'écrire en toute lettre le nom des différentes pièces de vie [53].

Concernant leur positionnement, les panneaux de signalisation doivent être placés plutôt perpendiculairement aux couloirs et pas trop en hauteur car les personnes ont tendance à regarder vers le bas et devant elle [53].

IV. Etude de cas : Mme M :

J'ai rencontré Mme M dans le cadre de mon stage en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR). J'ai choisi de présenter Mme M car c'est une personne souvent angoissée, qui ne parle qu'espagnol, sa langue maternelle, et présente par moment des troubles du comportement. Ce qui m'a marqué c'est que la plupart des soignants ne parlent pas espagnol et la communication avec Mme M s'en trouve altérée. Comme c'est une langue que j'ai apprise, je m'adresse à elle en espagnol. Elle se saisit de cela et entre très vite dans l'échange avec moi. Elle semble heureuse de trouver un interlocuteur qu'elle comprend et qui la comprend mieux. Au cours de mon stage, j'ai pu lui proposer différentes prises en charge individuelles ou collectives et une évolution a eu lieu dans son comportement.

A. Histoire de vie et parcours institutionnel :

Mme M est née en février 1925 en Espagne, elle est âgée de 93 ans au moment de notre rencontre. Elle a grandi en Espagne et vit en France depuis une quarantaine d'année. Elle a exercé la profession de couturière, puis de femme de ménage. Mme M est veuve depuis 2006 et n'a pas eu d'enfants. Elle a une sœur décédée, et un frère et deux nièces qui vivent en Espagne et qu'elle n'a pas vu depuis longtemps. Elle reçoit seulement la visite de sa tutrice.

1. Antécédents médicaux :

- **Tuberculose pulmonaire**[21] à l'âge de 20 ans, sans séquelles respiratoires.
- **Thyroïdite**[22] et **hystérectomie** pour fibrome[23] également mentionnées dans le dossier, sans plus de précisions.
- **Cardiopathie ischémique**[24] et dysrythmie[25] (2007) conduisant à l'installation d'un stimulateur cardiaque (changé en 2016).
- **Dyspnée de repos**[26] qui conduit à une hospitalisation de dix jours (2010).
- **Fracture du col du fémur droit** avec une **ostéolyse**[27] à la suite d'une chute (2011), passe deux semaines en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour de la rééducation.
- **Cataracte**[28] **bilatérale** qui aurait nécessité une intervention que Mme M a refusée (2016).

[21] Maladie infectieuse du poumon [45].
[22] Inflammation de la glande thyroïde [45].
[23] Ablation de l'utérus pour cause de tumeur bénigne [45].
[24] Ou arythmie cardiaque, trouble du rythme cardiaque [45].
[25] Ou insuffisance coronarienne, maladie qui affecte les artères coronaires [45].
[26] Difficulté à respirer, essoufflement au repos, due à l'insuffisance cardiaque [45].
[27] Destruction du tissu osseux [45].
[28] Opacification partielle ou totale du cristallin entrainant une baisse progressive de la vision.

2. Parcours dans l'institution :

- ***Accueil de jour :***

Mme M entre à l'**accueil de jour** en novembre 2015, elle vit seule chez elle et depuis 2008 une infirmière vient tous les matins pour la toilette et la prise du traitement, ainsi qu'une aide-ménagère deux jours par semaine. Elle fait régulièrement des chutes qui la conduisent aux urgences.

- ***EHPAD :***

En janvier 2016, Mme M entre en **EHPAD** pour cause d'**anxiété** majeure, une majoration de la **perte de d'autonomie**, des **difficultés d'orientation spatio-temporelle**, des **troubles du comportement** dont de l'impulsivité, des sorties extérieurs avec mise en danger et des épisodes d'**agressivité**. Au sein de l'EHPAD, Mme M participe aux activités (chant, loto, pâtisserie), et à des groupes et prises en charge individuelles avec l'ergothérapeute et la psychomotricienne. Sont notés dans son dossier des **troubles de l'équilibre** avec risque de chute, des **troubles cognitifs**. Mme M est autonome pour la marche et les transferts, mais nécessite de l'aide pour les soins d'hygiène et l'habillage. Au niveau juridique, elle est sous curatelle renforcée.

En avril 2016, lors d'une première consultation mémoire, il a été diagnostiqué chez Mme M une **démence mixte dégénérative et vasculaire** avec des troubles cognitifs sévères dont des **troubles mnésiques** (mémoire antérograde), une **désorientation spatio-temporelle**, une **altération des fonctions exécutives** et une **anxiété en fin de journée**.

Au sein de l'EHPAD, elle participe à un groupe de relaxation qui a des effets bénéfiques de détente. Elle présente par moment des **troubles de l'humeur**, des **pleurs**, des **angoisses**. En septembre, une deuxième consultation mémoire, effectuée avec utilisation ponctuelle de l'espagnol, conclue que la pathologie neurodégénérative continue d'évoluer l'**atteinte de la mémoire antérograde semble se majorer**. En octobre, sont notés des **conduites d'errance** et de l'**anxiété**.

- ***UHR :***

En décembre 2016, Mme M entre en **Unité d'Hébergement Renforcé** (UHR) pour cause de **conduites d'errance** et **désorientation spatio-temporelle**. La curatelle renforcée de Mme M devient une tutelle.

En 2017, la composante dépressive chez Mme M devient plus importante mais ses capacités d'adaptation sont cependant préservées. En mars, une troisième consultation mémoire, effectuée essentiellement en espagnol, note que la **pathologie dégénérative évolue lentement** et que le passage en UHR a permis une amélioration du comportement de Mme M. Les troubles de l'équilibre sont toujours à l'origine de chutes fréquentes (cinq en 2 mois).

En janvier 2018, les **chutes** sur 6 mois sont au nombre de cinq. Il est noté dans son projet de vie que Mme M est autonome pour les activités de la vie quotidienne. La pathologie démentielle continue d'évoluer (stade sévère), les **troubles psycho-comportementaux** se majorent et des **troubles du sommeil** apparaissent.

B. Bilans :

Cognition :

Au cours de chacune des consultations mémoire, entre avril 2016 et mars 2017, un bilan cognitif a été fait. Pour que l'évolution au cours de cette année soit plus visible, j'ai reporté les résultats des tests dans des tableaux (annexe 14).

1) Mini Mental State Examination (MMSE) :

Avril 2016 - Juin 2017 : Mme M est passée d'un score de 13/30 à 11/30 au MMSE. Seuls l'apprentissage et le langage sont stables et relativement bons. L'orientation et les praxies constructives s'altèrent avec le temps.

Janvier 2018 : Mme M obtient un score de 8/30 au MMSE, ce qui correspond à une **détérioration intellectuelle sévère**.

2) Test des cinq mots de Dubois [29] :

Entre avril 2016 et mars 2017, la mémoire épisodique verbale de Mme M en rappel immédiat fluctue et est plus performante lors de la dernière consultation. La mémoire en rappel après un tâche interférente est inefficace, quoiqu'un peu mieux en 2017.

3) Test de l'horloge [30] :

Avril et septembre 2016, mars 2017 : le test est échoué par Mme M.

4) Severe Impairment Battery (SIB) :

Janvier 2018 : 35 points.

Janvier 2019 : Je fais passer les tests cognitifs annuels à Mme M. Elle obtient un score de 25 à la SIB (annexe 13). Le graphisme est difficile et la mémoire de travail est faible. Elle sait indiquer dans quelle ville nous nous trouvons et comprend et exécute la plupart des consignes verbales en français, ce qui n'est pas le cas pour les consignes écrites. Elle peut identifier un objet sur photo et en physique mais ne peut pas mimer ni montrer comment on s'en sert. Par rapport à l'année précédente, Mme M éprouve davantage de difficultés dans les épreuves de rappel, de geste d'utilisation d'un objet et de gnosies.

Capacités motrices :

1) Tinetti [31] :

Entre Mars 2016 et Janvier 2018, Mme M passe de 23 points/28 à 15 points (risque de chute élevé) au test du Tinetti.

Janvier 2019 : Je fais passer les tests moteurs annuels à Mme M. Au Tinetti, elle obtient 18 points, soit un peu plus qu'un an auparavant, mais le risque de chute est toujours élevé (annexe 18). Le lever du fauteuil est possible mais nécessite l'aide des bras et plusieurs essais. Mme M juge mal les distances lorsqu'elle s'assoit. L'équilibre en position debout est sûr sans aide technique. Au cours d'une poussée, Mme M chancèle, et les yeux fermés sont équilibre est instable.

---

[29] Outil d'évaluation de la mémoire épisodique verbale (cinq mots à retenir) (annexe 17).
[30] Outil d'évaluation de la cognition (praxies, attention, orientation spatio-temporelle, fonctions exécutives) (annexe 16).
[31] Outil d'évaluation de l'équilibre, de la marche et du risque de chute.

Comportement et autonomie :

1) NPI-ES :

J'ai reporté l'évolution du comportement de Mme M entre avril 2016 et décembre 2018 dans un tableau (annexe 15). Entre janvier et décembre 2018, des **hallucinations** sont apparues et l'instabilité de l'humeur/irritabilité a disparu. L'**agitation/agressivité** et l'anxiété sont toujours présentes. La dépression/dysphorie a diminué et la gravité des comportements moteurs aberrants a diminué. Mme M semble peu sensible à l'intervention des soignants et le retentissement sur l'équipe soignante est important. Le score total est de 40 en décembre, contre 54 en janvier.

2) Echelle ADL [32] :

Décembre 2018 : 4,25 points. Mme M nécessite une aide et une stimulation pour l'hygiène corporelle, de même que pour l'habillage et pour aller aux toilettes. Elle mange et se déplace seule.

C. Rencontre avec Mme M :

Mme M est une personne qui oscille entre des phases de tristesse et d'anxiété, associées à une agitation importante, voire une agressivité, et des moments de calme. Elle est souvent anxieuse et pleure. Par moment elle présente des troubles du comportement importants, comme crier ou taper des chaises contre les vitres. Ces troubles sont régulièrement présents le soir, à la tombée de la nuit. Mme M se déplace beaucoup, notamment pendant les moments de grande anxiété et agitation. Elle chute régulièrement.

Mme M parle exclusivement en espagnol et ne semble pas comprendre quand on lui parle en français. C'est une personne qui investit la relation mais comme elle s'exprime en espagnol et que les soignantes ne la comprennent pas, elle se replie sur elle-même. La compréhension est donc difficile entre Mme M et les soignants, ce qui crée de l'agitation et parfois de l'agressivité de sa part. Je m'adresse à elle en espagnol dès notre première rencontre. Elle se saisit tout de suite de cela et nos échanges sont riches. Elle me parle de l'Espagne où elle a vécu longtemps, de sa famille, de ce qu'elle aime faire. Elle me semble perdue dans la sphère spatio-temporelle. Bien que je ne comprenne pas tout ce qu'elle dit en espagnol, des incohérences et des paraphasies semblent être présentes dans son discours.

Mme M est d'humeur changeante au cours de la journée et sa désorientation spatio-temporelle semble être à l'origine d'anxiété et d'incompréhension, d'autant plus quand elle ne comprend pas les soignantes qui essaient de la rassurer en français.

Début 2019, Mme M est d'humeur dépressive, elle est voûtée et fait des chutes fréquentes. Elle est très désorientée et s'exprime exclusivement en espagnol. Elle ne comprend pas toujours le français.

[32] Outil d'évaluation de l'autonomie (hygiène corporelle, habillage, locomotion, continence, prise des repas) (annexe 19).

D. Projet d'accompagnement individualisé :

En janvier 2018, les axes du projet d'accompagnement personnalisé de Mme M sont la régulation des angoisses et la réponse au besoin de reconnaissance. Les prescriptions sont l'intervention de la psychomotricienne par de la relaxation et des massages lors des phases de troubles psycho-comportementaux.

Le projet d'accompagnement individualisé de Mme M est revu en décembre 2018. Il y est noté une dégradation de la marche, une diminution du périmètre de marche, une modification de la posture et un effet positif des séances avec la psychomotricienne. Des épisodes anxieux reviennent régulièrement le matin et à la tombée de la nuit. Les axes du projet de vie sont la préservation de l'autonomie restante et de la verticalité de Mme M, lui offrir un cadre de vie contenant, apaisant et sécurisant. Un accompagnement individuel lors des accès anxieux et dépressifs est préconisé, de même qu'une prise en charge individuelle hebdomadaire en psychomotricité (bain thérapeutique, toucher thérapeutique) et la participation à un atelier motricité.

Un suivi en psychologie a été demandé car Mme M présente un état anxio-dépressif, avec des troubles du sommeil, de l'appétit et psycho-comportementaux. Cependant, il est difficile à mettre en place du fait de la barrière de la langue et parce qu'il n'y a qu'une seule psychologue pour cent quatre-vingts résidents.

E. Projet thérapeutique en psychomotricité :

Début novembre 2018, la psychomotricienne et moi établissons le projet thérapeutique d'accompagnement en psychomotricité pour Mme M.

Les motifs :

Mme M présente une majoration de l'anxiété plusieurs fois par jour dès le matin sous la forme d'épisodes d'agitation importante avec alternance de tristesse et de colère pouvant aller jusqu'à la violence physique. Elle présente également une déambulation jusqu'à l'épuisement. Il est associé une dégradation du schéma corporel avec une posture dont la courbure s'accentue vers l'avant et une dégradation de la marche tant dans la qualité que dans le périmètre de marche. Lors de certains moments de désorientation temporelle, Mme M exprime un sentiment de solitude associé au besoin de revoir sa famille (souhait non réalisable).

Les axes thérapeutiques :

- Accompagner et apaiser l'anxiété lors des crises d'agitation.
- Prévenir l'anxiété en créant un environnement stimulant et sécurisant pour diminuer la fréquence et l'intensité des troubles psycho-comportementaux.
- Proposer du toucher thérapeutique et diversifier des stimulations sensorielles.
- Accompagner Mme M pour lui redonner un sentiment d'unité corporelle.
- Proposer des temps d'écoute.
- Maintenir l'autonomie à la marche et dans le quotidien.

Les moyens :

Nous rencontrons Mme M au moins une par semaine, entre quarante-cinq minutes et une heure, en accompagnement individuel. Nous lui proposons des bains thérapeutiques, du toucher thérapeutique et utilisons la technique de validation de Naomie Feil. Des activités de groupes et des sorties lui sont proposées.

F. Accompagnement en psychomotricité et évolution :

L'organisation du travail en psychomotricité en UHR est très différente de celui en EHPAD que je peux appréhender dans mon autre lieu de stage. En effet, en UHR nous faisons des prises en charge individuelles ou groupales en fonction des besoins des résidents.

1. Les activités de groupe :

Mme M est réceptive à la plupart des propositions d'activités qui lui sont faites. Elle participe aux groupes moteurs proposés, qui consistent essentiellement en des jeux de ballon en extérieur ou en intérieur. C'est une personne qui apprécie jouer au ballon et se promener. Dans les jeux de ballon, elle peut le lancer et l'attraper avec les deux mains, elle commente le jeu et échange avec les autres participants. Cependant, elle a parfois du mal à rester assise durant l'atelier et fait des allers-retours.

Mme M a participé à une rencontre intergénérationnelle avec des enfants de CP et a beaucoup apprécié. Elle a échangé avec les enfants et les troubles psycho-comportementaux étaient moins marqués dans les jours suivants. Lors d'une proposition de chants, que j'accompagne de piano, elle est paisible, chante avec les autres résidents et n'éprouve pas le besoin de se déplacer. Elle apprécie participer aux visites des chiens visiteurs une fois par mois, elle est ouverte à la relation et va vers les chiens. Régulièrement nous proposons à Mme M des repas thérapeutiques le soir dans un but d'accompagnement et de stimulation. Elle discute avec moi et le fait que je mange à côté d'elle la stimule implicitement. En effet il n'est pas nécessaire de lui rappeler de manger aussi souvent que quand elle mange en salle à manger. Elle semble apprécier ces temps partagés et le repas dure généralement plus longtemps.

2. Le bain thérapeutique :

Régulièrement, la psychomotricienne et moi accompagnons Mme M en bain thérapeutique. Quand je vais lui proposer le bain, je lui explique en partie en espagnol. Parfois elle comprend tout de suite et est d'accord et d'autres fois il faut que je lui explique de différentes façons pour qu'elle comprenne. Elle est généralement toujours d'accord et évoque les bains de mer avec sa famille en Espagne.

Mme M est une personne très ouverte, qui apprécie le bain et les touchers thérapeutiques que nous lui proposons, bien que la communication ne soit pas toujours facile. Elle est véritablement dans l'échange et attend une réponse de notre part. Comme la psychomotricienne ne parle pas espagnol, c'est moi qui échange avec elle. Elle apprécie être dans l'eau chaude, se détend, évoque sa famille, l'Espagne, son enfance, son métier. Les émotions liées à ces souvenirs sont positives. Parfois elle ferme les yeux. Quand je la raccompagne, elle peut verbaliser un bien-être et ne manifeste plus l'anxiété qu'elle pouvait manifester auparavant.

3. Le toucher thérapeutique :

A partir de janvier, je propose tous les jeudis après-midi un accompagnement individuel à Mme M. Je la vois maintenant seule et lui propose un moment de détente avec un toucher thérapeutique avec une huile de massage parfumée. Nous nous installons dans la salle d'activité ou dans la salle de détente au sein de l'UHR.

Mme M va jusqu'à la salle en marchant, elle a parfois besoin de mon bras. A chaque intersection, elle me demande en espagnol où nous allons et je lui réponds par des indications droite/gauche (en espagnol). Elle se saisit très bien de ces informations, ce qui montre que l'orientation spatiale dans un lieu est toujours possible.

Je lui propose des touchers-massages des mains et des bras en peau à peau essentiellement. Nous finissons la séance avec un massage du dos avec une balle ou des jeux de balle. Quand je vais à sa rencontre, Mme M est parfois triste et prostrée, agitée et désorientée, calme, paisible. Elle est cependant toujours d'accord pour que nous passions un moment ensemble et le toucher-massage est toujours très apprécié. Mme M est très réceptive au toucher et accepte chacune de mes propositions. Quand nous sommes toutes les deux dans la salle sensorielle ou dans la salle d'activité et que je la masse, Mme M est attentive à son environnement, aux tableaux sur les murs, aux personnes qu'elle voit passer dehors.

Durant certaines séances, elle verbalise en espagnol qu'elle se sent calme, tranquille, que le bras qui vient d'être massé est plus lourd, mieux que l'autre. Cela montre que le toucher thérapeutique et ce moment que nous passons ensemble lui fait du bien. Elle me remercie régulièrement en fin de rencontre. Généralement, Mme M est apaisée, ouverte à l'échange avec les autres quand je la raccompagne dans le salon. Elle semble parfois un peu plus réceptive au français après ces temps de rencontre.

Durant ces moments ensemble, Mme M parle beaucoup, en espagnol, elle évoque sa famille, son enfance et semble paisible. Elle est véritablement dans l'échange : elle attend une réponse, rebondit sur ce que je lui dis, et répète ou reformule ses propos quand je manifeste, verbalement ou non, mon incompréhension. La compréhension des émotions exprimées par le visage de l'autre est donc efficiente. Quand elle évoque un souvenir, je lui pose des questions sur cette période de sa vie auxquelles elle répond.

Par moment, il est vraiment difficile pour elle de comprendre le français et quand je ne sais pas comment dire un mot, je lui demande en espagnol comment il se dit et elle me répond. Je réutilise ce mot dans la phrase que je souhaite dire et nous continuons la conversation. Il arrive même que Mme M comprenne que je cherche un mot pour désigner un objet que nous utilisons (exemple : l'huile) et me le dise sans que je ne le lui demande. Elle comprend que je cherche à lui dire quelque chose.

Lors du toucher thérapeutique, je suis assise en face de Mme M est lorsqu'elle me parle, elle me regarde dans les yeux, elle cherche mon regard. Son discours ne m'est pas adressé que verbalement mais également par le regard. Elle est souvent attentive à ce que je fais et à ce que j'exprime non verbalement.

Un jour, à la tombée de la nuit, je croise Mme M qui pousse un chariot et parle. Elle me semble très inquiète et désorientée. Je l'accompagne alors jusque dans le salon et essaie de l'apaiser. Je ne comprends pas tout ce qu'elle me dit mais il en ressort que ses parents lui manquent. Elle pleure et manifeste une grande détresse. Cette fois, la désorientation spatio-temporelle et les souvenirs liés à la famille sont associés à des émotions négatives. Je l'écoute, essaie de verbaliser en espagnol les émotions qu'elle exprime corporellement et lui prend les mains. Nous avons vu avec la méthode de la validation de Naomi Feil que le fait de valider les sentiments douloureux qu'exprime la personne permet de les apaiser. En effet, Mme M s'apaise progressivement et cesse de parler. Je continue à lui masser les mains pendant un moment et à mettre des mots sur ce qu'elle exprime. Quand je la quitte, elle semble apaisée mais très fatiguée par cet épisode angoissant de désorientation temporelle.

Mme M est régulièrement agitée et anxieuse à l'approche du soir, elle est très désorientée, évoque sa famille avec tristesse. En février 2019, Mme M est très fatiguée, chute régulièrement et dort peu la nuit. Début mars, elle chute et est transférée aux urgences par mesure de précaution. Elle n'a pas de fracture mais de gros hématome sur le torse. Quand je la rencontre une semaine après sa chute, elle ne verbalise pas de douleur particulière mais est en fauteuil roulant et se déplace peu.

Mme M accepte toujours ma proposition de toucher thérapeutique. Cependant, elle semble fatiguée et son discours est moins adressé. La communication est de plus en plus compliquée. Je lui propose du toucher uniquement sur les mains, en peau à peau, pour que le contact physique soit direct.

G. Bilan de prise en charge :

Durant cette année, Mme M semble me reconnaître quand je m'approche d'elle, elle me salue en espagnol et semble parfois s'apaiser par ma simple présence. La relation a ainsi permis un ancrage émotionnel. La compréhension devient difficile, les incohérences et les paraphasies semblent plus fréquentes et des difficultés d'articulations apparaissent. Son discours n'est pas toujours adressé et elle est parfois logorrhéique. De plus, Mme M ne semble plus du tout comprendre le français et parfois la compréhension de l'espagnol est difficile. Durant les séances, elle évoque toujours sa famille sur un versant émotionnel neutre ou positif, cependant elle est moins réceptive à mes propos et mes questions. Depuis qu'elle est en fauteuil roulant, Mme M ne se déplace plus beaucoup et n'essaie pas de se lever, son investissement de l'espace est réduit. Elle semble plus fatiguée, ce qu'elle exprime corporellement mais également verbalement. Peu de temps avant mon départ, elle rencontre quelques difficultés lors des repas et nécessite une stimulation ou une aide physique. C'est pourquoi nous lui proposons des repas thérapeutiques plusieurs fois dans la semaine.

L'utilisation de médiations telles que le bain thérapeutique et le toucher thérapeutique semblent minimiser l'apparition des troubles psycho-comportementaux. En effet, la manifestation de l'anxiété s'est modifiée chez Mme M : elle a diminué en intensité et en fréquence. De plus, lors des phases d'agitation et d'anxiété, le toucher est un médiateur apaisant pour elle. Le cadre de la relation duelle, ainsi que l'isolement dans un lieu contenant, favorisent l'échange et l'apaisement.

L'accompagnement individuel permet à Mme M de parler d'elle, de ne pas garder pour elle ses souvenirs qui lui reviennent en mémoire et d'évoquer des souvenirs sur un versant positif. Le toucher thérapeutique lui permet de rester ancrée dans la réalité, tout en étant en relation et dans l'échange. Il serait donc intéressant de continuer la prise en charge individuelle avec des conditions équivalentes pour prévenir la majoration de l'anxiété.

Les naufragés de l'Alzheimer [33]

J'aime ces gens étranges
Aux trous dans la mémoire
Des trous remplis de plaies
Présentes ou bien passées
Vérités toutes crues
Remontant en marée
Quand les masques ont fondu
Que la farce est jouée

J'aime ces gens étranges
A la mémoire trouée
Qui échangent des bribes
De leurs vies effacées
Voyageurs sans papiers
Sans qualification
Ils sont ce que nous sommes
Et nous leur ressemblons

J'aime ces gens étranges
Qui repèrent la fausseté
Des gestes et des paroles
Réclament l'amour vrai
Carburent à la tendresse
Négligent tout le reste
Ils sont vérité nue
Ils aiment ou ils détestent

J'aime ces gens étranges
Qui ont le mal d'enfance
Comme le mal du pays
Qu'ils chercheraient en silence
Derrière l'apparence
De leur mémoire perdue
Leurs corps parlent une langue
Que nous n'entendons plus

Julos Beaucarne

[33] http://papidoc.chic-cm.fr/13poemes1.html

Conclusion

Afin d'aborder les troubles psycho-comportementaux et la désorientation spatio-temporelle chez la personne âgée ayant une démence de type Alzheimer, nous avons d'abord évoqué le temps et l'espace. Dans un premier chapitre, nous avons ainsi défini ce que sont ces deux notions complexes, puis comment le jeune enfant en construit une compréhension et une représentation. Ce qui nous permet de nous orienter dans le temps et l'espace, au niveau physiologique et cognitif, ainsi que les répercussions du vieillissement physiologique sur ces prérequis et l'orientation spatio-temporelle, ont été développés par la suite.

Au cours du deuxième chapitre, nous avons tout d'abord abordé la question des démences et plus particulièrement de la maladie d'Alzheimer, puis les répercussions de cette pathologie sur les prérequis à l'orientation spatio-temporelle et les troubles en lien. Dans un troisième temps, nous avons développé ce qu'est la désorientation spatio-temporelle et ses manifestations dans la maladie d'Alzheimer par les troubles psycho-comportementaux.

Dans un troisième et dernier chapitre, la place de la psychomotricité auprès de ce public a été abordée. Les lieux d'accueil dans lesquels j'ai été en stage et ma place de stagiaire, ont été évoqués dans un premier temps. Par la suite, nous avons vu comment évaluer l'orientation spatio-temporelle et les troubles psycho-comportementaux de la personne âgée. Puis nous avons développé la pratique psychomotrice auprès de la personne âgée désorientée, en détaillant tout d'abord les points importants de la communication verbale et non verbale, puis les médiations toucher thérapeutique et bain thérapeutique. Une étude de cas est venue par la suite illustrer la communication et les médiations corporelles.

Il y a différentes façons d'être désorienté dans le temps et l'espace et cette désorientation peut entraîner des troubles psycho-comportementaux. Il est important d'être disponible et empathique dans la relation avec une personne désorientée, d'être authentique. L'écoute, la verbalisation les médiations corporelles peuvent être un outil pour apaiser la personne en phase de trouble ou dans une visée préventive.

L'écriture de ce mémoire m'a permis d'enrichir mes connaissances sur le développement de l'enfant concernant les repères spatio-temporels, le vieillissement et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer et la pratique psychomotrice auprès des personnes âgées ayant une pathologie de ce type. Les apports théoriques m'ont aidé dans ma pratique, notamment dans la manière d'être et d'entrer en relation avec une personne désorientée. Mes observations et expériences en stage ont éclairé ma compréhension de la théorie et permis de faire des allers-retours entre théorie et clinique.

Au cours de cette année, grâce à l'écriture de ce mémoire et à mes stages, j'ai compris que le plus important n'était pas de comprendre tout ce que la personne me dit mais d'en saisir le sens et de toujours valider l'émotion et être attentive à la communication non verbale. Du fait de l'amnésie rétrograde, la personne revit alors un épisode de son passé, pas seulement dans sa tête, mais aussi dans son corps, en revivant les émotions en lien avec cet événement. Face à une personne désorientée, le plus important n'est pas de savoir si ce qu'elle nous dit de son passé a réellement eu lieu ou non, mais de l'accompagner pour l'apaiser quand ses souvenirs font émerger des émotions comme la tristesse, la peur.

Bibliographie

[1] Alaux, M. (2014). *''Mettre des mots sur les maux'' Guy Henri. Comment aider à maintenir une communication avec une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer en psychomotricité ?* Mémoire de psychomotricité. Bordeaux (France)

[2] Albaret, J.-M. et Aubert, E. (2001). *Vieillissement et psychomotricité.* Marseille (France) : Solal

[3] Amieva, H., Belliard, S. et Salmon, E. (2014). *Les démences.* Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur

[4] Augrit, M. (1995). *Le corps âgé dans l'espace*. Mémoire de psychomotricité. Bordeaux (France)

[5] Beigneux, K., Plaie, T. et Isingrini, M. (2008). Effet du vieillissement sur les capacités de stockage de la mémoire de travail spatiale : comparaison d'une épreuve de rappel libre et de rappel indicé. *Bulletin de psychologie* (n°495), pp.237-243

[6] Berthoz, A. (2013). *Le sens du mouvement.* Paris (France) : Odile Jacob

[7] Bonneton-Tabariés, F. et Lambert-Libert, A. (2009). *Le toucher dans le relation soignant-soigné* (2e éd.), pp.11-70 ; 95-153). Paris (France) : MED-LINE

[8] Bullinger, A. (2007). A propos du développement psychomoteur. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (n°55), pp.134-135

[9] Bullinger, A. (2008). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche* (2e éd.), (pp.23-48 ; 81-92). Toulouse (France) : ERES

[10] Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Tome 2 – L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*, (pp. 15-55). Toulouse (France) : ERES

[11] Camicioli, R. (2006). Distinguer les différents types de démences. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences* (Vol. 8, n°4), pp.4-11. (Canada)

[12] Costemale, A. (2013). *L'eau, berceau de la verticalité, Etude du redressement chez les personnes âgées et autres démences*. Mémoire de psychomotricité. Bordeaux (France)

[13] Courjou, E. (2007). *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel*, pp.1-52 ; 67-81. Paris (France) : Dunod

[14] Crocq, M., Guelfi, J., Boyer, P., Pull, C. et Pull-Erpelding, M. (2015). *DSM-5® manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Issy-les-Moulineaux (France) : Elsevier Masson

[15] Croisile, B. (2010). *La maladie d'Alzheimer*. Paris (France) : Larousse

[16] Duarte Areia, M. (2015). *Unité d'Hébergement Renforcé et psychomotricité : comment prévenir et agir sur les troubles du comportement chez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?* Mémoire de psychomotricité. Bordeaux (France)

[17] Dujardin, K. et Lemaire, P. (2008). *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, pp.3-186. Issy-les-Moulineaux (France) : Elsevier Masson

[18] Forestier, M. (2011). *De la naissance aux premiers pas : Accompagner l'enfant dans ses découvertes motrices* (2e éd.). Paris (France) : ERES

[19] Galliano, A.-C., Potel, C. et Pavot, C. (2015). L'espace et le temps. Dans Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J.-M. *Manuel d'enseignement en psychomotricité, Tome 1 Concepts fondamentaux*, pp. 247-285. Berchem (Belgique) : De Boeck Supérieur

[20] Gaucher-Hamoudi, O. et Guiose, M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*, pp.95-106. Paris (France). Heures de France

[21] Gil, R. (2013). *Vieillissement et Alzheimer comprendre pour accompagner,* pp.41-72. Paris (France) : L'Harmattan

[22] Gil, R. et Poirier, N. (2018). *Alzheimer : de carpe diem à la neuropsychologie*, pp.79-244. Toulouse, (France) : ERES

[23] Gonneaud, J., Eustache, F. et Desgranges, B. (2009). La mémoire prospective dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer : intérêts et limites des études actuelles. *Revue de neuropsychologie* (Vol. 1, n°3), pp.238-246. John Libbey Eurotext

[24] http://papidoc.chic-cm.fr/04alzheimsugg.html

[25] http://papidoc.chic-cm.fr/21desorientation.html

[26] http://papidoc.chic-cm.fr/34parolemains.html

[27] http://www.ac-grenoble.fr/ecole/74/eps74/IMG/pdf/henart_dehondt_orientation_dans_lespace.pdf

[28] http://www.blog-elsevier-masson.fr/2018/07/les-agnosies-spatiales/

[29] http://www.cnrtl.fr/

[30] http://www.crfna.be/Portals/0/fonctions%20ex%C3%A9cutives.pdf

[31] http://www.omedit-hautenormandie.fr/Files/protocole_troubles_psycho_comportementaux_janvier_2014.pdf

[32] https://collegeyoga.fr/651la_perception_du_temps_Nathalie_Lecocq.pdf

[33] https://maison-de-retraite.ooreka.fr/astuce/voir/607695/desorientation

[34] https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-9?fbclid=IwAR3s5l8baVoARc95-N3ufiPYcaxEGYyThX3DveeVeci4lfv5_D6II7E3HTQ

[35] https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

[36] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2851128/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostiquer-tot-pour-mettre-en-place-un-parcours-de-soins-et-d-accompagnement-adapte

[37] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/lap_alzheimer_finale_web_juin2009.pdf

[38] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

[39] https://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

[40] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

[41] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_14_communiquer_troubles_memoire_langage.pdf

[42] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_12_tnm_preserver_autonomie_cognitivo-fonctionnelle.pdf

[43] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_uhr_16x24.pdf

[44] https://www.larousse.fr/

[45] https://www.larousse.fr/encyclopedie

[46] Juhel, J.-C. (1997). *Favoriser le développement de l'enfant : Psychomotricité et action éducative,* pp.71-109. Lyon (France) : Chronique sociale

[47] Juhel, J.-C. (2016). *La psychomotricité au service de la personne âgée* (2e éd.). Paris (France) : Chronique sociale

[48] Klerk-Rubin, V. de (2015). *La méthode de Naomi Feil à l'usage des familles la validation, pour garder le lien avec un proche âgé désorienté* (2e éd.). München (Allemagne) : Lamarre

[49] Lacombe, J. (2012). *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans* (4e éd.). Bruxelles (Belgique) : De Boeck

[50] Lafargue-Cauchoix, S. et Rogez, E. (2006). Communiquer dans et par tous les sens. *Soins gérontologie* (n°57), p.13. Issy-les-Moulineaux (France) : Elsevier Masson

[51] Lesage, B. (2006). Naitre à l'espace, Prémices d'une clinique élargie. *Enfances et Psy* (Vol. 4, n°33), pp.113-123. ERES

[52] Magne, L. (2009). *Les répercussions du vieillissement sur l'investissement de l'espace*. Mémoire de psychomotricité. Bordeaux (France)

[53] Martin, E. (2015). Prise en charge des symptômes psycho-comportementaux de la démence. Dans Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J.-M., *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 3 Clinique et thérapeutiques* (Vol. 3), pp.341-355. Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Solal

[54] Meunier, L. (2015). *Le bébé en mouvement*. Paris (France) : Dunod

[55] Miermon, A., Benois-Marouani, C. et Jover, M. (2015). Le développement psychomoteur. Dans Scialom, P., Giromini, F., et Albaret, J.-M., *Manuel d'enseignement en psychomotricité, Tome 1 Concepts fondamentaux* (Vol. 1), pp.17-86. Berchem (Belgique) : De Boeck Solal

[56] Morandi, S. (2016). *Alzheimer, gardez le contact ! : Des outils relationnels et humains pour une communication valorisante*, Saint-Julien-en-Genevois (France) : Jouvence

[57] Pellege, C. (2016). *Réflexion sur l'intérêt du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'expression des troubles du comportement de la personne âgée démente*. Mémoire de psychomotricité. Bordeaux (France)

[58] Pellissier, J. (2011). *Ces troubles qui nous troublent : Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels* (2e éd.). Toulouse (France) : ERES

[59] Piaget, J. et Inhelder, B. (2008). *La psychologie de l'enfant* (2e éd.). Paris (France) : Presses universitaires de France

[60] Plociniak, L. (2015). *La psychomotricité auprès de la personne âgée démente anxieuse en EHPAD : les médiations bain et toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement*. Mémoire de psychomotricité. Bordeaux (France)

[61] Puyjarinet, F. (2012). Perception du temps : aspects théoriques et perspectives clinique en psychomotricité. *Thérapie psychomotrice et recherches* (n°171), pp.30-38

[62] Raschilas, F. (2006). Le vieillissement sensoriel. *Soins gérontologie* (n°57), pp.14-15. Issy-les-Moulineaux (France) : Elsevier Masson

[63] Reymond-Laruinaz, A. (2017*). "Je ne sais plus qui je suis" Approche psychomotrice et maintien de l'identité chez la personne âgée démente en institution*. Mémoire de psychomotricité. Bordeaux (France)

[64] Schiaratura, L. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du* vieillissement (Vol. 6, n°3), pp.183-188. Lille (France)

[65] Tartas, V. (2010). Le développement de notions temporelles par l'enfant. *Développements* (Vol. 1, n°4), pp.17-26. De Boeck Supérieur

Annexe 1

Tableau réalisé à partir des ouvrages de Juhel [46], Forestier [18], Lacombe [49] et Galliano et al. [19], [27].

Age	Notions topologiques spatiales
5-6 mois – 2 ans	Explore dedans/dehors, devant/derrière, vide/plein, la hauteur grand/petit, près/loin, en haut/en bas, avancer/reculer et construit le volume par ses manipulations et ses déplacements Commence à faire des jeux d'encastrements
2 – 3 ans	Maitrise devant/derrière, sur/sous, dessus/dessous, dedans/dehors, grand/petit, en haut/en bas, à l'envers/à l'endroit, couché/debout, rond
3 – 4 ans	Maitrise à côté, loin/près, autour, moyen, carré, peu/beaucoup Commence à respecter les contours d'un coloriage
4 – 5 ans	Maitrise contre, droit, entier, partout, rectangle, gros/petit Trie des formes géométriques, des grandeurs Reconnait des trajets habituels, peut expliquer comment il va faire pour rejoindre un objet Commence à faire des puzzles
5 – 6 ans	Manipule et maitrise droite/gauche sur lui, au milieu, demi, épais/mince, penché Commence à appréhender les notions spatiales liées à la lecture et à l'écriture Discrimine visuellement des orientations
6 – 7 ans	Peut identifier la droite et la gauche sur l'autre dans le même sens que lui Maitrise tirer/pousser, plier, losange Est capable de découper une forme géométrique en parts égales objet
7 – 8 ans	Est capable d'identifier la droite et la gauche sur l'autre en face de lui et indiquer le positionnement de deux objets en utilisant droite/gauche Distingue contre/près, long/court
8 – 9 ans	Maitrise large/étroit, épais/mince, volume, horizontale, verticale, profondeur, différence entre, les opérations mathématiques Peut indiquer le positionnement de trois objets en utilisant droite/gauche Comprend la notion de perspective Appréhende le rapport temps-espace
9 – 11 ans	S'oriente droite/gauche sur un plan d'un point A à un point B
11 – 12 ans	S'oriente droite/gauche sur à un plan d'un point A vers un point B et inversement

Annexe 2

Tableau réalisé à partir des ouvrages de Juhel [46], Tartas [65] ; Lacombe [49] et Galliano et al. [19].

Age	Notions temporelles
18 – 24 mois	Comprend maintenant/plus tard (l'attente), vite/doucement
2 – 3 ans	Comprend bientôt Distingue le présent et le futur proche et commence à utiliser demain, bientôt, tout à l'heure
3 – 4 ans	Manipule puis maitrise nuit/jour, matin/après-midi, plus âgé/plus jeune Peut répéter une histoire courte en conservant les éléments principaux
4 – 5 ans	Utilise avant/après, hier/demain Comprend plus âgé/plus jeune Raconte sa journée et planifie celle à venir Peut ordonner chronologiquement une succession d'actions habituelles Commence à connaitre l'ordre des saisons, le jour de la semaine, les mois de l'année
5 – 6 ans	Peut comparer deux durées Connait les jours de la semaine plus ou moins dans l'ordre Peut remettre dans l'ordre des images pour reconstituer une histoire qui représente une succession d'actions
6 – 7 ans	Ordonne les heures d'une journée, les jours de la semaine (sans avoir systématiquement recours à des listes verbales précédemment apprises) et les associe à des événements familiers
7 – 8 ans	Repère et comprend l'aspect cyclique des jours, des mois, des saisons, des années, des anniversaires, connait l'année en cours Peut estimer une durée en la comparant à une autre et une durée pour réaliser une action ou un trajet Peut comparer des âges, des résoudre des problèmes de vitesse, de durée de trajet
8 – 9 ans	Donne la date précise Comprend les notions de chronicité, succession, ordre généalogique Intègre la continuité et l'irréversibilité tu temps et appréhende la question de la fin de la vie et de la mort Appréhende le rapport temps-espace : comprend et lit l'heure, peut représenter le temps sur une frise chronologique

Annexe 3

Schéma des lobes cérébraux [34]

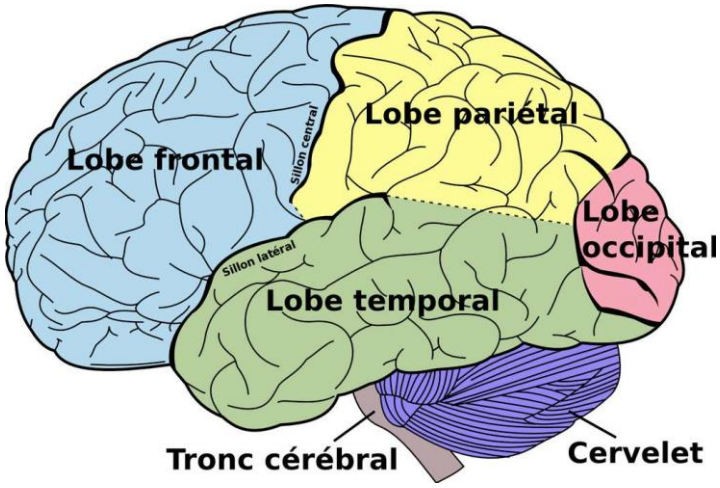
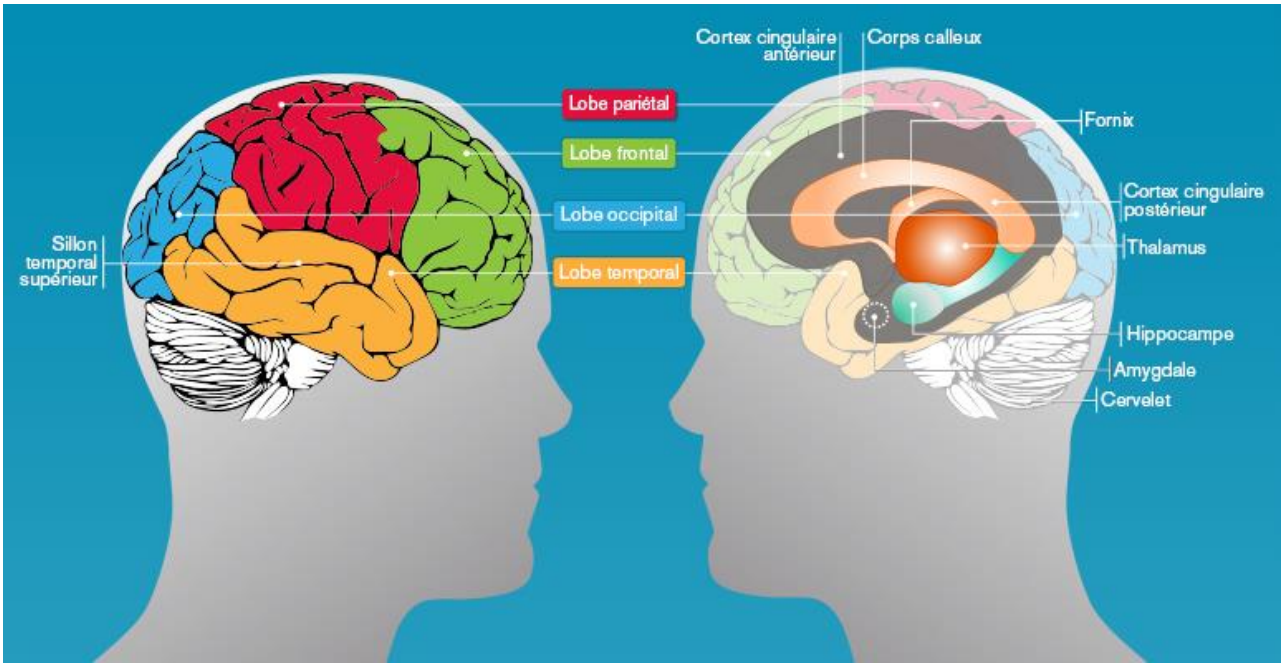


Schéma du cortex cérébral [35]



[34] https://fr.cdn.v5.futura-sciences.com/buildsv6/images/mediumoriginal/f/6/6/f66c1a87a8_109120_lobe-frontal.jpg
[35] https://www.sciencesetavenir.fr/sante/inutile-de-critiquer-votre-adolescent-son-cerveau-n-ecoute-pas_28199

Annexe 4

Critères DSM-5 de la démence [14, pp.711-712 ; 714-715]

« Troubles neurocognitifs majeur et léger

Trouble neurocognitif majeur

A- Preuve d'un déclin cognitif significatif par rapport à niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivo-motrices ou cognition sociale) reposant sur :

1- Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et

2- Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.

B- Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c'est-à-dire tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise des médicaments).

C- Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (délirium).

D- Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (par exemple un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

Spécifier si c'est dû à :

Une maladie d'Alzheimer (p.721)
Une dégénérescence lobaire frontale (p.725)
Une maladie à corps de Lewy (p.730)
Une maladie vasculaire (p.733)
Une lésion cérébrale traumatique (p.737)
L'usage d'une substance/d'un médicament (p.476)
Une infection par le VIH (p.746)
Une maladie à prions (p.749)
Une maladie de Parkinson (p.751
Une maladie de Huntington (p.754)
Une autre affection médicale (p.756)
Des étiologies multiples (p.757)
Non spécifié (p.758) »

« Spécifier :

Sans perturbation du comportement : Si la perturbation cognitive ne s'accompagne d'aucune perturbation du comportement cliniquement significative.

Avec perturbation du comportement (*spécifier la perturbation*) : Si la perturbation cognitive s'accompagne d'une perturbation du comportement cliniquement significative (par exemple symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie ou tout autre symptômes comportemental).

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidiennes (par exemple travaux ménagers, gestion de l'argent).

Moyen : Difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne (par exemple manger, s'habiller).

Grave : Dépendance complète. »

Trouble neurocognitif léger

A- Preuve d'un déclin cognitif modeste par rapport à niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivo-motrices ou cognition sociale) reposant sur :

1- Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et

2- Une altération modeste des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.

B- Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec les capacités d'autonomie dans les actes du quotidien (c'est-à-dire que les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise des médicaments sont préservées mais un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement peuvent être nécessaires).

C- Les déficits cognitifs ne doivent pas survenir exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (délirium).

D- Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

Spécifier si c'est dû à :

Une maladie d'Alzheimer (p.721)
Une dégénérescence lobaire frontale (p.725)
Une maladie à corps de Lewy (p.730)
Une maladie vasculaire (p.733)
Une lésion cérébrale traumatique (p.737)
L'usage d'une substance/d'un médicament (p.476)
Une infection par le VIH (p.746)
Une maladie à prions (p.749)
Une maladie de Parkinson (p.751
Une maladie de Huntington (p.754)
Une autre affection médicale (p.756)
Des étiologies multiples (p.757)
Non spécifié (p.758) »

« Spécifier :

Sans perturbation du comportement : Si la perturbation cognitive ne s'accompagne d'aucune perturbation du comportement cliniquement significative.

Avec perturbation du comportement (*spécifier la perturbation*) : Si la perturbation cognitive s'accompagne d'une perturbation du comportement cliniquement significative (par exemple symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie ou tout autre symptômes comportemental). »

Annexe 5

Critères DSM-5 de l'APA [14, pp.721-722]

« Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer

A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.

B. Il y a un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines sont altérés).

C. Les critères de maladie d'Alzheimer soit probable, soit possible, sont remplis comme suit :

Pour le trouble neurocognitif majeur :

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si l'un des éléments suivants est présent ; sinon, **une maladie d'Alzheimer possible** sera le diagnostic retenu.

1. Mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer mise en évidence par les antécédents familliaux ou par un test génétique.
2. Les trois critères suivants sont présents :
   a. Présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif (d'après une anamnèse détaillée ou une série de tests neuropsychologiques).
   b. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
   c. Absence d'étiologies mixtes (c'est-à-dire, absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie mentale, neurologique ou systémique ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).

Pour le trouble neurocognitif léger :

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer est mise en évidence par les antécédents familiaux ou un test génétique.

Une maladie d'Alzheimer possible est diagnostiquée si aucune mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer n'est mise en évidence par les antécédents familiaux ou un test génétique et si les trois critères suivants sont présents :

1. Présence évidente d'un déclin de la mémoire et de l'apprentissage.
2. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
3. Absence d'étiologies mixtes (c'est-à-dire, absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique ou systémique, ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).

D. La perturbation ne peut pas être mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique. »

Annexe 6

Critères DSM-5 de l'APA [14, pp.733-734]

« Trouble neurocognitif vasculaire majeur ou léger

A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
B. Les caractéristiques cliniques sont compatibles avec une étiologie vasculaire, comme cela est suggéré par l'un des deux éléments suivants :
   1. La survenue des déficits cognitifs est en relation temporelle avec un ou plusieurs accidents cérébrovasculaires.
   2. Mise en évidence d'un déclin notable de l'attention complexe (incluant la rapidité de traitement) et des fonctions exécutives frontales.
C. Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen clinique et/ou la neuro-imagerie de la présence d'une maladie cérébrovasculaire considérée comme suffisante pour expliquer les déficits neurocognitifs.
D. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une autre maladie cérébrale ou un trouble systémique.

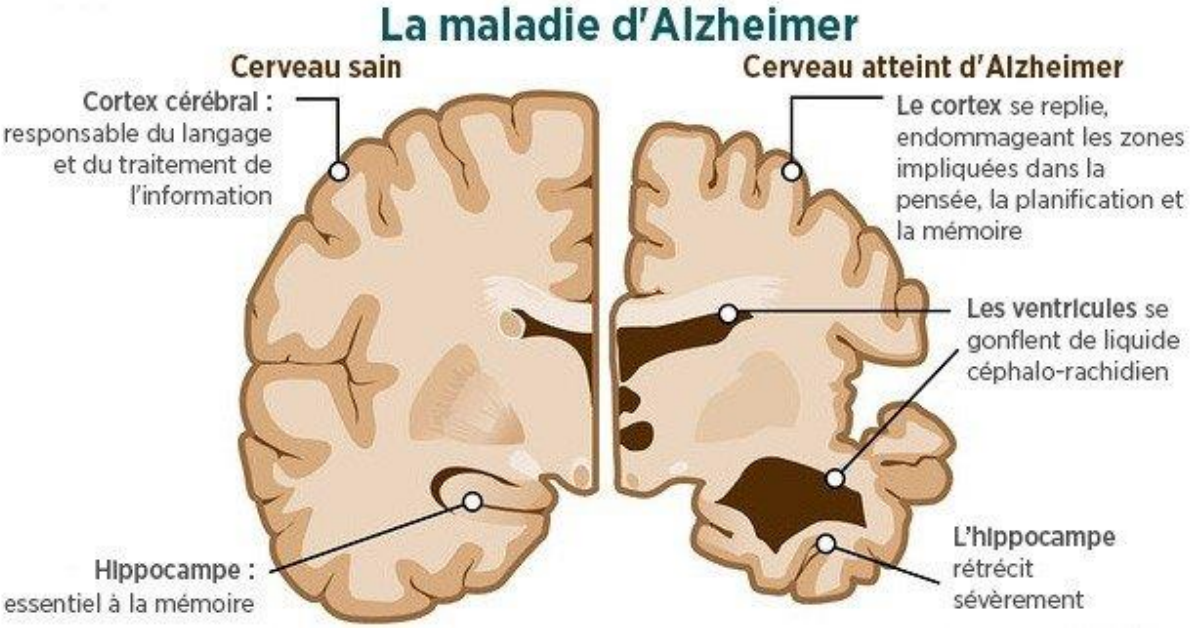
Un trouble neurocognitif vasculaire probable est diagnostiqué si l'un des éléments suivants est présent : sinon **un trouble neurocognitif vasculaire possible** sera le diagnostic retenu :

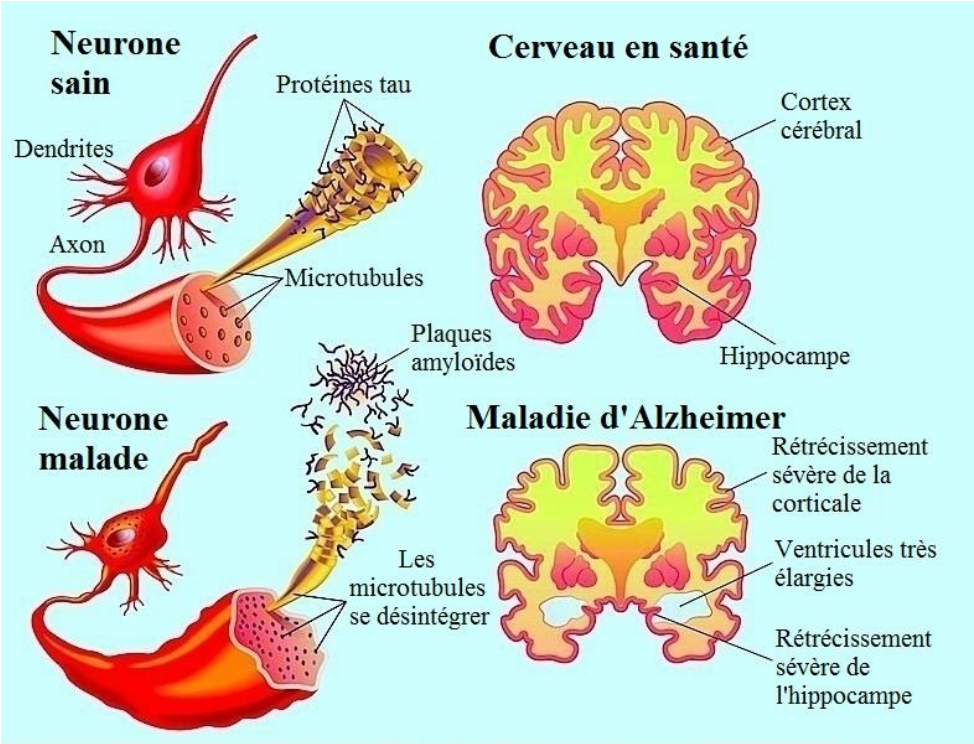
1. Les critères cliniques sont étayés par la mise en évidence par neuro-imagerie d'atteintes parenchymateuses significatives imputables à une maladie cérébrovasculaire (preuve par la neuro-imagerie).
2. Le syndrome neurocognitif est en relation temporelle avec un ou plusieurs accidents cérébrovasculaires avérés.
3. Mise en évidence à la fois clinique et génétique de la présence d'une maladie cérébrovasculaire (par exemple artériopathie cérébrale autosomique dominante avec infarctus sous-corticaux et leucoencéphalopathie).

Un trouble neurocognitif vasculaire possible est diagnostiqué lorsque les critères cliniques sont présents mais que la neuro-imagerie n'est pas disponible et que la relation temporelle directe avec un ou plusieurs accidents cérébrovasculaires n'est pas établie. »

Annexe 7

Schémas comparatifs du cortex cérébral et des neurones avec et sans maladie d'Alzheimer [36] [37]





[36] http://infos-santes.blogspot.com/2015/09/prevention-de-la-maladie-dalzheimer.html

[37] https://www.physiotherapiepourtous.com/wp-content/uploads/2016/03/Maladie-d-Alzheimer.jpg

Annexe 8

Inventaire neuropsychiatrique
NPI-*ES*

Nom du patient :		Prénom du patient :
Âge :	Sexe : H F	Date du test :

Fonction de la personne interviewée :

Type de relation avec le patient :

- ☐ **très proche/**prodigue des soins quotidiens,
- ☐ **proche/**s'occupe souvent du patient,
- ☐ **pas très proche/**donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient.

NA = question inadaptée (non applicable) - **F x G** = Fréquence x Gravité

ITEMS	NA X	Absent 0	Fréquence 1 2 3 4	x	Gravité 1 2 3	= F x G	Retentissement 1 2 3 4 5
Idées délirantes	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Hallucinations	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Agitation/Agressivité	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Dépression/Dysphorie	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Anxiété	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Exaltation de l'humeur/Euphorie	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Apathie/Indifférence	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Désinhibition	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Comportement moteur aberrant	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
						SCORE TOTAL 10 ☐	
CHANGEMENTS NEUROVÉGÉTATIFS							
Sommeil	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
Appétit/Troubles de l'appétit	☐	☐	☐☐☐☐	x	☐☐☐	= ☐	☐☐☐☐☐
						SCORE TOTAL 2 ☐	
						SCORE TOTAL 12 ☐	

Annexe 9

Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) 29 items version longue

Nom du patient :		Prénom du patient :
Date de naissance du patient :	Sexe : H F	Date du test :
Nom du référent :		(conjoint - enfant - soignant - autre) :

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

- 0 = non évaluable
- 1 = jamais
- 2 = moins d'une fois par semaine
- 3 = une à deux fois par semaine
- 4 = quelquefois au cours de la semaine
- 5 = une à deux fois par jour
- 6 = plusieurs fois par jour
- 7 = plusieurs fois par heure

		FRÉQUENCE	0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation physique non agressive	1.	Cherche à saisir								
	2.	Déchire les affaires								
	3.	Mange des produits non comestibles								
	4.	Fait des avances sexuelles physiques								
	5.	Déambule								
	6.	Se déshabille, se rhabille								
	7.	Attitutes répétitives								
	8.	Essaie d'aller ailleurs								
	9.	Manipulation non conforme d'objets								
	10.	Agitation généralisée								
	11.	Recherche constante d'attention								
	12.	Cache des objets								
	13.	Amasse des objets								
Agitation verbale non agressive	14.	Répète des mots, des phrases								
	15.	Se plaint								
	16.	Émet des bruits bizarres								
	17.	Fait des avances sexuelles verbales								
Agitation et agressivité physiques	18.	Donne des coups								
	19.	Bouscule								
	20.	Mord								
	21.	Crache								
	22.	Donne des coups de pied								
	23.	Griffe								
	24.	Se blesse, blesse les autres								
	25.	Tombe volontairement								
	26.	Lance les objets								
Agitation et agressivité verbales	27.	Jure								
	28.	Est opposant								
	29.	Pousse des hurlements								
		Score total								

©PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr
Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.
Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B.
Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. La Revue Fr. de Psychaitrie et Psychol. Médicale 1997 151-157

Cette échelle dont le score maximal est de 203 permet d'évaluer l'état d'agitation. Plus le score est élevé, plus l'agitation est intense.

Annexe 10

Grille AGGIR :

Le GIR est calculé à partir de la grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources (AGGIR,) qui permet de mesurer le degré de dépendance physique et/ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses actes essentiels et quotidiens. Dix variables "discriminantes" se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et entrent en compte dans le calcul du GIR. Sept variables "illustratives" apportent des informations complémentaires.

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas.

Calcul du GIR à partir de la grille AGGIR :

Le GIR représente le degré ou la classification de dépendance d'une personne. Selon la valeur "A", "B" ou "C" attribuée aux variables de la Grille AGGIR, ce logiciel de primo évaluation, établi par le Syndicat National de Gérontologie Clinique, détermine la valeur du GIR, de 1 (niveau de dépendance le plus grave) à 6 (pas de dépendance notable) :

- **GIR 1 : Dépendance totale, mentale et corporelle** : personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **GIR 2 : Grande dépendance** : personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état nécessite une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; ou personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices
- **GIR 3 : Dépendance corporelle** : personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle
- **GIR 4 : Dépendance corporelle partielle** : personnes âgées qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement et doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage mais s'alimentent le plus souvent seules ; ou personne âgées qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qui doivent être aidées pour les activités corporelles et les repas
- **GIR 5 : Dépendance légère** : personnes âgées qui se déplacent à l'intérieur de leur domicile, s'habillent et s'alimentent seules mais ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
- **GIR 6 : Pas de dépendance notable** : personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante

Seule l'obtention des GIR 1 à 4 permettra de bénéficier de l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie).

Annexe 11

L'indice de Karnofsky :

L'indice de Karnofshy est une échelle qui permet au médecin d'évaluer le degré d'autonomie et de dépendance d'un patient. L'évaluation se fait en pourcentage. L'indice va de 100 % (« normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie ») à 10 % (« moribond, processus fatal progressant rapidement ») en passant par différents états intermédiaires.

Capable de mener une activité normale	100 %	normal, pas de signe de maladie
	90 %	peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
	80 %	peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire	70 %	peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
	60 %	nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
	50 %	nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
	40 %	handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent	30 %	sévèrement handicapé, dépendant
	20 %	très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
	10 %	moribond, processus fatal progressant rapidement

Annexe 12

1

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Nom du patient : Prénom du patient :

Date de naissance du patient : Sexe : [H] [F] Date du test :

Nom et status de l'accompagnant :

ORIENTATION / 10

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.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

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

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

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? ☐
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? ☐
9. Dans quelle province ou région est située ce département ? ☐
10. À quel étage sommes-nous ? ☐

☐ sur 10

APPRENTISSAGE / 3

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.

11. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
13. Porte		Ballon		Canard	☐

Répéter les 3 mots ☐ sur 3

ATTENTION ET CALCUL / 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 100 - 7 = 93 15. 93 - 7 = 86 16. 86 - 7 = 79 17. 79 - 7 = 72 18. 72 - 7 = 65 ☐ sur 5

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?

RAPPEL / 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
20. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
21. Porte		Ballon		Canard	☐

Répéter les 3 mots. ☐ sur 3

LANGAGE / 8

Montrer un crayon. 22. *Quel est le nom de cet objet ?* ☐

Montrer votre montre. 23. *Quel est le nom de cet objet ?* ☐

24. *Écoutez bien et répétez après moi : "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.* ☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : "FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet :

28. *"Faites ce qui est écrit"* ☐

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. *"Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière."*

☐ sur 8

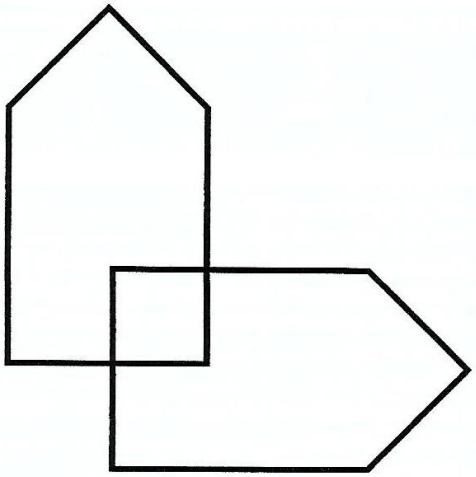
PRAXIES CONSTRUCTIVES / 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. "Voulez-vous recopier ce dessin ?" ☐ sur 1

SCORE TOTAL ☐ **sur 30**

FERMEZ LES YEUX



MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Annexe 13

Severe Impairment Battery
(S.I.B. abrégée version GRECO)

Nom du patient : M. ..... Elena	Ouie : faible; moyenne; (bonne)
Date de naissance : 08/02/1925	Vision : faible; (moyenne); bonne
Age : 93 ans	Fonctions motrices : faible; (moyenne); bonne
Date du test : 17/01/19	MMS : ..... / 30
	SCORE : 25/50

item 1 : (SI)

• S'approcher du patient dans la salle d'attente et tendre la main afin de lui serrer la main (le patient a 5" pour répondre) : **"Bonjour, je m'appelle..... "** — 1 SI

- **2 points** = le patient tend la main ou dit bonjour
- **1 point** = toute esquisse de geste ou de salutation
- **0 point**

(2, 1 ou 0)

item 2 : (SI)

• Indiquer la porte de la salle d'examen avec la main. **"Je voudrais vous poser quelques questions. Voulez vous me suivre dans mon bureau ?"** — 2 SI
Encouragement : en prenant le bras du patient : **"Venez avec moi"**

• ALTERNATIVE : **"J'aimerais vous posez quelques questions. Levez vous / Asseyez vous ici".**
Encouragement : en prenant le bras du patient, **"Levez vous / Asseyez vous ici".** (2, 1 ou 0)

- **2 points** = le patient fait ce qu'on lui a demandé ; s'il est alité, il dit qu'il ne peut pas se déplacer
- **1 point** = nécessaire de prendre le bras du patient

item 3 : (M)

"Je m'appelle..... j'aimerais que vous essayiez de vous rappeler mon nom parce que je vous le demanderai plus tard." (pause) — 3 M
"Quel est mon nom ?" "Oui, je m'appelle..... "

- **2 points** = il répète correctement
- **1 point** = tout nom qui lui ressemble

(2, 1 ou 0)

item 4 : (O)

"Comment vous appelez-vous ?" Si le patient ne donne que son nom de famille ou son prénom, l'aider à donner son nom complet. Pierre qui ? Quel est votre nom de famille, votre prénom? — 4 O

- **2 points** = nom complet ; un encouragement est admis
- **1 point** = seulement le nom ou le prénom ou nom complet après plus d'un encouragement.

(2, 1 ou 0)

item 5 : (L)

• Donner une feuille de papier au patient : **"Écrivez ici votre nom et prénom"** — 5 L

- **2 points** = nom complet ; des négligences sont admises, surtout si le sujet met sa signature
- **1 point** = partiellement correct

(2, 1 ou 0)

item 6 : (L)

• Ecrire le nom du patient au complet sur la feuille **"Je vais écrire votre nom ici ; pouvez-vous le copier ?"** — 6 L

- **2 points** = nom complet ou correct
- **1 point** = partiellement correct

(2, 1 ou 0)

item 7 : (O)

"Dans quelle ville sommes-nous ?". Encouragement : **"Est-ce ....., ... ou.....?"** (ville correcte et deux alternatives)

7 O

- **2 points** = correct spontanément
- **1 point** = correct après encouragement

(2, 1 ou 0)

item 8 : (L)

"Dans quoi buvez-vous le café ?". Encouragement : "dans quel récipient (vaisselle) buvez-vous le café ?"

8 L

- **2 points** = tasse ou bol
- **1 point** = alternative proche (ex. verre, cafetière) ou correct après encouragement
- **0 point** = mot sans rapport (ex. assiette)

(2, 1 ou 0)

item 9 : (L)

- Montrer la carte : ***donnez-moi la main.*** **"Lisez ce qui est écrit sur la carte et faites ce qui est indiqué"**
- 1er encouragement : répéter les instructions et déposer la main ouverte devant le patient
- 2ème encouragement : lire la carte à haute voix.

9 L

- **2 points** = le patient offre la main spontanément
- **1 point** = approximation très proche (ex. il lève la main) ou correct après le 1er encouragement
- **0 point** = nécessite un 2ème encouragement

(2, 1 ou 0)

item 10 : (L)

"Maintenant, donnez-moi l'autre main". Encouragement : répéter les instructions et le geste, en tendant la main ouverte.

10 L

- **2 points** = le patient offre l'autre main spontanément
- **1 point** = approximation très proche (ex. il lève la main, il donne la même main) ou correct après encouragement

Retirer la carte.

(2, 1 ou 0)

item 11 : (ATT)

"Maintenant, répétez après moi":

11 ATT

"2"----------
"5"----------

"87"----------
"41"----------

"582"----------
"694"----------

"6439"----------
"7286"----------

"42731"----------
"75836"----------

(2, 1 ou 0)

- Il n'y a que **deux** essais pour chaque série de chiffres. Interrompre si deux essais de la même longueur sont incorrects.

- **2 points** = répétition correcte des séries de 3, 4 ou 5
- **1 point** = répétition correcte des séries de 1 ou 2

item 12 : (M)

"Vous rappelez-vous mon nom?" "(oui) mon nom est....."

12 M

- **2 points** = il répète correctement
- **1 point** = tout nom qui lui ressemble

(2, 1 ou 0)

item 13 : (L)

• Montrer une tasse (photo) : **"Qu'est-ce que c'est?"** 13 L

- **2 points** = tasse → en espagnol
- **1 point** = alternative proche (ex. verre, bol)

(2, 1 ou 0)

item 14 : (PR)

"Montrez-moi comment on s'en sert" 14 PR

- **2 points** = démonstration correcte
- **1 point** = geste approximatif

(2, 1 ou 0)

item 15 : (L)

• Si le sujet a reçu 2 points pour la question 13, omettre cette question en donnant 2 points, mais il faut toujours lui poser la question suivante : donnez-lui la tasse (objet) et dites : **"Prenez ceci et dites-moi ce que c'est (encore une fois)"** 15 L

- **2 points** = correct ou question 15 correcte
- **1 point** = alternative proche

(2, 1 ou 0)

item 16 : (PR)

• Laisser le sujet prendre la tasse : **"Montrez-moi (encore une fois) comment on s'en sert "** 16 PR

- **2 points** = démonstration correcte
- **1 point** = geste approximatif (ex. il dirige la tasse vers le haut, mais pas exactement vers la bouche)

(2, 1 ou 0)

item 17 : (L)

• Omettre cette question en donnant 1 point, si les questions 13 ou 15 étaient correctes. 17 L

"Est-ce qu'il s'agit d'un chapeau ou d'une tasse ?"

- **1 point** = tasse ou question 15 ou 17 correcte
- **0 point** = chapeau

"Je veux que vous vous rappeliez cette tasse (soulevez-la) parce que je vous en reparlerai dans un moment" (1 ou 0)

item 18 : (L)

• Montrer une cuillère (objet) : **"Qu'est-ce que c'est ?"** 18 L

- **2 points** = cuillère → en espagnol
- **1 point** = alternative proche (ex. couvert, argenterie)

(2, 1 ou 0)

item 19 : (L)

• Enlever les objets. Poser devant le sujet le morceau bleu : **"Quelle est cette couleur ?"** 19 L

• Encouragement : **"Est-ce bleu ou rouge ?"**

- **2 points** = correct spontanément
- **1 point** = couleur proche de l'original (ex. pourpre ou bleu marine) ou correct après encouragement

(2, 1 ou 0)

item 20 : (VS)

• Disposer les morceaux devant le patient : 20 VS

à gauche de l'examinateur	**au centre**	**à droite de l'examinateur**
bleu	vert	rouge

"Quel morceau (indiquez-les) a la même couleur que celui-ci ?" (2, 1 ou 0)

• Encouragement : **"Voila, ceci est mon morceau bleu ; montrez-moi le votre"**
Si la réponse est incorrecte ou s'il ne répond pas : **"Le voila ! Ceci est le morceau bleu !"**

- **2 points** = correct spontanément
- **1 point** = correct après encouragement
- **0 point** = incorrect ou si c'est l'examinateur qui indique le morceau

item 21 : (M)

- Modifier la disposition des morceaux :

à gauche de l'examinateur	au centre	à droite de l'examinateur
vert	bleu	rouge

21 M

"Redonnez-moi ce morceau ; le même que celui que vous venez tout juste de me donner (ou : le même que celui que je viens de vous montrer)" (2, 1 ou 0)

- Encouragement: "Quel est le morceau que vous venez tout juste de me donner (ou : quel est le morceau que je viens de vous montrer) ?"
  "Est-ce celui-ci, celui-là ou celui-là ?" (toucher chacun des morceaux lentement)
- Si la réponse est incorrecte ou il ne répond pas : "Le voila ! C'est celui-ci !"
  - **2 points** = correct spontanément
  - **1 point** = correct après encouragement
  - **0 point** = incorrect ou si c'est l'examinateur qui indique le morceau

item 22 : (VS)

"Maintenant donnez-moi un morceau différent, pas celui que je viens de vous montrer - un autre" 22 VS

- Encouragement : "Ceci est un morceau bleu (soulevez-le) ; donnez-moi un morceau de couleur différente"
  - **2 points** = correct spontanément
  - **1 point** = correct après encouragement

(2, 1 ou 0)

item 23 : (L)

- Montrer le morceau rouge : "Quelle est cette couleur ?" 23 L
- Encouragement : "Est-ce bleu ou rouge ?"
  - **2 points** = correct spontanément
  - **1 point** = couleur proche de l'original (ex. rose ou orange) ou correct après encouragement

(2 1 ou 0)

item 24 : (C)

- Enlever les morceaux. Donner une feuille de papier au patient. "Dessinez un carré" 24 c
- Encouragement: montrer la feuille avec un carré dessus : "Copiez ceci"
  - **2 points** = carré, rectangle ou figure oblongue (la figure doit avoir 4 côtés)
  - **1 point** = dessin approximatif (ex. forme représentant un carré ouvert d'un côté) ou correct après encouragement ou si le sujet essaie de tracer le carré (2, 1 ou 0)
  - **0 point** = un trait ou un point

item 25 : (M)

- Disposer devant le patient la tasse et les distracteurs : 25 M

à gauche de l'examinateur	au centre	à droite de l'examinateur
verre gradué	tasse	bol

"Quel est l'objet que je vous avais demande de vous rappeler"
"Je vous avais demande de vous rappeler un autre objet : c'est lequel ?" (1 ou 0)

1 point = tasse nommée

faire comprendre que vous vous préparez pour partir.

item 26 : (ON)

- Lorsque vous reconduisez le patient vers la salle d'attente ou alors que vous vous préparez pour partir, placez-vous derrière le patient et appelez-le par son nom. 26 ON
  - **2 points** = réponse spontanée (ex. le sujet se retourne)
  - **1 point** = une réaction (verbale ou non-verbale, mais le sujet ne parait pas sûr de la direction de la voix)
  - **0 points** = pas de réponse

(2, 1 ou 0)

TOTAL GENERAL : ...25..... // 50

© Copyright de cette version réservé au GRECO - S'adresser au Dr Laurence HUGONOT-DIENER : medforma@pda.fr

Annexe 14

MMSE :

	Orientation	Apprentissage	Attention et calcul	Rappel	Langage	Praxies constructives	TOTAL
Avril 2016	3/10	3/3	0/5	0/3	6/8	1/1	13/30
Septembre 2016	2/10	3/3	0/5	0/3	6/8	0/1	11/30
Mars 2017	1/10	3/3	0/5	1/3	6/8	0/1	11/30
Juin 2017	1/10	2/3	0/5	0/3	5/8	0/1	8/30

Test des cinq mots de Dubois :

	Rappel immédiat	Rappel après une tâche interférente
Avril 2016	3/5	0/5
Septembre 2016	1/5	0/5
Mars 2017	4/5	1/5

Annexe 15

NIP-ES :

		04/16	01/17	01/18	12/18
Idées délirantes	Fréquence	0/4	0/4	0/4	0/4
	Gravité	0/3	0/3	0/3	0/3
	Retentissement	0/5	0/5	0/5	0/5
Hallucinations	Fréquence	0/4	0/4	0/4	**1/4**
	Gravité	0/3	0/3	0/3	**3/3**
	Retentissement	0/5	0/5	0/5	**5/5**
Agitation/Agressivité	Fréquence	**0/4**	**2/4**	**4/4**	4/4
	Gravité	**0/3**	**2/3**	**3/3**	3/3
	Retentissement	**0/5**	**4/5**	**4/5**	5/5
Dépression/Dysphorie	Fréquence	4/4	4/4	**4/4**	**3/4**
	Gravité	2/3	2/3	**3/3**	**3/3**
	Retentissement	3/5	3/5	**4/5**	**5/5**
Anxiété	Fréquence	4/4	**4/4**	**4/4**	4/4
	Gravité	2/3	**2/3**	**3/3**	3/3
	Retentissement	3/5	**3/5**	**5/5**	5/5
Exaltation de l'humeur/Euphorie	Fréquence	0/4	0/4	0/4	0/4
	Gravité	0/3	0/3	0/3	0/3
	Retentissement	0/5	0/5	0/5	0/5
Apathie/Indifférence	Fréquence	0/4	0/4	0/4	0/4
	Gravité	0/3	0/3	0/3	0/3
	Retentissement	0/5	0/5	0/5	0/5
Désinhibition	Fréquence	0/4	0/4	0/4	0/4
	Gravité	0/3	0/3	0/3	0/3
	Retentissement	0/5	0/5	0/5	0/5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	Fréquence	**3/4**	**0/4**	**3/4**	**0/4**
	Gravité	**2/3**	**0/3**	**2/3**	**0/3**
	Retentissement	**3/5**	**0/5**	**2/5**	**0/5**
Comportement moteur aberrant	Fréquence	**4/4**	**4/4**	**4/4**	**4/4**
	Gravité	**3/3**	**2/3**	**3/3**	**1/3**
	Retentissement	**4/5**	**4/5**	**4/5**	**2/5**
Sommeil	Fréquence	**0/4**	**1/4**	**0/4**	0/4
	Gravité	**0/3**	**1/3**	**0/3**	0/3
	Retentissement	**0/5**	**2/5**	**0/5**	0/5
Sommeil Troubles de l'appétit	Fréquence	**0/4**	**2/4**	**0/4**	0/4
	Gravité	**0/3**	**2/3**	**0/3**	0/3
	Retentissement	**0/5**	**4/5**	**0/5**	0/5
TOTAL		**34**	**34**	**54**	**40**

Annexe 16

Test de l'horloge :

L'examinateur présente au sujet une feuille sur laquelle un cercle d'environ 10 cm est dessiné. Il lui explique que ce cercle représente le cadran d'une horloge (ou d'une montre). Puis il demande au sujet de placer les chiffres dans ce cercle de telle manière qu'il ressemble au cadran d'une horloge. Ensuite, il lui demande de dessiner les aiguilles pour indiquer 16h40 ou 10h10. Une alternative plus sensible est de faire dessiner le cercle. Il n'y a pas de temps limite. Le sujet doit s'abstenir de regarder sa montre ou une pendule.

Compter 1 point pour chacun des items réussis :

Nombres présents :	__ / 1
Nombres dans le bon ordre :	__ / 1
Nombres en position correct :	__ / 1
Deux aiguilles présentes :	__ / 1
Heure indiquée :	__ / 1
Le nombre cible des minutes :	__ / 1
Proportions correctes des aiguilles :	__ / 1

SCORE TOTAL : ____ / 7

Annexe 17

Test des cinq mots de Dubois :

On lui présente une liste de 5 mots et on lui demande de les lire à haute voix et de les retenir. Ces 5 mots sont placés dans 5 catégories (les catégories ne sont pas présentées).

Objet	Catégories/Indice (à masquer)
Rose	Fleur
Eléphant	Animal
Chemise	Vêtement
Abricot	Fruit
Violon	Instrument de musique

ETAPE D'APPRENTISSAGE (rappel immédiat)
Présentation de la liste
- Montrer la liste de 5 mots et dire :

"Lisez cette liste de mots à haute voix et essayer de les retenir. je vous les redemanderai tout à l'heure"

- Une fois la liste lue et toujours présentée au patient (les catégories sont masquées),, lui dire :

"pouvez vous me dire, tout en regardant la feuilles, le nom du fruit, du vêtement , etc.. "

Contrôle de l'encodage = score d'apprentissage
- Cacher la feuille et dire au patient

"pouvez vous me dire la liste des mots que vous venez d'apprendre ?"

- En cas d'oubli et seulement pour les mots oubliés, poser la question en donnant la catégorie (indice) " Quel est le nom du fruit, du vêtement , etc..."
- Compter les bonnes réponses (avec ou sans indice) = score d'apprentissage
Si le score est inférieur à 5, montrer à nouveau la liste de 5 mots et rappeler les catégories et les mots oubliés
SI le score est égal à 5, l'enregistrement des mots a été effectif, on peut passer à l'épreuve de mémoire

ETAPE DE MEMOIRE (rappel différé)

Activité d'attention intercurrente
Son but est seulement de détourner l'attention du sujet pendant 3 à 5 minutes

Etude de la mémorisation (rappel différé)
- Demander au patient
"Pouvez vous me redonner les 5 mots que vous avez appris tout à l'heure ?"
- Pour les mots oubliés, poser la question en donnant la catégorie (indice)
"Quel est le nom du fruit, du vêtement , etc..."
- Compter le nombre de bons mots rapportés : c'est le score de mémoire

RESULTATS

C'est le total : score d'apprentissage + score de mémoire qui doit être égal à 10
Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié.
L'indicage permet de différentier un trouble mnésique d'un trouble de l'attention lié à l'âge ou à l'anxiété, dépression, etc...
Dans une population, générale âgée, les valeurs totales < 10 ont une sensibilité de 63% et une spécificité de 91% avec une valeur prédictive de 11,4

Annexe 18

Le Test de Tinetti

10/01/2019

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans le tableau ci-après.
L'interprétation est expliquée après le tableau.

Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs : 1. Equilibre assis sur la chaise 0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable	☑
On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs : 1. Se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras	☑
2. Tentative de se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai	☑
3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique	☑
Test de provocation de l'équilibre en position debout : 4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints 0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable	☑
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examinateur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) 0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'aggrippe, et se stabilise 2 = stable	☑
7. Yeux fermés 0 = instable 1 = stable	☑
Le patient doit se retourner de 360° : 8. Pivotement de 360° 0 = pas discontinus 1 = pas continus	☑
9. Pivotement de 360° 0 = instable (chancelant, s'aggrippe) 1 = stable	☑

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (canne ou déambulateur) : 10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	☑
11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	☐
12. Hauteur du pas : le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	☑
13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	☐
14. Hauteur du pas : le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	☑
15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	☑
16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	☑
Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	☑
Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	☑
Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	☑
Le patient doit s'asseoir sur la chaise : 17. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	☐
SCORE MAXIMUM = 28 points	18/28

Interprétation :

Total inférieur à 20 points	: risque de chute très élevé
Total entre 20-23 points	: risque de chute élevé
Total entre 24-27 points	: risque de chute peu élevé, chercher une cause comme une inégalité de longueur des membres
Total à 28 points	: normal

Annexe 19

Echelle d'autonomie ADL :

ECHELLE A.D.L		Nom ..... Prénom ..... Date ..... Score .....
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (canne, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Table des matières

Introduction 1

CHAPITRE 1 : L'espace et le temps 2

I. L'espace : 2

A. Qu'est-ce que l'espace ? 2

1. **Espace physique :** 2
2. **Espace et mouvement :** 3
3. **Espaces relationnels :** 3
4. **Repérage, orientation, organisation, structuration spatiale :** 4

B. Quelles sont étapes de la mise en place de l'orientation et de la représentation spatiales chez l'enfant ? 4

1. **Entre la naissance et 5-6 mois : la perception spatiale** 5
   a. L'espace corporel : 5
   b. Le tonus : 5
2. **Entre 5-6 et 24 mois : l'exploration spatiale** 5
   a. Les changements de position : 5
   b. Les débuts de la locomotion : 5
   c. La position assise : 6
   d. La préhension et les manipulations : 6
   e. La position debout : 6
   f. La marche : 6
3. **Entre 2 et 7 ans : l'orientation spatiale** 6
   a. La latéralité : 6
   b. Le référentiel spatial égocentré : 7
   c. Les repères topologiques : 7
4. **A partir de 7-8 ans : la représentation spatiale** 7

II. Le temps : 8

A. Qu'est-ce que le temps ? 8

1. **Donnée infinie, immaitrisable mais mesurable :** 8
2. **Perception du temps :** 8
3. **Le temps quotidien :** 9
4. **Repérage, orientation dans le temps :** 9
5. **Aspect rythmique :** 9

B. Comment l'enfant acquière-t-il la capacité de s'orienter dans le temps puis de se le représenter ? 10

1. **Durant la grossesse et jusqu'à 2 ans : le temps vécu et les activités rythmiques** 10
   a. Les rythmes physiologiques : 10
   b. Les rythmes relationnels : 11
   c. La rythmicité du langage oral : 11
   d. La temporalité du geste : 11
   e. Les notions temporelles : 12
2. **Entre 2 et 6 ans : le temps perçu** 12
   a. Le langage oral : 12
   b. L'entrée à l'école : 12
   c. Le temps raconté : 12
3. **Après 6 ans : le temps représenté** 13

III. Qu'est-ce qui nous permet de nous orienter dans le temps et l'espace ? 14
A. Les bases cérébrales : **14**
1. Le lobe occipital : 14
2. Le lobe pariétal : 14
3. Le lobe temporal : 14
4. Le lobe frontal : 14
5. Les hippocampes : 14
6. Le cervelet : 15
B. La sensorialité : **15**
1. La sensibilité tactile : 15
2. La sensibilité auditive : 15
3. Les sensibilités olfactive et gustative : 16
4. La sensibilité visuelle : 16
5. La sensibilité proprioceptive : 16
6. La sensibilité vestibulaire : 16
C. La mémoire : **17**
1. La mémoire à court terme : 17
2. La mémoire à long terme : 17
a. La mémoire épisodique autobiographique : 17
b. La mémoire sémantique : 18
c. La mémoire sensorielle : 18
d. La mémoire procédurale : 18
3. La mémoire spatiale : 18
a. Le calepin visuo-spatial : 18
b. La mémoire topographique : 19
c. La navigation inertielle : 19
d. La mémoire des rotations : 19
e. La mémoire des translations : 19
f. La mémoire de la marche : 19
4. La mémoire temporelle : 19
D. L'attention : **20**
1. L'attention sélective : 20
2. L'attention soutenue : 20
3. L'attention partagée : 20
E. Les fonctions exécutives : **20**
IV. Le repérage spatio-temporel dans le vieillissement physiologique : 22
A. Qu'est-ce que vieillir ? **22**
1. Les fonctions sensorielles : 22
2. Les fonctions cognitives : 22
3. Les fonctions mnésiques : 23
a. La mémoire de travail : 23
b. La mémoire épisodique : 23
La mémoire épisodique rétrospective : *23*
La mémoire épisodique prospective : *23*
Les télescopages : *23*
c. La mémoire sémantique : 23
d. L'amnésie : 23
e. La mémoire procédurale : 23

4. **Les capacités attentionnelles :** 24
a. L'attention sélective : 24
b. L'attention soutenue : 24
c. L'attention partagée : 24
5. **Les fonctions exécutives :** 24

B. Au niveau psychomoteur : 24

1. **La relation au corps :** 24
a. La posture : 25
b. La locomotion : 25
c. Les coordinations : 25
2. **La relation à l'environnement :** 25
a. L'investissement et l'orientation dans l'espace : 25
b. Le rapport au temps et l'orientation temporelle : 26

CHAPITRE 2 : La désorientation spatio-temporelle et ses manifestations dans la maladie d'Alzheimer 28

I. Qu'est-ce que les démences ? 28

A. Définitions : 28

B. Critères diagnostic : 28

C. Différents types de démences : 29

1. **Les démences corticales :** 29
2. **Les démences sous-corticales :** 29

D. La maladie d'Alzheimer : 29

1. **Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ?** 29
2. **Les critères diagnostic :** 30
3. **La démence mixte :** 30

II. Quels sont les répercussions de la maladie d'Alzheimer sur les prérequis à l'orientation spatio-temporelle ? 32

A. Au niveau cérébral : 32

1. **Les hippocampes :** 32
2. **Le lobe occipital :** 32
3. **Le lobe pariétal :** 32
4. **Le lobe temporal :** 33
5. **Le lobe frontal :** 33

B. Les troubles mnésiques : 33

1. **La mémoire à court terme :** 33
a. L'oubli à mesure : 33
b. La mémoire de travail : 34
c. L'anosognosie : 34
2. **La mémoire à long terme :** 34
a. La mémoire épisodique autobiographique : 34
b. L'amnésie rétrograde : 35
c. L'amnésie antérograde : 35
d. La mémoire sémantique : 35
e. La mémoire procédurale : 36
f. La mémoire sensorielle : 36

C. Les troubles exécutifs : 37

D. Les troubles attentionnels : 37

E. Les troubles de la communication : 38
1. Alexithymie : 38
2. Dysphasie : 38
3. Manque du mot et manque de vocabulaire : 39
4. Langue maternelle : 39
5. Langage écrit : 39
6. Stéréotypies verbales : 40
F. Les troubles praxiques : 40
1. Apraxie constructive : 40
2. Apraxie idéomotrice : 40
3. Apraxie idéatoire : 41
4. Apraxie de l'habillage : 41
G. Les troubles gnosiques : 41
1. L'agnosie : 41
2. La prosopagnosie : 42
3. L'autoprosopagnosie : 43
4. L'agnosie spatiale : 43
III. La désorientation spatio-temporelle et la maladie d'Alzheimer : 44
A. Qu'est-ce que la désorientation spatiale ? 44
1. Des désorientations spatiales ? 44
2. Ne pas savoir dans quel lieu on se trouve : 45
3. Ne pas pouvoir s'orienter dans un lieu ou sur un plan : 45
a. Agnosie topographique : 45
b. Perception de l'espace : 45
c. Orientation sur un plan : 46
d. Orientation dans un lieu inconnu : 46
B. Qu'est-ce que la désorientation temporelle ? 47
1. Se situer dans le temps chronologique : 47
2. Mesurer le temps qui passe : 47
3. Orientation dans une temporalité passée : 48
C. Les troubles psycho-comportementaux : manifestation de la désorientation spatio-temporelle : . 49
1. Qu'est-ce que les troubles psycho-comportementaux ? 49
a. Les troubles psycho-comportementaux déficitaires : 49
b. Les troubles psycho-comportementaux productifs : 50
2. L'émoussement affectif et l'apathie : 50
3. La peur, l'anxiété et l'angoisse : 50
a. La peur : 50
b. L'anxiété : 51
c. L'angoisse : 51
4. L'agitation : 52
5. Les idées délirantes : 52
6. Les hallucinations : 52
7. L'opposition : 52
8. L'agressivité : 53
9. Les comportements moteurs aberrants : 53
10. Les conduites d'errance : 53
11. Les troubles du rythme veille/sommeil : 54

CHAPITRE 3 : L'apport de la psychomotricité 55

I. Mes lieux de stage, les populations rencontrées et mon rôle de stagiaire : 55

A. Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) : **55**

B. Unité protégée (UP) : **56**

C. Unité de Soin Longue Durée (USLD) : **56**

D. Accueil de jour : **57**

E. Mon rôle de stagiaire : **57**

II. L'évaluation de l'orientation spatio-temporelle et des troubles psycho-comportementaux : 58

A. Evaluation des fonctions cognitives : **58**

1. Le MMSE : 58

2. La SIB : 58

3. Limites : 58

B. Evaluation du comportement : **59**

1. Le NPI-ES : 59

2. L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield : 59

C. Observations psychomotrices : **59**

III. La prise en charge en psychomotricité auprès de la personne âgée désorientée : 61

A. Recommandations officielles : **61**

B. Communiquer avec une personne âgée désorientée : **61**

1. Entrer en relation : 61

a. Les besoins de la personne âgée : 62

b. Choisir les mots : 62

c. Etre empathique : 63

d. Etre à l'écoute : 64

e. La méthode de la validation de Naomi Feil : 64

2. La communication non verbale : 66

a. L'expression des émotions : 66

b. La reconnaissance des émotions : 67

c. Le regard : 68

d. Les gestes : 68

C. Médiations corporelles : **68**

1. Le toucher thérapeutique : 69

a. Le sens du toucher : 69

b. Communiquer par le toucher : 69

c. Les effets du toucher : 70

Au niveau corporel : 70

Au niveau psychique : 70

d. Le toucher thérapeutique : 71

2. Le bain thérapeutique : 71

a. Les propriétés de l'eau : 71

b. Le bain thérapeutique : 72

D. Aménagement de l'environnement : **72**

IV. Etude de cas : Mme M : *73*

A. Histoire de vie et parcours institutionnel : **73**

1. Antécédents médicaux : 73

2. Parcours dans l'institution : 74
B. Bilans : 75
C. Rencontre avec Mme M : 76
D. Projet d'accompagnement individualisé : 77
E. Projet thérapeutique en psychomotricité : 77
F. Accompagnement en psychomotricité et évolution : 78
1. Les activités de groupe : 78
2. Le bain thérapeutique : 78
3. Le toucher thérapeutique : 78
G. Bilan de prise en charge : 80
Conclusion 82
Bibliographie 83
Annexe 1 Tableau notions topologiques spatiales 87
Annexe 2 Tableau notions temporelles 88
Annexe 3 Schéma des lobes cérébraux 89
Annexe 4 Critères diagnostic DSM-5 Démence 90
Annexe 5 Critères diagnostic DSM-5 Maladie d'Alzheimer 92
Annexe 6 Critères diagnostic DSM-5 Démence vasculaire 93
Annexe 7 Schéma cerveau et maladie d'Alzheimer 94
Annexe 8 NPI-ES 95
Annexe 9 Echelle d'agitationde Cohen-Mansfield 96
Annexe 10 Grille AGGIR 97
Annexe 11 Indice de Karbofsky 99
Annexe 12 MMSE 100
Annexe 13 SIB 101
Annexe 14 Résultats tests cognitifs Mme M 106
Annexe 15 Résultats NPI-ES Mme M 107
Annexe 16 Test de l'horloge 108
Annexe 17 Test des 5 mots de Dubois 109
Annexe 18 Tinetti 110
Annexe 19 Echelle ADL 112
Table des matières 113