

La sensorialité dans l'accompagnement des personnes âgées démentes : intérêt de la prise en charge psychomotrice des troubles psycho-comportementaux

Camille Roux

▶ **To cite this version:**

Camille Roux. La sensorialité dans l'accompagnement des personnes âgées démentes : intérêt de la prise en charge psychomotrice des troubles psycho-comportementaux. Psychologie. 2020. dumas-02900494

HAL Id: dumas-02900494

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900494

Submitted on 16 Jul 2020

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 sensorialité dans l'accompagnement des personnes âgées démentes.

Intérêt de la prise en charge psychomotrice des troubles psycho-comportementaux

Camille ROUX

Née le 18 juin 1995 à Saintes

Directrice de Mémoire : Valérie LACAMOIRE

Juin 2020

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée durant mes années d'études et qui ont participé à l'élaboration de mon mémoire.
Un grand merci à :

Ma directrice de mémoire, Valérie Lacamoire pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son accompagnement au cours de ma réflexion et de l'élaboration de ce mémoire.

Mes maitres de stage de cette année, Marine Lavielle et Justine Rebecchi pour leur accueil, leur écoute. Mes tuteurs des années précédentes pour avoir partagé avec moi leur pratique psychomotrice.

Les institutions pour leur accueil et les patients rencontrés sur mes lieux de stage pour les échanges et ce qu'ils m'ont apporté.

Les professeurs de l'Institut de Formation de Psychomotricité de Bordeaux pour le partage de leurs savoirs et expériences ainsi que l'équipe pédagogique.

Ma famille pour m'avoir toujours soutenue durant ces années d'études.

Mes amis pour leur présence.

Mes parents, Christophe et Sandra pour leur relecture.

AVANT-PROPOS

De la naissance à la sénescence
Les sens, c'est en permanence
Par l'ouïe, le toucher, la vue, le goût, l'odorat
Les sens du dedans, les sens du bord
Et tous ceux que l'on ne connaît pas
Je me délimite un corps
Du vestibulaire à l'apesanteur
Tout est question de récepteur
Le stimulus à l'origine du processus
Je traite je module mon tonus
Je planifie je régule mon geste
Pour en faire un mouvement preste
Support de mes coordinations
Moyens de mon instrumentation
Sensation, perception, interprétation
J'en fais une représentation
Elle est la tienne
Elle est la mienne
C'est notre moyen d'identification
Constituant sensorimoteur
Nous sommes dans le psychomoteur
Où commence le perceptif ?
Où commence le cognitif ?
Par mes sens j'entre en relation
Avec mon milieu je suis en interaction
A partir de mes perceptions
Naissent mouvement, affects et émotions
Parfois mon corps est empêché
Mes sens non modulés
Métamorphose, transformation
Compensations, adaptations
La sensorimotricité
S'inscrit au patrimoine de l'humanité. [60]

SOMMAIRE

Introduction……..……p.1-2

CHAPITRE 1 : PERSONNES AGEES, DEMENCES ET TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

I. Vieillissement normal……p.4-12
II. Vieillissement pathologique…….……p.13-18
III. Troubles psycho-comportementaux des démences……..……p.19-26

CHAPITRE 2 : SENSORIALITES ET PERSONNES AGEES DEMENTES

I. Définition et généralités……..……..p.28-33
II. Développement de la sensorialité……..……p.34-39
III. Sensorialité dans la démence……p.40-43

CHAPITRE 3 : ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE

I. Présentation du contexte……..….p.45-48
II. Médiations sensorielles……..…..…p.49-52
III. Etudes de cas…….……..…p.53-74

Conclusion……..……p.75-76

Bibliographie……...…p.77-80

Annexes…….……p.81-106

INTRODUCTION

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie, des progrès de la médecine et de l'avancée en âge de la génération du « babyboom » - personnes nées entre 1945 et le milieu des années 1960 - le nombre de personnes âgées augmente de manière importante. La psychomotricité est arrivée depuis peu dans le monde de la gériatrie, néanmoins il s'agit d'un domaine en devenir, où les besoins sont de plus en plus importants.

Durant ma troisième année de formation au Diplôme d'Etat de Psychomotricité, j'ai réalisé différents stages auprès de personnes âgées résidant en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). En effet, le domaine de la gériatrie m'a toujours attirée et intéressée. J'y suis par ailleurs sensible de par mon entourage et mon expérience de vie.

J'ai pu observer au cours de mes stages, que le vieillissement entraine de nombreuses répercussions physiques, psychologiques, cognitives et relationnelles. A cela peuvent s'ajouter des pathologies telles que les démences, entrainant des troubles mnésiques, praxiques, gnosiques et/ou langagiers. De plus, j'ai pu constater auprès d'un certain nombre de résidents, notamment en unité protégée, que la démence peut être source de troubles psycho-comportementaux (agitation, anxiété, agressivité, etc.).
Je me suis alors demandée comment le psychomotricien pouvait intervenir auprès de personnes âgées démentes souffrants de troubles psycho-comportementaux.

Je disposais, au sein de mes structures de stage, d'une salle de balnéothérapie et d'une salle de stimulation sensorielle, lieux privilégiés pour proposer des médiations autour des sens. Ainsi, je me suis intéressée aux bienfaits que pouvaient apporter ces médiations auprès de ces personnes âgées démentes souffrants de troubles psycho-comportementaux.

Ma problématique est donc la suivante : **en quoi le psychomotricien, en s'appuyant sur la sensorialité, peut-il apaiser les troubles psycho-comportementaux des personnes âgées démentes ?**

Dans une première partie, j'étudierai le vieillissement normal d'un point de vue physique, physiologique, cognitif, psychologique et psychomoteur. Puis, je traiterai du vieillissement pathologique en décrivant les différents types de démences, en particulier la maladie d'Alzheimer. Enfin, je décrirai les troubles psycho-comportementaux dans les démences.

Dans une seconde partie, je définirai la sensorialité et traiterai de quelques généralités, puis aborderai le développement de la sensorialité en m'appuyant sur les travaux de certains auteurs. Enfin, je traiterai de la sensorialité chez les personnes âgées démentes.

Pour finir, dans une troisième partie, je développerai l'accompagnement des personnes âgées démentes en psychomotricité par le biais de médiations sensorielles. Ainsi, je présenterai d'abord mon contexte de stage, la place du psychomotricien auprès des personnes âgées et ma place de stagiaire. Puis, je traiterai de médiations sensorielles sur lesquelles je me suis appuyée durant mon stage. Enfin, je décrirai mon travail auprès de deux résidentes que j'ai accompagnées.

CHAPITRE 1 : PERSONNES AGEES, DEMENCES ET TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX



I. Vieillissement normal

1) Définition du vieillissement

Selon le dictionnaire, le vieillissement est le fait de devenir vieux ou de s'affaiblir par l'effet de l'âge [35]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'une personne est âgée à partir de **65 ans**. D'après l'OMS, la proportion des plus de 60 ans dans le monde doublera pour passer d'environ 11% à 22% (de 605 millions à deux milliards de personnes) entre 2000 et 2050 [37].

Le vieillissement se définit comme *« l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. C'est un processus lent et progressif, distinct des effets des maladies. »* [46].

Le vieillissement ou la sénescence (du latin « senex » signifiant « viel homme » ou « grand âge) correspond donc à l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge. C'est un **processus physiologique normal et continu** qui nous concerne tous mais il est propre à chacun. De nombreux facteurs l'influencent comme : le patrimoine génétique, la socialisation, l'alimentation, les activités physiques et mentales, la médication, les maladies chroniques (hypertension, maladies cardiovasculaires, etc.) et le vécu subjectif du sujet face au vieillissement [44].

En effet, d'après J.C. Juhel, professionnel de l'éducation et de la rééducation, *« La sénescence varie d'une personne à une autre, mais la vieillesse est une réalité qui nous touche tous, personne n'échappe aux flétrissures de l'âge »* [24].

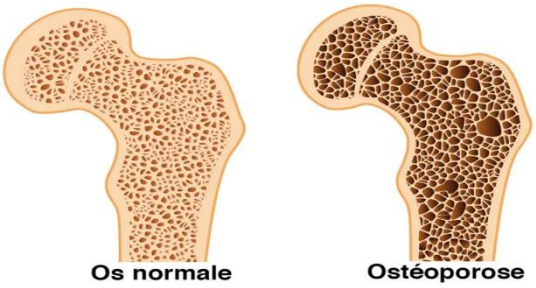
La sénescence est liée à des faits objectifs comme **la baisse des performances physiques, la diminution des capacités perceptives, cognitives et mnésiques**. Mais, elle est aussi due à des faits plus subjectifs qui correspondent à la vision que le sujet a de son propre vieillissement. Cette dernière est en lien avec par exemple les **conséquences psychologiques, affectives et sociales.**

2) Modifications liées au vieillissement

a. Au niveau physiologique

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

La **peau** se ride, il y a une diminution de l'épaisseur et de l'élasticité et une modification de ses différents composants (collagène, tissus adipeux) [44]. Au niveau **musculaire**, nous pouvons observer une augmentation de la fatigabilité (perte d'endurance), une sarcopénie (diminution du volume musculaire), une hypertonie et une diminution de l'élasticité et de la force globale, ce qui a un impact sur la motricité globale et fine. En contrepartie, la **masse graisseuse** augmente [46].
Le **squelette** subit une diminution de la trame osseuse entraînant une ostéoporose. Les **articulations** deviennent moins mobiles et souvent douloureuses (arthrose, perte d'élasticité ligamentaire, etc.).



Les divers **organes** sont moins performants : les reins, le foie, le cœur, les vaisseaux sanguins, les poumons [46]. Le **système nerveux central** recense de nombreuses modifications neurobiologiques et neuro pathologiques au cours du vieillissement parmi lesquelles il faut principalement mentionner : la diminution du nombre de neurones corticaux, de certains neurotransmetteurs intracérébraux et la raréfaction de la substance blanche [51].

La diminution de sécrétion de mélatonine par l'épiphyse amène une désorganisation des rythmes circadiens chez les individus âgés et est responsable d'une réduction et d'une déstructuration du **sommeil**. Les réveils nocturnes sont plus fréquents concourant à une baisse du temps de sommeil total qui est de 6 heures en moyenne [44].
Les sensations de faim et de soif sont souvent diminuées. On note aussi une diminution de la masse hydrique, correspondant à la proportion d'eau dans le corps, majorant les risques de déshydratation.

b. Au niveau sensoriel et perceptif

Nous observons aussi des atteintes au niveau sensoriel et perceptif. Généralement, ces troubles sont liés à l'altération des organes sensoriels mais aussi à la dégradation de la propagation de l'information et de la connexion aux voies centrales [4].

Au niveau visuel, il y a une diminution du nombre de cellules (cônes et bâtonnets). La perception des couleurs en est impactée. La profondeur du champ visuel est aussi modifiée : la distance minimale pour percevoir un objet de manière nette augmente. Il y a des difficultés de focalisation et de poursuite oculaire et les yeux deviennent plus sensibles à l'éblouissement. L'acuité visuelle est moins performante avec l'âge. C'est ce que nous observons par exemple dans la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) qui est une pathologie très fréquente chez le sujet âgé. Elle se caractérise par un vieillissement de la région centrale de la rétine entraînant une diminution progressive des capacités de perception visuelle [4].

Les capacités auditives se réduisent (presbyacousie / stéréoacousie). La discrimination est moins bonne. Le sujet a des difficultés à situer un bruit dans l'espace à percevoir les sons aigus ainsi que plusieurs voix simultanément [24].

Au niveau tactile, le nombre de récepteurs diminue. Le seuil de perception tactile et digitale augmente de deux fois en moyenne avec l'avancée en âge : les sensations doivent être plus intenses pour être perçues par le sujet. Toutefois le toucher est le sens qui est le mieux conservé lors du vieillissement [4].

La proprioception : il y a une diminution du nombre de récepteurs ligamentaires et capsulaires ainsi que des récepteurs neurotendineux de Golgi et des fuseaux neuromusculaires amenant à une diminution de la discrimination proprioceptive. La conscience corporelle en est impactée, le sujet âgé ressent moins bien la position des différentes parties de son corps les unes par rapport aux autres et la position de son corps dans l'espace [4].

Au niveau de **l'olfaction et de la gustation**, une réduction de la sensibilité aux odeurs et au goût des aliments est remarquée chez les personnes âgées [24].

c. Au niveau cognitif

Le vieillissement se caractérise par une diminution du **temps de réaction** ainsi qu'une diminution de la vitesse du **traitement de l'information** : la personne âgée a besoin de plus en plus de temps pour réaliser une action [4].

Il y a aussi des troubles liés à une baisse des **capacités attentionnelles** qui se repèrent au niveau de l'attention divisée (faire plusieurs tâches à la fois) et de l'attention sélective (capacité à sélectionner l'information pertinente et à inhiber les informations non pertinentes) [33].

La **mémoire épisodique**, celle des souvenirs, serait la plus vulnérable aux effets de l'âge. La **mémoire de travail** (la rétention temporaire d'informations et leur manipulation) est également touchée par le vieillissement. La **mémoire procédurale** au sein de laquelle les gestes sont automatisés et la **mémoire corporelle** correspondant à nos ressentis passés, sont quant à elles préservées jusqu'à la fin de notre vie. Il en est de même pour la **mémoire sémantique** (mémoire des connaissances).

La plainte mnésique est davantage liée à la baisse des performances attentionnelles, à une moindre capacité d'inhibition d'informations non pertinentes, à un certain ralentissement et à des facteurs psychologiques qu'à un véritable déficit mnésique [33]. Il y a une inefficacité des stratégies mnésiques qui se traduit par une diminution de la pertinence de l'automatisme par lequel on récupère les informations : cela se traduit par un trouble de rappel. Les difficultés les plus souvent rapportées sont l'oubli de noms de personnes, de titres de livres ou de films (problème de stratégie d'encodage) et l'oubli de ce que l'on vient chercher dans une pièce (trouble de l'attention divisée).

La plainte portant sur le **manque de mots** chez les sujets âgés de plus de 75 ans reste très fréquente. Il s'agit d'un phénomène multifactoriel dont les causes peuvent concerner des problèmes d'accès au lexique ou des aspects psycho-affectifs ou un faible niveau de scolarité [33].

Les **fonctions exécutives** (flexibilité mentale, élaboration de stratégies, capacité d'organisation, de planification et d'autocorrection) sont touchées par le vieillissement.

L'habilité à s'ajuster à une situation nouvelle ou peu familière diminue car celle-ci demande des efforts d'attention, elle ne fait pas appel aux automatismes mais à une certaine vitesse de traitement ainsi qu'à la mémoire de travail.

Il y a un affaiblissement des **opérations mentales fluides** : les capacités de déduction, de résolution de problèmes et de raisonnement s'appuyant sur l'attention et la mémoire de travail sont touchées. Les **opérations mentales cristallisées** qui s'appuient sur des connaissances générales acquises au fil des années sont quant à elles préservées (mémoire sémantique préservée) [33].

d. Au niveau psychoaffectif

Le vieillissement physique du sujet s'accompagne d'importants **remaniements** au niveau psychoaffectif [44]. En effet, la personne âgée subit une phase de crise identitaire. Selon M. Péruchon, le vieillissement est marqué de nombreuses **pertes** avec la perte du statut professionnel, des êtres chers qui décèdent, mais aussi la perte des capacités physiques et cognitives [46]. De plus, la personne âgée connaît une diminution de l'activité de représentation consécutive à la diminution de ses capacités d'imagination.

La notion de deuil est également omniprésente chez la personne âgée. Ce deuil se traduit par la perte d'une personne, d'un objet ou d'un changement important dans la vie du sujet. Il se manifeste sur le plan psychologique, physique, affectif, comportemental et social. E. Kübler-Ross décrit quatre étapes du deuil [46].

- Le déni (ou négation) : c'est une stratégie de défense qui mène à éviter voire à nier une réalité. C'est-à-dire que la personne ne veut pas croire ce qui lui arrive et elle peut chercher un responsable. Cette phase survient à l'annonce de la perte.

- La colère : le sujet présente un sentiment de colère face à cette perte, pouvant être associé à un sentiment de révolte, d'injustice et d'amertume. Parfois, un sentiment de culpabilité peut apparaître chez le sujet.

- La dépression : cela se caractérise par une grande tristesse, des remises en question, et de la détresse.

- L'acceptation : la réalité de la perte semble mieux comprise et acceptée. Le sujet réorganise sa vie en fonction de la perte et fait des projets pour l'avenir.

Marco Vannotti décrit également une première phase : celle du « choc » au moment de la perte. Le sujet peut être dans un état de sidération face à l'annonce.

3) Vieillissement psychomoteur

a. Le tonus

Le tonus peut se définir comme *« l'état permanent de légère contraction dans lequel se trouve normalement soumis tout muscle squelettique au repos »* [1].
Il existe 3 types de tonus :
- **Tonus de fond** : état de légère contraction des muscles, d'origine réflexe et isométrique, involontaire et permanent. Il maintient la cohésion des différentes parties du corps.
- **Tonus postural** : activité tonique permettant la mise en forme corporelle et la gestion des équilibres statiques et dynamiques. Il constitue l'ajustement tonique relationnel.
- **Tonus d'action** : contraction musculaire phasique permettant l'action et le mouvement dans un déroulement spatialisé. Il peut être recruté pour un acte intentionnel, sous commande volontaire ou action réflexe.

L'atrophie musculaire évoquée précédemment entraine une diminution du tonus musculaire de repos et de maintien. Il est souvent compensé par **une hypertonie posturale et d'action** ou au contraire par un affaiblissement du tonus. Cela se traduit par des postures inadaptées pouvant causer des contractures. Il y a aussi des difficultés de mise en action du fait du recrutement tonique inadapté. De plus, les **paratonies** (impossibilité de résolution musculaire volontaire) de fond sont très fréquentes [24].

b. La motricité globale

D'après J.C. Juhel, *« la motricité globale concerne l'ensemble du corps et regroupe les aspects suivants : la coordination, la dissociation, l'agilité, la force, la souplesse, l'équilibre et l'endurance. »* [24]. Celle-ci est altérée du fait des modifications toniques et sensorielles citées précédemment ainsi que du ralentissement du traitement de l'information. On note également un **ralentissement moteur** dû à l'augmentation du temps de réaction et à la diminution de la vitesse de contraction musculaire. La fluidité, l'amplitude et la spontanéité du mouvement sont limitées [4].

Selon les chercheurs D. Skelton et S. Dinan *« l'équilibre résulte d'une intégration complexe de plusieurs systèmes sensoriels et moteur ».* Ainsi, le contrôle de l'équilibre est sous l'influence d'afférences sensorielles d'origine vestibulaire, proprioceptive et tactile et sur une représentation interne de l'orientation du corps dans l'espace [4].

L'équilibre statique devient donc moins performant du fait d'une altération des muscles antigravitaires et des afférences sensorielles précitées. Il y a plus d'oscillations antéro-postérieures en position debout. Selon P. Charazac, le maintien de l'équilibre se fait davantage par les hanches et le tronc que par les chevilles, il dépend principalement de la vision [4]. **L'équilibre dynamique** est également mis à mal. Les pertes d'équilibre au cours du mouvement sont plus difficilement contrôlées. Le sujet vieillissant présente des difficultés d'adaptation aux contraintes extérieures.

Les troubles de l'équilibre ainsi que les altérations musculaires et articulaires mènent à des difficultés dans la marche. **La marche** chez le sujet âgé est caractérisée par une réduction de la vitesse, une diminution de la hauteur et de la longueur des pas, un allongement de la phase d'appui bipodal, une posture en légère flexion du tronc, une orientation du regard vers le sol [4]. Le risque de chute est accru avec l'âge.

La coordination est *« la possibilité d'exécuter correctement un ou plusieurs mouvements ».* Selon J.C. Juhel, « *pour avoir une bonne coordination, il faut avoir une représentation mentale du mouvement, une bonne représentation de son schéma corporel, être capable de s'ajuster dans le temps et avoir une bonne perception visuelle*. » [24].
Les coordinations dynamiques générales sont plus lentes chez le sujet âgé. La volonté de précision est toujours privilégiée par rapport à la vitesse. La vitesse est également altérée du fait de la diminution de l'amplitude articulaire. Certaines coordinations bimanuelles sont stables tout au long de la vie. Il y a cependant certaines difficultés dans l'apprentissage de nouvelles coordinations [4].

c. La motricité fine

J.M. Albaret remarque un **ralentissement du geste graphique** [4]. En effet, la motricité fine est affectée par l'affaiblissement musculaire, le relâchement du contrôle visuel ainsi que par le manque de coordination des différentes articulations. Les gestes de préhension sont souvent caractérisés par une hypertonie d'action *« du fait d'une diminution des signaux tactiles qu'ils chercheraient ainsi à augmenter »* De même, la régulation tonique est compliquée dans l'écriture qui est également perturbée par les fonctions visuo-spatiales moins efficientes. Selon C. Dormia, on peut observer des tremblements et des raideurs lors de l'écriture [18].

d. Le schéma corporel

Le schéma corporel est *« la représentation du corps résultant de l'intégration de la sensori-motricité et qui est à la base de toute praxie.* » Le schéma corporel est acquis vers douze ans mais ne cesse d'être réactualisé, à chaque mouvement, grâce aux différentes afférences sensorielles. J. de Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste, donne la définition suivante du schéma corporel : *« édifié sur les sensations tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »* [1]. Il permet ainsi d'avoir une **représentation spatiale du corps**. Les diminutions de quantité et de qualité des afférences sensorielles ainsi que du mouvement entrainent progressivement un **appauvrissement du schéma corporel** du sujet âgé [13].

e. L'image du corps

Pour F. Dolto, *« l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles […] C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. »* [1]. Selon J.C. Juhel, l'image du corps *« fait souvent 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 »* [24]. Le vieillissement physique et sensoriel ainsi qu'un investissement narcissique défaillant impacte l'image du corps et l'estime de soi de la personne âgée [15]. Les sujets âgés ont souvent une **image dévalorisée** de leur corps qui peut s'exprimer par un déni ou un dégoût de leur corps, voir même une dysmorphophobie. Ce corps vieillissant les renvoie à leur propre finitude.

f. L'organisation spatiale

« L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être dans son milieu. La structuration spatiale permet à l'Homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé » T.A. Salthouse et K.W. Schaie décrivent la **perte progressive des capacités spatiales** en vieillissant. La visualisation, l'orientation spatiale, la vitesse et la flexibilité d'intégration sont touchées au cours du vieillissement [24].

Ce sont quatre facteurs qui permettent à la personne de s'orienter dans l'espace et d'anticiper ses déplacements. La perte des notions spatiales succède souvent à des troubles du schéma corporel.

g. L'organisation temporelle

Il y a un lien entre la perception du temps et le temps lui-même. La perception du temps est une notion subjective. En effet, nous ne vivons pas les journées, les heures, les minutes de la même manière. De plus, la durée d'une activité peut être perçue différemment selon le fait qu'elle nous plaise ou pas.
Le temps peut être perçu à travers des rythmes comme celui des saisons, des journées.
Le vieillissement est synonyme de ralentissement : en effet, il amène à un rythme de vie moins rapide [24].

h. La communication

La **communication verbale** peut être impactée par une fluence verbale ralentie et un manque du mot. La compréhension quant à elle demeure indemne même si l'entourage doit parfois réduire le débit oral (facultés d'attention réduites). **La communication non verbale** quant à elle reste intacte.

4) L'évaluation du vieillissement psychomoteur

Le vieillissement des différentes fonctions psychomotrices peut être évalué par l'examen géronto-psychomoteur ou EGP (annexe 1). Il comporte dix-sept items qui évaluent : les coordinations statiques et dynamiques, les mobilisations articulaires des membres supérieurs et inférieurs, la motricité fine des membres supérieurs et inférieurs, les perceptions, les praxies, la connaissance des parties du corps, la mémoire de perception, la vigilance, la mémoire verbale, la sphère spatiale et temporelle, la communication verbale et non verbale.

II. Vieillissement pathologique

1) Définition de la démence

Selon l'OMS, la démence est *« un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité à effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement »* [38].

Le syndrome démentiel est une **maladie neurodégénérative** : elle touche le système nerveux et entraîne la mort des cellules nerveuses.
Longtemps, la démence a été considérée comme un trouble psychiatrique avec des pertes de contact avec la réalité, des hallucinations, etc. Elle est reconnue comme maladie neurologique depuis la fin des années 1990.

Le Diagnostic and Statistical Manual version 5 (DSM 5) décrit et classifie les troubles mentaux [5]. Il traite du syndrome démentiel dans son chapitre intitulé « trouble neurocognitif majeur et léger » (annexe 2). Une démence est caractérisée par une altération durable (depuis au moins 6 mois) d'une ou plusieurs :
- **fonctions cognitives** parmi lesquelles la mémoire, l'attention, le langage (**aphasie**), le calcul, les gnosies (**agnosie** : impossibilité à reconnaître ou identifier des objets malgré des fonctions sensorielle intactes), les praxies (**apraxie** : altération de la capacité motrice à réaliser une activité malgré des fonctions motrices intactes) et/ou les fonctions exécutives (incapacité à faire des projets, organiser dans le temps ou avoir une pensée abstraite).
- **fonctions comportementales** : personnalité, affects, humeur.

Le trouble est défini comme majeur ou mineur selon le retentissement qu'il a sur l'autonomie dans la vie de tous les jours.

Le test Mini Mental State Examination (MMSE) peut aider au diagnostic des démences (annexe 3). Il évalue différents domaines : orientation, apprentissage, attention et calcul, mémoire, langage, praxies constructives [36].
De même, **l'IRM cérébral** est également un très bon indicateur car il peut montrer l'atrophie corticale liée à la dégénérescence du système nerveux.

2) Différents types de démences

a. Les démences corticales

Les démences corticales atteignent le cortex cérébral ou substance grise (corps cellulaires des neurones) [15]. La maladie d'Alzheimer fait partie de ces pathologies tout comme les démences fronto-temporales.

La maladie d'Alzheimer est la démence la plus répandue en France (70 % des cas). Elle se caractérise par une évolution progressive en différents stades. Cette démence atteint la mémoire, l'orientation spatio-temporelle mais aussi le langage, le fonctionnement visuo-spatial, les praxies et les gnosies. Une altération motrice n'apparait qu'au dernier stade.

Les démences fronto-temporales se caractérisent par des troubles du comportement précoces (négligence, désinhibition, anxiété, dépression), une aphasie primaire progressive (langage réduit, stéréotypies…) un déficit attentionnel et mnésique [46].

b. Les démences sous-corticales

Les démences sous-corticales touchent la substance blanche du cerveau (fibres nerveuses) ou les noyaux gris centraux situés sous le cortex cérébral [15]. La démence à corps de Lewy, la maladie de Parkinson font parties de ces pathologies. Elles se caractérisent par une bradyphrénie (ralentissement des fonctions mentales, du cours de la pensée et allongement du délai d'évocation des souvenirs) mais aussi un trouble du caractère ou de la personnalité. On retrouve également une altération de l'élocution, des habilités sociales, de la mémoire et des fonctions exécutives.

Dans **la démence liée à la maladie de Parkinson**, les troubles cognitifs sont d'apparition précoce, ils sont suivis par une triade de symptômes : tremblements de repos, bradykinésie (lenteur dans l'initiation d'un mouvement) et rigidité (hypertonie).

La démence à corps de Lewy se caractérise par un parkinsonisme d'apparition concomitante aux troubles cognitifs. L'atteinte motrice est précoce. Elle est associée à des hallucinations, des idées délirantes, des troubles de l'humeur, des fluctuations cognitives et attentionnelles et des troubles psychiatriques [46].

c. Les démences vasculaires

Les démences vasculaires sont les deuxièmes démences les plus fréquentes, elles représentent 10 à 20 % des cas de maladies neurodégénératives chez les personnes âgées. Elles font suite à une répétition d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) lors d'une accumulation de microtraumatismes ou à un AVC prédominant. Ils ont comme origine une mauvaise circulation sanguine cérébrale : obstruction d'un vaisseau sanguin par un caillot (AVC ischémique) ou rupture de ce dernier (AVC hémorragique) [15].

3) Un exemple de démence : la maladie d'Alzheimer

a. Définition et caractéristiques

La maladie d'Alzheimer a été identifiée et décrite par Aloïs Alzheimer en 1906. C'est *« une maladie neurodégénérative conduisant progressivement et irréversiblement à la perte de la mémoire (amnésie) et des fonctions cognitives (aphasie, apraxie, agnosie) »* [46].

La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des maladies neurodégénératives. Selon l'étude épidémiologique PAQUID (Quid des personnes âgées) menée depuis 1988 en France, la démence de type Alzheimer touche 850 000 personnes et environ 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année [44].

Au niveau neuroanatomique, la maladie d'Alzheimer est caractérisée par la présence de deux types de lésions [44] :

- Le premier type correspond à la formation de **plaques séniles amyloïdes**, localisées dans le cortex, entre les neurones et due à l'accumulation du peptide bêta-A4 amyloïde.
- Le deuxième type correspond à des **dégénérescences neurofibrillaires** provoquées par la phosphorylation anormale de protéines Tau.

L'association de ces deux types de lésion entrainerait la mort des neurones.

Un déficit en acétylcholine, neurotransmetteur impliqué dans la transmission de l'information entre les neurones, majore les troubles mnésiques.

Les premières zones touchées se situent souvent au niveau de la région limbique et notamment de l'hippocampe (qui a un rôle essentiel dans la mémoire). Puis, la maladie envahit progressivement le cortex pour altérer d'autres zones comme les lobes temporaux, pariétaux - avec les cortex moteurs et sensitifs associatifs - et/ou le lobe occipital (gnosies visuelles, identification). Selon les zones touchées, la sémiologie sera différente.

b. Les quatre A (amnésie, aphasie, apraxie, agnosie)

La maladie d'Alzheimer se caractérise par une triade de symptômes cognitifs : amnésie, aphasie, apraxie auxquels nous pouvons ajouter l'agnosie [44].

L'amnésie correspond à une perte totale ou partielle de la mémoire.
Les différents types de mémoire sont affectées différemment par la maladie [15] :
- La mémoire déclarative (mémoire sémantique et épisodique) est la plus touchée, ce qui provoque un manque et un oubli du mot. La mémoire des évènements récents puis des évènements passés vont être affectées.
- La mémoire de travail est également déficitaire.
- Les mémoires implicites, procédurales et sensorielles sont mieux conservées.
- Des souvenirs flashs perdurent. Ce sont des souvenirs émotionnels très ancrés.

L'aphasie est la perte partielle ou totale de la faculté d'expression et/ou de compréhension du langage, parlé ou écrit. L'aphasie est très liée aux troubles mnésiques. La personne a du mal à trouver ses mots et à nommer les objets. Puis, le trouble de la mémoire sémantique et les troubles de la compréhension empêche la personne de suivre correctement une conversation. Le trouble du langage affecte la communication verbale.

L'**apraxie** est un trouble acquis de la réalisation du geste intentionnel. Elle se caractérise par l'impossibilité à réaliser des mouvements volontaires orientés vers un but déterminé. Il existe différents types d'apraxies [44] :
- **idéatoire** : affecte la manipulation des objets (ciseaux, plier une feuille et la mettre dans l'enveloppe), la représentation mentale du geste est atteinte.
- **idéomotrice** : concerne les gestes significatifs (pantomimes comme planter un clou / symboliques comme le salut militaire / expressifs comme le V de la victoire avec les doigts de la main) ou des gestes arbitraires (imiter certaines postures).
- **visuo - constructive** : atteint l'élaboration de dessin sur ordre et sur copie ainsi que la réalisation de gestes dans l'espace.
- **de l'habillage :** la manipulation et l'orientation des vêtements est difficile.

La maladie d'Alzheimer touche d'abord les praxies constructives puis les praxies idéatoires. Les praxies de l'habillage se dégradent progressivement.

L'agnosie est une perte ou un déficit de la reconnaissance et de l'identification perceptive en l'absence de déficit sensoriel [15]. Il existe différents types d'agnosies :

- L'agnosie visuelle des objets (aperceptive) : la personne ne reconnaît plus les objets, les images, les couleurs, elle est incapable de dénommer, de préciser les propriétés.

- **L'agnosie des visages** : prosopagnosie

- **L'agnosie tactile** se caractérise par l'incapacité de la personne de dénommer un objet qu'elle est en train de palper dans la main sans le contrôle de la vue : astéréognosie.

- L'agnosie olfactive/gustative et auditive

- L'agnosie spatiale ou corporelle qui peut entraver la reconnaissance des différentes parties du corps (asomatognosie).

La maladie d'Alzheimer est également caractérisée par une anosognosie qui est une non-reconnaissance de son trouble.

c. Les stades de la maladie

L'Echelle de Détérioration globale (EDG) du Docteur Reisberg divise l'évolution de la maladie d'Alzheimer en sept stades de pertes de capacités [44].

- Stade 1 : pas de déficit cognitif. Aucun symptôme n'est observable.

- Stade 2 : déficit cognitif très léger. Les symptômes sont très légers (la personne peut avoir quelques oublis) mais ils ne sont pas mesurables par les tests neuropsychologiques.

- Stade 3 : déficit cognitif léger. Les premiers déficits peuvent commencer à se repérer dans les domaines suivants : l'orientation spatiale, la mémoire de travail, l'attention et la concentration, le langage (manque de mots, oublis…)

- Stade 4 : déficit cognitif modéré (démence légère). La maladie d'Alzheimer est alors reconnue par l'entourage, les troubles de la mémoire sont avérés (mémoire à court terme et épisodique), le patient peut continuer ses activités mais a besoin d'aide pour les activités complexes (gestion des finances).

- Stade 5 : **déficit cognitif relativement sévère (démence modérée)**. Le patient a besoin d'aides pour ses activités, une désorientation et des troubles du comportement apparaissent.

- Stade 6 : déficit cognitif sévère (démence modérément sévère). Les difficultés s'amplifient, la personne a besoin d'aides dans toutes les activités de la vie quotidienne.

- Stade 7 : déficit cognitif très sévère (démence sévère). Les capacités verbales sont perdues, les différentes capacités psychomotrices sont très altérées. Une rigidité importante est souvent présente. La dépendance est totale.

d. Traitements médicamenteux et non médicamenteux

A ce jour, il n'existe pas de traitement curatif de la maladie d'Alzheimer. Les traitements médicamenteux ont une visée symptomatique c'est-à-dire qu'ils agissent sur les conséquences de cette pathologie. Actuellement, il existe deux classes thérapeutiques [44] :
- **les Inhibiteurs de l'acétylcholinestarase** (Donézépil, Rivastigmine, Galantamine) : Ils inhibent l'action de l'enzyme qui détruit l'acétylcholine, ce qui permet d'augmenter sa dose dans la fente synaptique. Ils sont efficaces sur les symptômes cognitifs (l'acétylcholine étant impliquée dans les processus mnésiques), fonctionnels et psycho-comportementaux. Ils sont plutôt prescrits dans les formes légères ou modérées de démence.
- **Les antiglutamatergiques** (Mémantine) Ils évitent la présence de glutamate en trop grande quantité (toxique pour les neurones). Ils sont davantage utilisés dans les formes sévères de démence.

Des **traitements agissants sur le psychisme** (antipsychotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, thymorégulateurs ou hypnotiques) peuvent être prescrits pour diminuer les troubles psycho-comportementaux de la maladie d'Alzheimer.

Les approches médicamenteuses et non médicamenteuses s'opposent mais se complètent. Les approches non médicamenteuses existantes sont de type très varié [7] :
- **L'approche cognitive** avec les ateliers mémoire, les revues de presse, la réminiscence. Elle vise à préserver les capacités cognitives (langage, mémoire, attention, fonctions exécutives) grâce à la stimulation de la mémoire et de la communication.
- **L'approche motrice** grâce aux ateliers gymnastique douce, prévention des chutes, équilibre, mouvement. Son but est de maintenir l'autonomie de la personne en exerçant les capacités physiques et motrices.
- **L'approche sensorielle** par l'aromathérapie, la luminothérapie, la musicothérapie, le Snoezelen, la relaxation. Elle a pour objectif le bien-être et la diminution des troubles psycho-comportementaux.
- **L'approche psycho-sociale** avec l'art thérapie, la zoothérapie, la thérapie de groupe. Elle vise en la socialisation de l'individu grâce au renforcement de la communication et à sa revalorisation.

III. Troubles psycho-comportementaux dans les démences

1) Définitions

D'après **CNRTL**, le comportement est la « manière d'être ou d'agir d'une personne » [28]. Les troubles psycho-comportementaux peuvent être définis comme *« des conduites et des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations, en référence aux normes culturelles communément admises »* selon Ohnen S.H [30].

La Haute Autorité de Santé (HAS) évoque le terme de comportements perturbateurs *« des comportements, attitudes ou expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées. »* [26].

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

L'Association Psychogériatrique Internationale définit les *« signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence »* (SPCD) comme les signes et symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements [30].

Il y a les symptômes [51] :

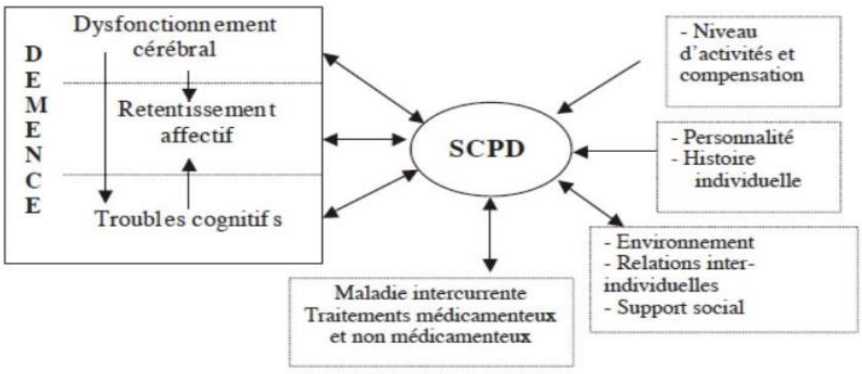
- « positifs ou productifs » lorsqu'ils sont dérangeants pour l'environnement : l'irritabilité, l'opposition, l'agressivité verbale ou physique, la déambulation, l'agitation, l'anxiété, l'angoisse, les hallucinations, les idées délirantes

- « négatifs ou déficitaires » qui se manifestent sous la forme d'un retrait, d'apathie (indifférence affective), de dépression, d'adynamie, de démotivation globale, d'aboulie, voire de somnolence quasiment constante mais aussi de mutisme, de tristesse.

2) Etiologies et conséquences des troubles

Algase, par sa théorie des « besoins compromis », dit que les personnes atteintes de démence adoptent des comportements pour répondre à un besoin non satisfait ou compromis, et/ou à communiquer ce besoin à autrui. Le modèle décrit deux catégories de facteurs pouvant contribuer à la survenue de SCPD : les facteurs prédisposants (contextuels) et les facteurs précipitants (proximaux) [7].

- Les **facteurs prédisposants** sont : les facteurs neurologiques (type de démence, niveau d'autonomie) cognitifs, psychologiques et somatiques (dépression, arthrose, insuffisance cardiaque, etc.) ; les facteurs démographiques, historiques et culturels ; les facteurs personnels (âge, sexe, religion, personnalité, parcours de vie, etc.)
- Les **facteurs précipitants** sont : les facteurs et besoins physiologiques (douleur, soif, inconfort, repos, élimination, etc.), les médicaments, l'environnement physique et sensoriel (stimulation adaptée ? chambre personnalisée ? objets familiers ? repères ?), l'environnement social (qualité et quantité des interactions sociales avec les proches, les résidents et les soignants).



Facteurs étiologiques des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) [51]

D'après le formulaire de l'HAS [26], les troubles psycho-comportementaux peuvent entrainer des conséquences concernant :

- la qualité de vie et l'adaptation des patients à leur environnement.
- la qualité de vie et l'état de santé physique et psychique des aidants.
- la qualité de la prise en charge (risque de maltraitance ou de négligence).
- le pronostic fonctionnel de la maladie.
- la prescription médicamenteuse (inappropriée).
- le risque accru d'hospitalisation et d'entrée en institution.

2) Les différents troubles psycho-comportementaux

a. Les troubles affectifs et émotionnels

La **dépression** est caractérisée par une perte de motivation et une diminution de l'intérêt et/ou du plaisir ; de la tristesse, des pleurs et des idées noires, un repli sur soi, une auto – dépréciation, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité inapproprié, des difficultés à penser et à se concentrer, la perturbation du sommeil et de l'appétit, des troubles de la mémoire [23].

L'**anxiété** se définirait comme *« un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux »* [19]. Cet état peut se caractériser par des signes physiologiques comme des palpitations, des sueurs, des vertiges et se manifester par des conduites impulsives et répétitives, par un repli sur soi (peur de l'échec) par des fugues et des déambulations, par de l'agressivité envers soi ou autrui et par des mouvements d'opposition [51].

Vignette clinique : Madame Tar. a la maladie d'Alzheimer à un stade modérément sévère. Elle a une conscience de ses troubles mais parfois elle oublie la raison de sa présence à l'EHPAD. Elle veut alors rentrer chez elle, dans son ancienne maison et s'inquiète pour son fils, elle se demande s'il est au courant et s'il va pouvoir venir la chercher. Ces moments génèrent une anxiété assez importante chez elle.
De manière générale, elle a une personnalité assez anxieuse et parfois dépressive. Cela arrive que je la rencontre en train de pleurer dans ses moments de désorientation et d'angoisse, surtout le matin : c'est une dame qui se lève très tôt et attend parfois seule dans la salle à manger, sans trop savoir quoi faire.

L'**apathie** est caractérisée par l'absence d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne et des soins personnels, la diminution des interactions sociales, de l'expression faciale, des réponses émotionnelles et de l'initiative [23]. Elle est un état de fatigue intense physique ou/et intellectuelle avec une incapacité à réagir par indifférence affective.

b. Les troubles comportementaux

L'**agitation** est définie comme un *« comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié »* [34]. D'après Cohen-Mansfield, l'agitation consiste en *« une activité verbale ou motrice inadaptée qui ne peut s'expliquer par l'état de confusion du patient et qui n'est pas l'expression d'un besoin apparent. »* [23]. Elle peut avoir pour causes une désorientation temporelle et spatiale, une activité motrice automatique, une agitation anxieuse au crépuscule, un ennui, un inconfort ou un problème médical (infection, déshydratation). L'agitation incessante peut être source de conflits et d'incompréhension de la part de l'entourage familial.

L'**agressivité** est un *« comportement physique ou verbal vécu comme menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient »* [34]. Elle se manifeste par de l'irritabilité, de la violence verbale – qui regroupe des émissions verbales dont le contenu, le débit ou la prosodie traduisent un état émotionnel agressif ou irrité (s'indigner, se fâcher, insulter, injurier) – et de la violence physique – avec des comportements moteurs consistant en des manifestations gestuelles (menacer avec la main, le poing, brandir un objet, cracher), ou des actes particuliers (pincer, mordre, repousser, frapper) [23].

Vignette clinique : Madame Cou. est une femme atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle vit à l'unité protégée (UP). Ses troubles l'amènent à être désorientée au niveau temporel. Elle croit que ses collègues l'attendent et qu'il faut qu'elle parte de l'UP pour aller travailler. La porte étant fermée, elle demande régulièrement au personnel soignant de lui ouvrir. La réponse étant négative, cela cause chez cette dame beaucoup d'énervement. Elle devient agressive avec les soignants (ce qui se remarque au ton de sa voix), elle peut parfois insulter, dire « qu'on se fiche d'elle » et commencer à frapper sur la porte. Il arrive parfois qu'elle réussisse finalement à passer la porte et lorsque les soignants viennent la chercher à l'unité conventionnelle, ses troubles du comportement augmentent : elle se met à crier, à griffer voire à mordre.

L'**opposition** est une *« attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter les soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité »* [34]. Il existe des oppositions passives (semble acquiescer la demande mais omettre volontairement d'y donner suite) et des oppositions actives (refus, cris, frappe, etc.) [23]. L'opposition peut se manifester en cas de trouble de l'identification au lieu, d'incompréhension de la situation.

La **désinhibition** est un comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales, une absence de retenue verbale ou physique (remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant) qui gêne le patient dans son rapport à soi et aux autres [34].

Vignette clinique : Monsieur Cou. a une démence alcoolique (démence de Korsakoff). Il peut parfois se montrer grossier dans ce qu'il dit au personnel ou dans son comportement. Certains soignants relatent des propositions inappropriées lors des soins d'hygiène ou lors des balnéothérapies comme « vous pouvez me rejoindre dans la douche ou dans le bain ? ». Cela n'est pas adapté au contexte.

Les **comportements moteurs aberrants** sont des *« activités répétitives et stéréotypées sans but apparent ou dans un but inapproprié (déambulation, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.) »* [34]. La déambulation est une conduite d'errance, elle est due à une tension interne que le sujet n'arrive pas à exprimer autrement que par une décharge motrice [19]. D'après l'HAS, *« Les comportements de déambulation inadaptée sont parfois assimilés à de l'agitation. Il peut s'agir de vérification, poursuite incessante, activité répétitive ou excessive, déambulation sans but apparent ou dans un but inapproprié, déambulation nocturne, errance, nécessité d'être reconduit au domicile. »* [26].

Vignette clinique : L'unité protégée (UP) est un lieu fermé composé d'une quinzaine de chambres, d'une salle à manger et d'un salon. Elle est disposée d'une certaine manière que le couloir fait un cercle, ce qui est adapté pour les résidents qui déambulent beaucoup. C'est le cas de Mme Cou. et Mme Pe. : je les retrouve souvent en train de marcher dans le couloir de l'UP lorsque j'y suis, elles ont tendance à se rapprocher de la porte. Il y a également des résidents qui déambulent la nuit. Des espaces sont emménagés pour qu'ils puissent se poser notamment dans le salon et la salle à manger avec les fauteuils et les chaises mais aussi dans leurs chambres.

Parmi les **comportements répétitifs**, on peut retrouver la logorrhée (parler sans cesse), gestes répétitifs, compulsions. Ils peuvent avoir pour causes un changement perçu comme menaçant, des composantes neurobiologiques, de l'anxiété, de la douleur, de l'ennui.

c. Les troubles psychotiques

Les **hallucinations** définies comme des *« perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, le plus souvent visuelles et auditives (à différencier des illusions qui sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles) »* [34]. Les personnes peuvent ainsi avoir la conviction de voir tel objet, telle personne, d'entendre tel son ou de sentir telle sensation, sans que ceux-ci n'existent. Elles peuvent être des hallucinations psychocorporelles (qui relève de manifestations sensorielles) ou intrapsychiques (phénomène psychique vécu dans notre propre pensée) [23].

Les **idées délirantes** sont des *« perceptions ou jugements 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 »* [34]. Ces idées délirantes se construisent selon certains mécanismes : interprétatif (attribution d'un sens erronée à un fait réel) ; hallucinatoire (construction d'une idée délirante à partir d'une hallucination) ; intuitif (idée fausse admise sans vérification ni raisonnement logique) ; imaginatif [23]. Elles peuvent amener le patient à des crises de colère, d'angoisse voire d'auto et/ou hétéro agressivité.

Vignette clinique : Madame Le. est une dame que ma tutrice de stage suit en séances individuelles. Lorsque nous la rencontrons, elle relate très régulièrement des disparitions de vêtements qu'elle met sur le compte de sa fille : elle dit qu'elle lui vole ses affaires. Nous pouvons clairement identifier ici des idées délirantes de persécution envers sa fille. Elle a également parfois des hallucinations visuelles en voyant sa fille venir la nuit dans sa chambre.

d. Les troubles de conduites élémentaires

Au niveau du **sommeil**, les troubles portent sur la durée et la qualité. L'inversion des cycles jour/nuit est possible [34].

Les **conduites alimentaires** peuvent être affectées : perte de l'appétit ou gloutonnerie. Les causes peuvent être multiples : perte de l'odorat et du goût ; dépression sous-jacente ; traitements ; peur d'être empoisonné ; douleur dentaire, intestinale (renforce la dénutrition et les troubles intellectuels) [15].

3) Evaluations des troubles psycho-comportementaux

Le **NPI/ES** (Neuropsychiatric Inventory - en français inventaire neuropsychiatrique pour l'équipe soignante) évalue les signes psychologiques et comportementaux (annexe 4). Il est rempli par l'équipe soignante. Cette évaluation se fonde sur des questions qui demandent de préciser la fréquence, la gravité et le retentissement de chaque trouble. Dix domaines comportementaux et deux variables neurovégétatives sont pris en compte. Le maximum de point pour chaque trouble est de douze points. Toutes ces réponses seront ensuite intégrées à un tableau afin d'obtenir un score total permettant d'observer la présence et l'intensité des troubles du comportement.

L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (annexe 5) évalue en 29 items l'intensité et la fréquence de l'agitation verbale ou gestuelle avec ou sans agressivité. L'évaluation des items s'effectue sur les 7 jours précédents. Les différents items peuvent être par exemple : « déambule », « attitudes répétitives », « émet des bruits bizarres », « bouscule », « griffe », « jure », « pousse des hurlements ».

L'échelle d'apathie (annexe 6) en 18 items de Marin évalue le degré d'apathie chez les personnes âgées souffrant de démence, de dépression. Les items peuvent être : « a des activités dans la journée », « est intéressé à participer à de nouvelles activités », « on doit lui dire ce qu'il doit faire chaque jour », « rencontrer ses amis est important pour lui ».

L'échelle GDS (Gériatric Depression Scale) évalue les troubles de l'humeur en gériatrie en 30 items où le patient répond par « oui » ou « non » (annexe 7). Les questions peuvent être par exemple « êtes-vous satisfait(e) de votre vie ? », « vous ennuyez-vous souvent ? », « êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ? ».

L'échelle de Cornell (annexe 8) évalue également la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est installé avec un MMS < 15. L'évaluation est basée sur les symptômes présents dans la semaine précédant l'entretien. Elle se décline en plusieurs parties : symptômes relatifs à l'humeur, trouble du comportement, symptômes somatiques, fonctions cycliques, troubles idéatoires.

Le dessin de l'arbre est un test utilisé par les psychologues pour évaluer les troubles psychiques, émotionnels et comportementaux [21].

4) Prise en charge des troubles psycho-comportementaux

La prise en charge des troubles psycho-comportementaux nécessite de prendre en compte : le(s) trouble(s) (nature, fréquence, gravité), l'environnement (lieu de vie, aidants formels et informels), le patient et sa maladie (histoire de vie, comorbidités, diagnostic cognitif). La prise en charge est forcément individuelle.

a. Thérapies non-médicamenteuses

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) *« Les thérapies non-médicamenteuses sont recommandées en première intention pour le traitement des troubles du comportement en situation de crise. Elles peuvent permette également de diminuer la fréquence et l'intensité des troubles du comportement et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux »* [26].

Les thérapies non-médicamenteuses peuvent être [27] :

- Des attitudes de communication et de soins adaptées
- Des interventions sur la qualité de vie et l'environnement
- Des activités de stimulation motrice, cognitive et sensorielle.

La psychomotricité fait partie des thérapies non-médicamenteuses.

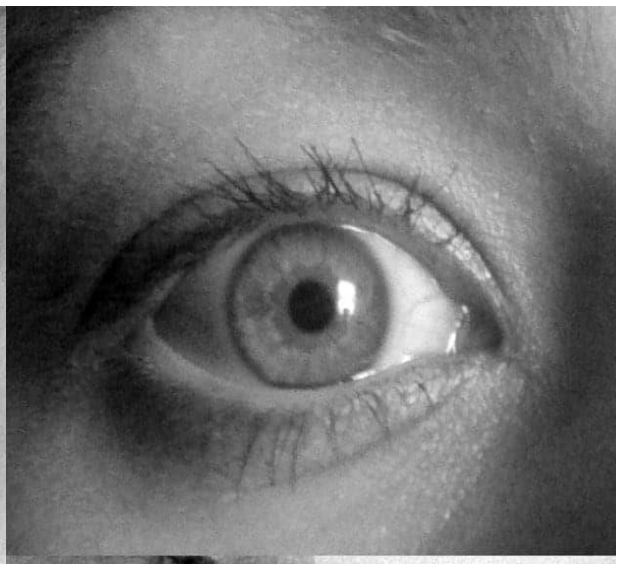
b. Prise en charge médicamenteuse

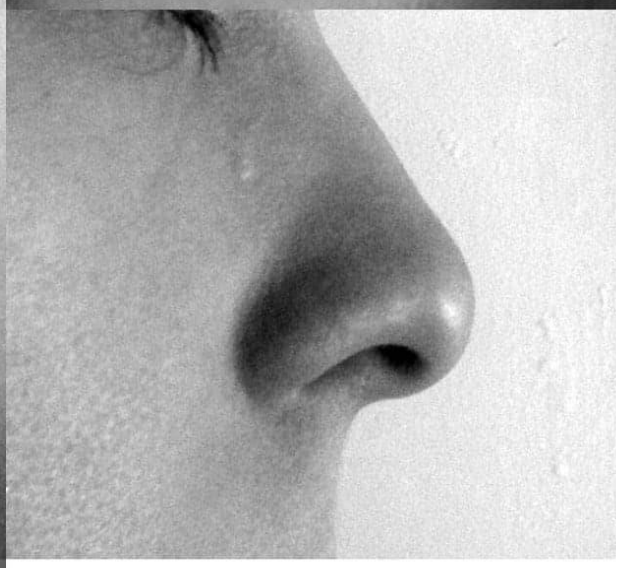
La prise en charge médicamenteuse vient en second recours en cas de troubles du comportement trop importants, d'échec des thérapies non médicamenteuses ou en cas d'urgence (mise en danger du résident ou d'autrui). Le traitement est prescrit par le médecin en fonction des symptômes cibles (le tableau ci-dessous en donne quelques exemples) [31]. La balance bénéfices/risques est évaluée au regard des effets sur le comportement par rapport aux effets secondaires qui peuvent apparaître.

Symptômes	**Types de médicaments et molécules prescrits**
Anxiété	Benzodiazépines : Oxazépam, Lorazépam, Alprazolam
Signes psychotiques	Neuroleptiques : Rispéridone, Olanzapine
Agitation avec irritabilité	Antidépresseurs : Sertraline, Mirtazapine
Agitation nocturne	Antidépresseurs sédatifs ou hypnotiques

Légende : Les types de médicaments pouvant être prescrits selon les symptômes observés.

CHAPITRE 2 : SENSORIALITES ET PERSONNES AGEES DEMENTES




I. Définitions et généralités

1) Définitions

Dans le dictionnaire Larousse, la sensorialité est définie comme *« une caractéristique d'un être vivant pourvu d'un système sensoriel »* [35]. Elle représente la *capacité à éprouver et à intégrer les signaux sensoriels (sensations) grâce au système sensoriel.*
Elle fait donc appel à des sensations : la sensation est *l'étape de la stimulation physique, chimique ou thermique*. Les sensations permettent la transmission d'informations venant du monde extérieur ou du corps propre vers les structures centrales [55].

Le système sensoriel comprend les organes des sens, soit l'œil, l'oreille, le nez et la langue, la peau qui contiennent des récepteurs sensoriels mais également les structures nerveuses mises en jeu comme le cortex sensoriel.

C'est par les sens que nous pouvons capter les informations du monde extérieur et intérieur et agir dessus. La sensorialité est donc ce qui nous permet de ressentir le monde et de faire le lien entre l'intérieur et le dehors du corps. B. Golse nous dit que *« la sensorialité prend sens dans la relation à l'environnement »* [10].

Freud parle d'une proximité, d'un contact intime entre les sens et le monde. La sensorialité est *« une opération discontinue de rencontre par laquelle les sens « goûtent » le monde qui vient à eux »* [21]. D'après M. Boubli *« La sensorialité est le lieu des toutes premières rencontres entre l'être humain et son environnement. »* [10]. Cette rencontre peut être attractive ou répulsive, plaisante ou déplaisante.

Nous avons chacun des particularités sensorielles, des sensibilités différentes, en fonction de notre histoire affective et de nos expériences. Certains sens vont être plus développés et sollicités que d'autres.

Nous distinguons généralement sensibilité et sensorialité :
- Sensibilité : sensation inconsciente après stimulation d'un organe sensoriel. Elle est l'aptitude à réagir à des excitations externes ou internes ressentis par le système sensoriel.
- Sensorialité : la sensation peut être représentée. C'est le premier niveau de conscience.

2) Sensations

a. Définition

D'après CNRTL, la sensation est un *« phénomène par lequel une stimulation physiologique (externe ou interne) provoque, chez un être vivant et conscient, une réaction spécifique produisant une perception ; état provoqué par ce phénomène. »* [28].

« Mais qu'appelle-t-on sensation ? […] En psychophysiologie expérimentale, la sensation se définit d'abord par sa source : l'excitation sensorielle. Piéron définit neuf modalités d'excitation sensorielle : les modalités « tactiles, vibratoires, thermiques, algiques, stato-dynamiques, sonores, lumineuses, sapides, odorantes. » Le langage courant lie bien les sensations aux cinq sens mais utilise aussi le mot pour décrire les impressions émotionnelles, affectives. » [10].

b. Différents types de sensations

Il existe différents types de sensations qui interagissent entre elles [55] :
- **Extéroceptives** : les 5 sens (tact, odorat, goût, vision, ouïe)
- **Proprioceptives** : la sensation profonde des muscles, tendons et articulations et le sens vestibulaire. Elle permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps. Elle est nécessaire pour le maintien des postures et de l'équilibre.
- **Intéroceptives** : la sensibilité des stimuli provenant des viscères, par le système nerveux végétatif.

c. Les cinq sens

Nous pouvons compter cinq sens : trois de proximité (odorat, goût et toucher) et deux « télé orientés » c'est-à-dire qui captent les informations à distance (vision et audition) [55].



L'**odorat** est très lié à la respiration. Nous sommes entourés d'odeurs que nous jugeons comme bonnes ou mauvaises, connues ou inconnues mais nous ne pouvons pas toujours les nommer. Les odeurs sollicitent notre imaginaire lié à notre histoire de vie et sont colorées d'affectivité et d'émotions. L'enveloppe olfactive environnante peut être source d'attrait ou de répulsion et influence donc nos relations aux autres [54].



Le **goût** est également perçu comme bon ou mauvais, connu ou inconnu. Il est constitué d'un registre de quatre saveurs (sucré ; salé ; acide ; amer). Les préférences ou aversions sont très influencées par le contexte affectif et social.



Le **tact** est permis grâce à la peau. C'est un sens réflexif [16] : *« on ne peut toucher sans être touché »*. Lorsque nous sommes touchés, il y a la sensation produite par la main (chaleur ; pression) et la résonnance de ce toucher dans notre corps (affectif). Le toucher peut être vécu comme sécurisant ou intrusif, agressif, érotisé en fonction de notre histoire, de nos fantasmes. Le fait de toucher ou d'être touché n'est jamais neutre. Il peut avoir plusieurs fonctions : localisatrice, limitative, intégrative, affective et relationnelle, de communication.



La **vue** est un sens très investit dans la perception du monde (formes, luminosité, couleurs). Le regard permet d'échanger nos émotions avec autrui et informe sur notre état intérieur (« *les yeux sont le miroir de l'âme* » Platon). La position du regard est influencée par la posture, la tension de l'axe ainsi que notre état interne et amènera des attitudes relationnelles d'évitement ou de rencontres. De plus, chaque couleur a un impact sur notre état émotionnel et notre humeur du jour. L'intensité de la lumière stimule ou apaise [55].



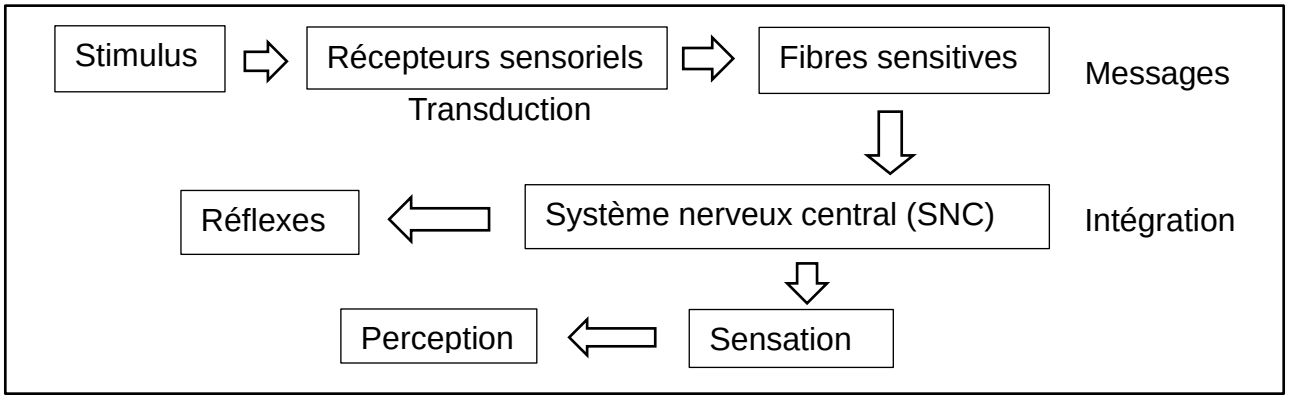
L'**audition** est permise grâce à l'appareil auditif. Le monde sonore se définit à partir de l'intensité (fort-faible), de la fréquence (grave-aigu), de la durée (court-long) et du timbre (harmonie de chaque son). L'oreille traduit cette organisation par un rythme, une mélodie. Le monde sonore construit le langage et induit la communication. Ce bain sonore (voix maternelle, voix habituelles, bruits de l'environnement) déclenche des émotions qui sont apaisantes ou au contraire qui insécurisent. Il permet une connaissance affective de l'extérieur [54].

d. La proprioception :

La proprioception est souvent définie comme un sixième sens. Elle renseigne l'individu sur la position et les mouvements de son corps propre. Elle est parfois appelée « kinesthésie » même si ce mot se rapproche davantage de la sensation du corps en mouvement. C'est un sens très important dans l'équilibre et l'orientation spatiale.

3) Physiologie

La sensorialité est le résultat d'un processus :



Au début, il y a une **stimulation sensorielle** extérieure ou intérieure qui est captée par les récepteurs sensoriels. Le stimulus est alors transformé en message nerveux (transduction), puis intégré par le système nerveux sous forme de **sensation**. Cette sensation est véhiculée jusqu'au cortex cérébral primaire puis secondaire où elle est analysée, identifiée et associée aux souvenirs. La sensation devient alors une **perception** au sein des zones corticales associatives. Lorsque cette perception peut exister sous forme d'image mentale, elle devient alors une **représentation** [55].

Les tableaux ci-après récapitulent les différents récepteurs et les trajets des voies sensorielles des cinq sens et de la proprioception [52]. Ils sont illustrés en annexe 9.

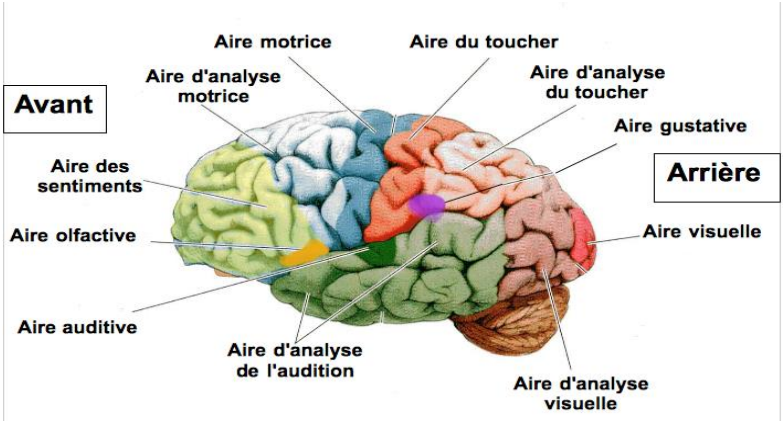
Sens	**Toucher**	**Vue**	**Audition**
Organe	Peau	Œil	Oreille
Récepteurs	Mécanorécepteurs Thermocepteurs Nocicepteurs	Photorécepteurs (Cônes et bâtonnets)	Organe de Corti
Voie afférente	Fibres A beta (méca.) Fibre C (nociception et thermoception)	Nerf optique (II)	Nerf auditif (XVIII)
Trajet et traitement central	Système lemniscal ou extra-lemniscal Noyau ventro-basal Cortex somesthésique primaire et secondaire	Corps genouillé latéral Cortex visuel primaire puis secondaire Ou colliculus supérieur (10% des voies)	Noyau cochléaire Olive supérieure Colliculus inférieur Corps genouillé médian Cortex auditif temporal

Sens	Odorat	Goût	Proprioception
Organe	Nez (épithélium olfactif)	Langue	Oreille interne, muscles, articulations
Récepteurs	Chémocepteurs sur les cellules ciliées	Chémocepteurs dans le bourgeon gustatif	Propriocepteurs (muscles) Canaux semi-circulaires Utricule / Saccule
Voie afférente	Neurones olfactifs de deuxième ordre aussi appelé nerf olfactif	Région antérieure de la langue : nerf VII (facial) Région postérieure de la langue : Nerf IX (glosso-pharyngien)	Faisceaux graciles et cunéiformes ou cérébelleux (proprioception profonde) Ou nerf vestibulaire (depuis oreille interne)
Trajet et traitement central	Tubercule olfactif Noyau médio-dorsal du thalamus Cortex orbito-frontal	Noyau gustatif bulbaire Noyau ventro-postéro-médian du thalamus Cortex gustatif	Noyaux graciles et cunéiformes Noyaux vestibulaires Cervelet

Le traitement des informations sensorielles au niveau cérébral se fait au sein du [55] :

- **Cortex cérébral** : traite les informations au sein de ses aires spécialisées.
- **Cortex limbique** : associe la sensation à une émotion et à un caractère qualitatif (agréable/ désagréable). Il y a alors une réponse d'orientation.
- **Cortex préfrontal** : traite des aspects spatiaux et permet l'ajustement du corps.
- **Cervelet :** traite les informations proprioceptives principalement.

Le schéma ci-dessous indique la position des différentes aires de traitement des informations sensorielles [52]. Les aires primaires reçoivent les informations sensorielles, les aires secondaires donnent du sens aux informations.



Légende : Les différentes aires sensorielles du cortex

4) Sensations et composantes psychomotrices

« Chaque modalité sensorielle, à partir du fonctionnement physiologique, a des effets sur les niveaux tensionnel, émotionnel mais aussi un impact sur notre humeur, notre réactivité comportementale, et des mobilisations spécifiques de nos facultés cognitives (attention ; intention ; liaison ; éveil) » [21].

Nous pouvons relever dans cette citation, le **lien entre les sensations, le tonus, l'affectivité et les émotions**. C'est d'ailleurs ce que soutient S. Robert Ouvray (que nous étudierons ultérieurement) dans ses travaux [58]. Les flux sensoriels entrainent une modification du tonus (hyper ou hypotonie) selon le caractère agréable ou désagréable de ces flux. De plus, ils s'accompagnent d'un sentiment de bien-être ou mal-être ainsi que d'émotions positives ou négatives.

De plus, l'information sensorielle permet une **conscience de notre propre corps**, en délimitant ce qui est soi de ce qui est extérieur à soi par exemple. Selon la définition de J. de Ajuriaguerra, le **schéma corporel** résulte de l'intégration des afférences sensitives et perceptives : *« Édifié sur la base des informations tactiles, visuelles, kinesthésiques et labyrinthiques, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniées des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leurs significations »* [1].

D'après S. Ali, *« le corps propre est le schéma de toute représentation »* et la projection sensorielle nous permet d'avoir des repères spatio-temporels qui sont d'abord vécus dans notre propre corps. Ainsi, grâce aux sensations qui structurent notre schéma corporel, nous structurons également **l'espace et le temps**. La vue, le toucher, l'audition nous permettent de reconnaître et de nous orienter dans un lieu. La vue nous permet aussi de lire l'heure, de voir la présence ou non du soleil. La thermoception donne également une indication sur le moment de la journée (plus frais le soir) ou de l'année (notamment avec les saisons : froid en hiver, chaud en été).

La sensorialité permet **d'être en relation, de communiquer, de s'adapter au monde,** de se sentir exister, d'avoir une sécurité du fait d'un sentiment de continuité d'existence. Elle nourrit la vie psychique et construit la personnalité et l'identité de chacun.

II. Développement sensoriel

La sensorialité est liée au développement psychomoteur : il dépend à la fois à de l'équipement neurosensoriel du bébé, et du contexte environnemental et humain. A la naissance, le bébé dispose de compétences sensorielles : il voit, entend et reconnaît les odeurs. Ces compétences ont commencé à se développer pendant la vie in utéro, puis, elles vont maturer et s'enrichir progressivement grâce aux interactions avec le monde extérieur et le milieu humain [1].

1) Les différentes étapes du développement des sens

Le premier sens à se mettre en place est le **tact.** Il apparait dès sept semaines d'aménorrhée (SA) avec les premiers récepteurs tactiles autour de la bouche, puis s'étend progressivement à l'ensemble de la surface cutanée à 20 SA. La sensibilité thermique est mise en place à 24 SA [1]. La sensibilité tactile est la plus archaïque : elle est en liaison étroite avec les dimensions relationnelles notamment dans le dialogue tonico-émotionnel décrit par H. Wallon puis par J. Ajuriaguerra. D. Anzieu évoque la structure réflexive de ce sens : toucher c'est aussi simultanément être touché. C'est cette première enveloppe corporelle qui permettra ensuite la construction de l'enveloppe psychique [14].

Le deuxième sens est **l'olfaction**. Le nez est formé dès les sept à neuf SA et l'épithélium olfactif à deux mois environ [1]. Les récepteurs sont stimulés par l'odeur du liquide amniotique, odeur qui varie selon l'alimentation de la mère. Très précocement, le bébé reconnait et a une préférence pour l'odeur de sa mère. Le système olfactif va être une des bases de l'attachement entre le bébé et sa mère. Les odeurs vont avoir une valeur de contenance corporelle et pourront apaiser le bébé. Enfin, l'odorat est, très souvent, associé au goût car ce sont deux fonctions sensorielles qui se combinent.

Le troisième sens à apparaître est le **goût** où tout le système gustatif est fonctionnel vers 12 SA [1]. Les récepteurs sont stimulés par la saveur du liquide amniotique, saveur qui varie également selon l'alimentation de la mère. A la naissance, le nouveau-né est capable de différencier le salé, l'acide, le sucré et l'amer. Il a une préférence pour le sucré. En parallèle, la tétée maternelle va permettre à l'enfant de vivre une expérience de rassemblement interne qui va lui procurer son premier sentiment d'être contenu.

Le quatrième sens est l'**audition**. Le système auditif est fonctionnel dès 20 SA. Le fœtus peut même répondre à des stimulations auditives par réponses réflexes motrices dès 24 SA [1]. Le fœtus entend des sons depuis la cavité utérine. A la naissance, le bébé détecte la présence d'objets sonores et va orienter sa tête et ses yeux dans leur direction. Il a une préférence pour la voix humaine et il reconnait très vite la voix de sa mère. Les flux sonores de l'environnement humain vont concourir à l'accès au langage et à la communication. Les sons vont aussi avoir une valeur de contenance corporelle.

La **vision** est le dernier système sensoriel à se développer. Les muscles oculomoteurs et les globes oculaires sont formés dès la 15ème SA [1]. A la naissance, le système visuel n'est pas mature : la fixation et la poursuite oculaire sont possibles mais la vision binoculaire se met en place au cours des 3 premiers mois de la vie du nourrisson.
L'acuité visuelle est de 1/10 à la naissance puis de 6/10 à 18 mois et enfin 10/10 à 4 ans. L'accommodation est nulle à la naissance mais s'améliore (21-24 cm à 3 mois - perception des reliefs) pour devenir fonctionnelle vers 6 mois. La vision des couleurs est réduite à la naissance mais elle devient mature vers 8 mois.
Le contact œil à œil est essentiel et sera à la base de l'attachement. La fonction visuelle permet un échange émotionnel avec l'environnement. R. Spitz relie le regard à la notion d'identité en construction où le visage de la mère constitue le premier miroir. Le regard joue également un rôle important dans l'organisation des différentes modalités sensorielles entre elles. Il nous permet d'appréhender l'espace et l'environnement. La vision est en lien étroit avec la régulation tonico-émotionnelle et posturale.

Quant à la **proprioception**, le système vestibulaire est bien formé dès la 15ème SA [1]. Le fœtus reçoit des stimulations vestibulaires par les mouvements du corps de la mère et par ses propres mouvements. Ce sens est très stimulé in utéro de par l'environnement liquide. La proprioception va participer à l'intégration du schéma corporel qui sera ensuite un référentiel pour l'orientation spatiale. Elle représente un lien entre la sensibilité profonde du corps et les impressions sensorielles qui en résultent.

Au début de sa vie, le bébé est dans une incompréhension totale de cet univers sensoriel. D. Meltzer dit que les différentes stimulations sont reçues comme des stimulations isolées. Pour J. Piaget *: « La mise en relation entre les différentes modalités sensorielles s'effectue progressivement. »* [1]. Au début, les sensations du bébé sont donc confuses, puis elles se mettent en place au fur et à mesure.

Petit à petit, le bébé établi des liens entre les différentes sensations (inter sensorialité). A. Bullinger nous dit que *« C'est la concomitance de ces signaux qui permet de construire une proprioception, première élaboration sensori-motrice de l'organisme.* » [11]. Ainsi, la coordination des signaux sensoriels va donc permettre à l'enfant d'avoir une perception globale de son corps et une représentation cohérente du monde qui l'entoure.

Cependant, pour que les stimulations sensorielles aient du sens pour l'enfant, il va avoir besoin d'un étayage de la part de son environnement et il va devoir expérimenter.

Comme évoqué précédemment, au début, les flux sont perçus de manière archaïque par le bébé. W. Bion nomme ces éléments, les éléments béta qui correspondent au vécu corporel archaïque brut. Le bébé ne peut s'exprimer par le langage, il le fait donc corporellement : il cri, pleure, bouge. La mère ainsi que l'entourage vont mettre du sens, des mots et des actes sur ce vécu corporel brut du nourrisson. Elle va alors transformer les éléments béta en éléments alpha pensables et supportables pour le bébé (fonction de contenance maternelle). Ces éléments vont être véhiculés sous forme d'images sensorielles et motrices et deviendront par la suite des éléments acceptables teintés de sensorialité [14].

2) Les flux sensoriels de A. Bullinger

A. Bullinger s'est intéressé au développement de l'enfant et a pu souligner l'importance des stimulations sensorielles au cours du développement [11].
Il dit que les sollicitations sensorielles se font sous forme de flux. Un flux est une information provenant de l'environnement, qui vient stimuler un capteur sensoriel, la stimulation est alors transformée en signal. Il y a donc un *« ensemble de signaux continus et orientés ».*
Selon A. Bullinger, grâce à l'expérimentation des différents flux sensoriels (tactile, gravitaire, auditif, olfactif, visuel), le bébé va peu à peu construire l'espace de son corps, et l'espace environnant *« En même temps que le bébé construit son système sensori-moteur, en même temps, il développe la connaissance de lui-même, de son propre corps et se construit en tant que sujet. ».* L'activité motrice et la sensorialité vont de pair, A. Bullinger parle d'ailleurs de sensorimotricité qu'il définit comme *« l'intrication des sensations lors du mouvement et de l'exploration de l'environnement, qui vont nourrir la vie psychique de l'enfant. »* [11].
Les flux vont orienter la motricité, la posture, le tonus du sujet et permettre, grâce à la boucle de rétroaction, d'être ajusté au milieu.

Les réponses à un flux sensoriel se font selon différentes étapes :

- L'alerte avec un recrutement tonique

- L'orientation vers la source du flux

- L'évaluation de la distance de l'organisme par rapport à la source sensorielle

- L'action par exemple la manipulation ou l'exploration ou lorsque l'on est adulte : la représentation, l'imagination.

Il y a deux systèmes qui traitent des flux : archaïque (qui apparait très tôt dans le développement) et récent (se met en place progressivement).

- Le **système archaïque** est un système à projection spino-thalamique, la transmission est lente. Il permet à l'enfant de traiter des aspects qualitatifs des informations : agréable ; désagréable ; dur ; mou ; piquant ; etc.

- Le **système récent** est un système à projection corticale, somatotopique. Il est sous-tendu par le système lemniscal. La transmission est rapide. Il se met en place petit à petit. Il permet à l'individu de traiter des aspects quantitatifs des informations comme la forme, l'espace, etc. Il permet au corps de s'orienter et de guider les mouvements sur des bases spatiales.

A. Bullinger distingue différents flux sensoriels :

- Les flux gravitaires :

Ils correspondent aux forces de la pesanteur et d'influencent l'architecture de notre organisme. Nos muscles, nos articulations, notre squelette nous permettent de lutter contre les forces de gravité. Ces flux sont perçus par l'oreille interne et également ressentis par notre masse musculaire. Ils nous permettent de nous orienter (haut/bas).

- Les flux tactiles :

Ces flux sont créés par le contact avec une surface solide, mais aussi par des fluides ou bien des gaz en mouvements (vent, sèche-cheveux). Ils permettent de situer le corps dans l'espace, d'en connaître les limites et nous aide donc à penser un dedans et un dehors.

- Les flux olfactifs :

Ils organisent la recherche de nourriture chez les mammifères et sont donc importants pour la survie. Ils sont liés à la satisfaction orale en lien avec les flux gustatifs. Ils assurent un rôle contenant, rassurant pour l'enfant et permet de réguler le stress.

- Les flux gustatifs :

Ils sont captés par la langue. Les capteurs de la langue sont répartis différemment selon les goûts captés : par exemple, l'amer est très au fond de la langue et le sucré plutôt devant.

- Les flux auditifs :

Ces flux sont constitués par l'ensemble des sons ambiants, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme. Ils permettent d'orienter l'attention et ont une fonction d'alerte. Les fonctions d'orientation sont présentes dès la naissance et le bébé reconnaît tôt la voix de sa mère, ce qui participe donc à la fonction d'attachement.

- Les flux visuels :

Ils sont constitués par l'ensemble des signaux qui émanent de l'environnement éclairé. Ils sont à la fois dépendants de l'environnement mais aussi de la participation active du sujet (l'action d'ouvrir ou de fermer les yeux par exemple). Ils sont principalement perçus par le système visuel périphérique et jouent un rôle essentiel dans la régulation de la posture, l'ajustement tonico-postural, les mises en forme de l'organisme et l'orientation du corps.
Il y a deux types de vision qui se coordonnent :
- La vision focale : permet de réaliser les activités qui nécessitent une bonne discrimination.
- La vision périphérique : permet de comprendre les relations entre corps et environnement.

Les flux sensoriels sont à la **base du dialogue tonico-émotionnel**.

J. Ajuriaguerra décrit en 1977 ce concept de « dialogue tonique » en s'appuyant sur la notion de « relation tonico-affective » déjà proposée par H. Wallon en 1930. Pour J. Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels et de la disponibilité physique et psychique des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre. Il permet la communication entre les deux individus à travers l'état tonique. J. de Ajuriaguerra distingue chez l'enfant deux états toniques : l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de soulagement [1]. Chez l'adulte et la personne âgée, le tonus varie également selon les stimuli internes et externes reçus et selon l'état affectif et émotionnel. A travers la relation, le tonus peut également fluctuer en fonction du caractère sécurisant ou non de celle-ci.

3) De la sensorialité à la pensée

Différents auteurs ont étudié et théorisé sur la question du lien entre le développement de la sensorialité et le développement de la pensée.

Selon S. Robert Ouvray dans son ouvrage *« Intégration motrice et développement psychique »* [58], les niveaux tonique, sensoriel, affectif et représentatif sont en lien et s'étayent l'un sur l'autre pour permettre le passage progressif du corps vers la pensée. Quel que soit la modalité sensorielle, il faut que les stimulations soient contrastées pour être perçues et intégrées par l'individu. Les informations sensorielles sont vécues par le bébé et ressenties en termes d'éprouvés corporels. Il va associer ses sensations à des états de tension (hyper ou hypotonique). Puis, l'enfant associera ces éprouvés corporels à des ressentis affectifs de plaisir ou de déplaisir. Ce n'est qu'en accédant à la représentation mentale et à la symbolisation qu'il pourra alors qualifier ces états en termes de bien-être ou mal-être. Ainsi, le développement sensoriel permet d'appréhender par étape le passage du corps et des éprouvés à la pensée et à la représentation.

Niveau	**Caractéristique**
Niveau tonique	Tendu/détendu
Niveau sensoriel	Dur/mou ; chaud/froid
Niveau affectif	Déplaisir/plaisir
Niveau représentatif	Mal-être/bien-être ; mauvais/bon

Dans son travail sur le *« Moi-peau »*, D. Anzieu souligne le fait que la réflexivité de la pensée s'enracine dans la réflexivité de la sensorialité. Il dit notamment que la sensorialité tactile organise la pensée [9]. Selon lui, la peau fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi. L'enveloppe cutanée qui fonde le moi-peau est la plus importante, mais elle n'exclut pas d'autres types d'enveloppes s'étayant sur d'autres modalités sensorielles (enveloppe sonore, visuelle, olfactive).

W. Bion soutient également cette idée de lien entre sensation et pensée à travers sa théorie sur la fonction maternelle développée précédemment *« La sensation constitue en effet l'élément de base de la « théorie de l'activité de la pensée » de Bion. »* [10].

III. La sensorialité chez les personnes âgées démentes

Comme évoqué dans la première partie, l'altération des capacités sensorielles est un phénomène normal au cours du vieillissement. Les organes et voies sensorielles sont moins efficients et modifient le rapport du sujet au monde. Cela engendre donc des conséquences fonctionnelles et psychologiques chez la personne âgée comme par exemple une baisse de l'autonomie ou de l'isolement.

1) Vieillissement sensoriel

a. Les altérations visuelles

La vue est généralement altérée lors du vieillissement. La déficience la plus courante est l'hypermétropie progressive ou presbytie (perte d'élasticité du cristallin altérant ses capacités d'accommodation). Les quatre autres pathologies oculaires rencontrées chez les personnes âgées sont la cataracte, le glaucome, la dégénérescence maculaire et la rétinopathie diabétique. Elles peuvent évoluer vers la cécité. La perte partielle ou totale de la vue est généralement l'altération sensorielle ressentie comme la plus handicapante. La cécité enferme le sujet dans un monde qui devient alors flou, angoissant et insécurisant. Les chutes peuvent être majorées et amener le sujet à réduire ses déplacements par peur de retomber (source du syndrome post-chute). Les activités comme la lecture, la télévision, le tricot deviennent alors limitées voire empêchées. Dans le cas de démences, il peut survenir des hallucinations visuelles (dans la démence à Corps de Lévy par exemple) [42].

b. Les altérations auditives

Les problèmes d'audition sont des altérations sensorielles très fréquentes chez les personnes âgées (prévalence de 25 à 30 % au-delà de 60 ans). Un des troubles les plus courant est la presbyacousie : surdité bilatérale progressive atteignant surtout les hautes fréquences et la discrimination du langage. Ces troubles engendrent des conséquences d'ordre relationnel avec des difficultés de communication (incompréhensions, malentendus). Ils peuvent mener à un retrait social source de désordres émotionnels comme la dépression par exemple. Dans le cas des démences, il peut survenir des hallucinations auditives [29].

c. Les altérations du goût et de l'odorat

Contrairement aux atteintes visuelles et auditives, ces altérations entraînent moins de répercussions sur la qualité de vie de l'individu. L'altération sensorielle peut être causée par une rhinite, une mycose buccale, une mauvaise hygiène, des pathologies plus graves comme des tumeurs ou par certains médicaments. L'atteinte olfactive serait selon certains auteurs un signe clinique précoce de pathologies dégénératives comme la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson. L'altération du goût par ailleurs prive l'individu du plaisir gustatif à prendre ses repas, ce qui peut se traduire par une anorexie, voire des troubles dépressifs [42].

d. Les altérations de la sensibilité tactile

La sensibilité chez les personnes âgées peut être modifiée par des pathologies affectant le système nerveux central (accidents vasculaires, pathologies dégénératives, sclérose en plaques) ou périphérique (neuropathie diabétique, polynévrite alcoolique) mais aussi des problèmes dermatologiques (brûlures, escarres, mycoses, zona et autres infections cutanées). Les conséquences sont différentes selon le mode de sensibilité concerné. Une atteinte de la sensibilité proprioceptive peut mener à des troubles posturaux avec possibilité de chutes. Une altération de la sensibilité épicritique peut avoir une répercussion sur la motricité fine. Une baisse de la sensibilité à la douleur quant à elle exposera le sujet à des risques de blessure (brûlures notamment) [42].

e. Syndrome de Charles Bonnet

Quand il y a une altération des sens, le cerveau peut être amené à fabriquer des hallucinations (perceptions sans objet). Les hallucinations les plus fréquentes sont les hallucinations visuelles, suivies par les hallucinations auditives. Il peut également y avoir des hallucinations olfactives. Les hallucinations peuvent durer quelques secondes à quelques heures plusieurs fois par jour |29].

L'étude de Teunisse en 1996 montre un lien important entre le syndrome de Charles Bonnet et le vieillissement. Les patients ayant des troubles visuels ont généralement des hallucinations très riches et colorées avec des personnages, des objets, etc. Il y a souvent un retentissement sur la vie quotidienne. Ce syndrome est assez peu diagnostiqué.

2) Sensorialité et processus cognitifs

a. La mémoire et les sens

Les informations sensorielles sont très souvent associées à la mémoire. Renouvier nous dit d'ailleurs que : *« percevoir, c'est se souvenir.* » Dans son livre *« Clinique psychanalytique de la sensorialité »* [10], M. Boubli écrit *« Freud pourtant […] avait posé l'hypothèse que les sensations qui proviennent du monde extérieur sont à l'origine des processus mnésiques et de la fonction de conscience. »* [10].

Le stock mnésique est constitué d'une très grande quantité d'informations visuelles, auditives, tactiles, gustatives et olfactives (mémoire perceptive). Elles sont d'autant mieux gardées en mémoire qu'elles sont associées à des émotions fortes ou que les expériences sensorielles ont été répétées de nombreuses fois [42].
De plus, des souvenirs peuvent surgir en présence d'un stimulus sensoriel. Nous pouvons relier cela au concept de réminiscence : *« souvenir vague, imprécis, où domine la tonalité affective. »* [35]. Ainsi, l'aspect affectif a également une importance dans ce lien sensation-mémoire. L'exemple de la madeleine de Proust illustre bien ce concept de réminiscence. Dans son livre *« A la recherche du temps perdu* », la saveur d'une madeleine trempée dans le thé rappelle à l'auteur une scène de son enfance [42].

b. L'attention

Le traitement des informations sensorielles nécessite de l'attention afin que celles-ci soient amenées à la conscience. Le concept d'attention regroupe plusieurs composantes :
- **l'attention diffuse** : maintien du niveau attentionnel de base (système d'éveil)
- l'attention soutenue : maintien d'un niveau élevé d'attention.
- **l'attention sélective** : sélection d'une information par le sujet.
Réciproquement, la stimulation sensorielle peut être source d'éveil lorsqu'elle est variée, qu'elle attire l'attention ou au contraire amener la personne vers une baisse de la vigilance lorsque celles-ci sont uniformes et peu stimulantes. Nous pouvons donc comprendre le lien entre attention et information sensorielle.

3) Démences et stimulation sensorielle

Nous l'avons vu précédemment, le vieillissement et notamment le vieillissement pathologique (démences) entraîne de nombreuses pertes et difficultés au niveau cognitif, physique, sensoriel. Il est donc important de stimuler ces personnes afin de limiter ou de ralentir les pertes de capacités et la baisse d'autonomie.

Dans le cas des démences, les personnes restent capables de sentir les stimuli internes ou externes. Même si dans certain cas, l'agnosie altère les capacités de perception et de reconnaissance des objets, les canaux sensoriels sont relativement intacts (hormis les altérations du fait du vieillissement sensoriel) [42].

De plus, la mémoire procédurale, sensorielle, perceptive et émotionnelle sont plutôt conservées [21]. Nous l'avons vu que les informations sensorielles et perceptives reliées à des émotions fortes sont d'autant mieux gardées en mémoire. Les affects et les émotions ont une grande importance et ne sont pas à négliger dans le travail auprès de ces personnes.

Ainsi, en présence de troubles cognitifs importants, il est intéressant d'aller rencontrer ces sujets là où ils se trouvent, dans l'archaïque, le sensori-moteur et l'émotionnel.

D'après les recherches d'H. Jackson, P. Deboves et J.M. Vives *« l'activité perceptive, sensorielle, domine largement la vie du sujet atteint de maladie d'Alzheimer à un stade sévère […] les méthodes de soin non médicamenteuses, proposant une sensorialisation de l'environnement (musicothérapie, luminothérapie, aromathérapie, massages …) diminuent largement l'intensité des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence »* [7]. A un stade avancé de la maladie, les personnes âgées sont donc davantage réceptives à un monde perceptif et sensoriel.

Pour entrer en relation avec ces personnes et les accompagner au mieux, il est important de comprendre leurs caractéristiques (capacités, ressources et difficultés) ainsi que de connaître leurs histoires de vie, leurs personnalités et leurs sensibilités. Dans la partie suivante, je vais vous relater mon accompagnement en psychomotricité de deux personnes âgées démentes à travers les médiations sensorielles.

CHAPITRE 3 : ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE





I. Présentation du contexte

1) Les structures

J'ai effectué mon stage de troisième année au sein de deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) différents. Il s'agit de deux résidences collectives mixtes destinées aux personnes âgées, en perte d'autonomie ou dépendantes.

Le premier établissement dispose d'une capacité d'accueil de quatre-vingt-quatre places en hébergement permanent : soixante-huit places en unité classique, seize places en unité protégée, six places en accueil de jour. Il est équipé d'une salle de balnéothérapie.

Le deuxième établissement a une capacité d'accueil de cinquante-deux résidents : trente-huit places en hébergement permanent, six places en hébergement temporaire et 8 places en accueil de jour. Ces places sont réparties au sein d'une unité conventionnelle de vingt-deux lits et de deux unités de vie adaptées de dix et douze lits chacune. Les résidents de l'EHPAD peuvent bénéficier d'activités au sein du Pôle d'Activité et de Soins Adaptés.
Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) est un lieu qui permet d'accueillir, au cours de la journée, les résidents de l'EHPAD (environ quatorze) atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement. Il a pour but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques afin de maintenir et de stimuler leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux.
L'établissement dispose d'une salle de stimulation sensorielle, d'une salle de bain thérapeutique, d'un salon de coiffure, et de jardins extérieurs.

Les deux EHPAD sont régis par un projet d'établissement qui définit les valeurs, les attentes de la structure. C'est le cadre de travail des différents professionnels. Il regroupe :
- **Le projet de vie** proposant un accompagnement de qualité tout en respectant les rythmes et la vie des résidents et permettant leur épanouissement dans diverses sorties et activités.
- **Le projet de soins** répondant aux besoins en terme de santé dus à l'âge et accompagnant la dépendance des résidents. Ces projets ont pour but le bien-être des résidents et leur accompagnement au plus près de leurs besoins.

2) Les équipes

Les équipes des deux établissements sont constituées de manière relativement identique. Elles sont composées de différents corps de métiers :

L'équipe administrative :

- La direction : elle représente l'établissement, assure la relation avec les familles, la gestion des services de la résidence et veille au respect du projet d'établissement et de la législation. Elle est garante des bonnes pratiques professionnelles.
- La secrétaire administrative : elle travaille en lien avec l'équipe et les intervenants libéraux.
- L'hôtesse d'accueil **:** elle s'occupe de l'accueil téléphonique et physique.

L'équipe soignante :

- Le médecin coordonnateur : elle veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et coordonne l'intervention des différents acteurs de soin.
- L'infirmière coordonnatrice : elle anime et coordonne le travail de l'équipe et garanti la qualité et la continuité des soins.
- Les infirmières : elles travaillent sous l'autorité du responsable de l'établissement et de l'infirmière coordonnatrice. Elles réalisent des soins infirmiers sur prescription, visant à maintenir et/ou restaurer l'état de santé des résidents.
- Les aides-soignantes : elles prennent soins des résidents.
- La psychologue : elle est une interlocutrice privilégiée pour la famille et l'équipe. Elle a pour mission le soutien individuel des résidents, et elle met en place des activités stimulantes par le biais de jeux ou d'ateliers mémoire.
- L'ergothérapeute :
- La psychomotricienne :
- Les libéraux : médecins traitants, kinésithérapeutes, orthophonistes, coiffeurs.

L'équipe d'aides hôteliers :

Les aides hôteliers : ils sont chargés de l'entretien général de l'établissement.

L'équipe restauration :

Le chef de cuisine et les cuisiniers : ils proposent tous les jours de la nourriture équilibrée, diététique et saine.

L'équipe animation :

L'animatrice : elle crée et propose des activités pour favoriser l'intégration, la participation et le bien-être des résidents.

3) La place de la psychomotricité

a. Définition de la psychomotricité

D'après C. Potel, *« en psychomotricité, il y a deux notions fondamentales : le corps (ou soma) et la psyché. Deux notions pour un seul être, un être unifié. »* [53].

Ainsi, la psychomotricité est une approche globale qui s'intéresse à l'individu à travers ses dimensions physiques, sensorielles, cognitives, psychologiques, affectives et relationnelles. Elle s'adresse aux différents âges de la vie allant des bébés jusqu'aux personnes âgés, avec ou sans troubles neurologique, psychique ou sensoriel. Elle appartient au champ de la prévention, de l'éducation, de la rééducation ou de la thérapie. Dans le domaine de la gériatrie, la thérapie, le relationnel et la prévention priment mais il est aussi possible de pratiquer la rééducation auprès de patients qui ont eu des fractures ou des accidents vasculaires cérébraux et qui réapprennent à marcher par exemple.

Le psychomotricien pratique sous prescription médicale. Il appartient aux métiers du paramédical. Il utilise des bilans pour cibler les capacités, ressources et difficultés du patient et axer sa prise en charge. Il peut s'appuyer sur différentes médiations corporelles afin d'accompagner le patient vers un mieux-être.

b. Indications et objectifs de la psychomotricité en gériatrie

Depuis plusieurs années, la profession de psychomotricien est reconnue dans les EHPAD et se place en faveur des approches non médicamenteuses.
Le champ d'action auprès des personnes âgées est large. Le psychomotricien peut être amené à intervenir pour des troubles de la régulation tonique et émotionnelle ; des troubles du schéma corporel et de l'image du corps ; des troubles de l'équilibre et de la marche (avec des chutes par exemple) ; une désorientation spatio-temporelle ; des douleurs ; une fin de vie ; des troubles psycho-comportementaux ou un syndrome de glissement, etc. [18].
Les objectifs peuvent être par exemple : de permettre une meilleure régulation tonico-émotionnelle ; de favoriser un mieux-être psychocorporel ; d'amener à un réinvestissement corporel ; d'apporter des sensations corporelles re structurantes et d'améliorer la conscience corporelle et le rapport à l'environnement.

La particularité de l'intervention du psychomotricien en milieu gériatrique est que c'est un « *âge de la vie où l'enjeu n'est plus le développement et le déploiement des possibilités et des capacités mais le confort et la conservation au maximum des potentiels et du plaisir de vivre dans un corps investi. »* selon C. Potel [54]. Ainsi l'objectif auprès des personnes âgées sera surtout de préserver les capacités et donc l'autonomie des individus et de favoriser leur bien-être à travers des activités qui leurs correspondent.

c. Psychomotricité et troubles psycho-comportementaux

La Haute Autorité de Santé (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. Pour le psychomotricien, l'HAS recommande une intervention pour la prise en charge de l'anxiété par des techniques de relaxation, toucher thérapeutique, stimulation sensorielle [25].
Ainsi nous verrons par la suite comment le psychomotricien peut apaiser les troubles psycho-comportementaux par le biais de médiations sensorielles.

4) Ma place de stagiaire

Je suis présente sur mes lieux de stage tous les jeudis et vendredis, d'octobre à décembre sur le premier EHPAD et de janvier à mi-mars sur le deuxième.
Dans un premier temps, j'ai suivi les psychomotriciennes présentes sur les structures et j'ai participé aux médiations proposées ces jours-là (balnéothérapie, stimulation cognitive, toucher thérapeutique, relaxation, etc.). Les premières semaines de chaque stage étaient axées sur l'observation des résidents lors des ateliers et des temps de la vie quotidienne ainsi que sur la lecture de leur dossier pour apprendre à les connaitre et cibler leurs besoins.
Par la suite, j'ai pu suivre régulièrement Madame L. en balnéothérapie conjointement avec ma tutrice de stage du premier EHPAD. Sur mon deuxième stage, j'ai évolué davantage en autonomie en proposant à Madame C. des séances de toucher thérapeutique et de stimulation sensorielle en salle type Snoezelen. Madame L. et Madame C. avaient toutes deux comme problématique un syndrome démentiel avec d'importants troubles cognitifs associés à des troubles du comportement type angoisse, agitation.
Dans les parties suivantes, je vais présenter les médiations sur lesquelles je me suis appuyée puis relaterai l'accompagnement de ces deux résidentes.

II. Médiations sensorielles

1) Définition de médiation

Le mot médiation vient du latin « mediare » qui signifie être au milieu. D'après C. Potel, la médiation est *« ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. »* [53]. La médiation est un outil de travail en psychomotricité, elle met en jeu le corps comme moyen d'expression. Pour F. Giromini *« Le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui ; il n'est pas utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir-faire au titre d'un apprentissage. »* [40]. Ainsi la médiation permet de faciliter la rencontre et la relation entre le patient et le thérapeute. Elle joue la fonction de tiers : par l'objet d'échange, elle facilite la proximité mais par sa position d'intermédiaire, elle crée une certaine distance entre le patient et le thérapeute.

Selon M. Rodriguez, *« les dispositifs à médiation corporelle en psychomotricité sont en définitive des propositions offertes aux patients qui visent à les affecter au sens premier du terme, c'est-à-dire « mettre dans une certaine disposition », afin d'activer ou réactiver des éprouvés corporels »*

Pour C. Potel, les objectifs d'une médiation en psychomotricité sont : *« de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ; de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ; d'aider à la transformation des éprouvés en représentations* » [53]. Ainsi la médiation favorise les expériences sensori-affectivo-motrices et l'émergence d'affects. Elle soutient la symbolisation, le passage au verbal. Le passage de la sensori-motricité à la perception est facilité pour finalement aboutir à la représentation psychique et à la verbalisation. Le thérapeute a un rôle d'accompagnement du sujet dans l'intégration de ses éprouvés dans le processus de représentation et de verbalisation.

Il existe une multitude de médiations possible : objet, animal, activité, etc.
Le choix de la médiation doit être réfléchi par le thérapeute : en effet, il doit être pertinent par rapport à la population visée, ses caractéristiques, ses pathologies et le contexte institutionnel. La médiation doit avoir un potentiel attracteur.

2) La balnéothérapie

a. Les caractéristiques de l'eau

En référence aux travaux de R. Roussillon, A.M. Latour nous dit que l'eau est un « objet malléable ». En effet, nous pouvons retrouver les cinq propriétés décrites par R. Roussillon : elle est modifiable à l'infini, elle est dotée d'une extrême sensibilité, elle est indestructible, disponible de manière inconditionnelle et elle est vivante, animée [46].
Toutefois, C. Potel nous dit que l'eau est un objet malléable partiel car elle ne peut garder sa forme seule. De plus, un des rôles de cet objet malléable est de permettre au sujet de « *dépasser l'expérience du sensoriel et d'accéder à la fonction de représentation, dans des processus secondarisés.* » [46]

b. Les effets de la balnéothérapie

D'après O. Gaucher-Hamoudi et M. Guiose, l'eau a des effets de confort, elle est anxiolytique et antalgique [51]. Elle stimule les récepteurs de notre peau et nous permet de ressentir les contours, les limites (dedans/dehors) de notre corps. Elle est contenante, enveloppante et amène la personne à éprouver un sentiment d'unité corporelle.
Grâce à sa propriété de résistance, elle permet un allègement du corps qui facilite le mouvement. L'eau présente également un rôle d'éveil sensoriel. Le toucher de l'eau nous informe différemment sur les flux sensoriels et les perceptions vestibulaires. Les sensibilités proprioceptives et extéroceptives sont alors stimulées [46].

c. Organisation des séances de bain thérapeutique

Le bain thérapeutique se fait dans une salle à part, avec une baignoire adaptée. Celle-ci est équipée de valves pour produire des bulles dans l'eau (stimulation tactile et proprioceptive), de lumières changeant de couleurs (stimulation visuelle) et d'un lecteur de clé USB à l'extérieur du bain pour faire écouter de la musique (stimulation auditive).
Il y a un diffuseur d'huiles essentielles (stimulation de l'aire olfactive) et un grand miroir. Nous utilisons de l'eau chaude et nous ajoutons un gel douche parfumé dans l'eau, la mousse du savon permettant une certaine intimité.

3) Le toucher thérapeutique

a. Les caractéristiques du toucher

E. Charpentier nous dit que *« Toucher c'est avant tout aller à la rencontre de l'autre, objet privilégié de communication »*. Cette idée est également soutenue par Bonneton-Tabarié et al. dans leur ouvrage *« Le toucher dans la relation soignant-soigné »* [9]. Le toucher a une propriété de réflexivité, nous ne pouvons pas toucher sans être touché. Toucher n'est jamais un acte neutre. Il est teinté d'affectivité et les états toniques et émotionnels des individus sont partagés à travers le toucher (dialogue tonico-émotionnel).

b. Les effets du toucher

Au niveau physiologique, le toucher a des effets au niveau de la circulation sanguine, il active les terminaisons nerveuses et les différents récepteurs tactiles. Il harmonise la respiration, la digestion et le transit intestinal. Le toucher redessine les limites du corps de manière sensorielle et participe au renforcement du schéma corporel [9].
Il permet d'abaisser l'anxiété, il rassure, apaise et facilite la verbalisation des sentiments et ressentis. Il apporte un sentiment de bien-être et permet de prendre conscience de l'instant présent. Il amène également une re narcissisation du sujet [16].

c. Organisation des séances de toucher thérapeutique

Le toucher thérapeutique s'effectue au travers de mobilisations passives des membres, de techniques de massages relaxants. Il se veut contenant et rassurant pour la personne afin de tisser une relation de confiance. Le psychomotricien doit être à l'écoute et s'adapter à l'individu. D'après B. Lesage, *« La main qui se pose doit se faire antenne, comme d'ailleurs tout le corps du thérapeute. L'écoute est le fondement d'un toucher digne et organisateur. Dans ces techniques, la conscience du thérapeute est déterminante, et nombre d'expériences cliniques nous indiquent que le patient est très sensible aux qualités du toucher »* [51]. Si le toucher peau à peau s'avère trop intrusif pour la personne, il peut être médiatisé à partir d'objets telles que des balles lisses ou à picots par exemple. Ils permettent de créer une certaine distance et de limiter les dimensions affectives et parfois érogènes qui peuvent survenir lors du toucher.

4) Le Snoezelen

a. Définition du concept

La médiation Snoezelen est un concept hollandais créé en 1970 par A. Verhuel et J. Hulsegge. Le terme Snoezelen constitue la contraction de « snuffelen » qui signifie renifler ou sentir et de « doezelen » qui exprime un état de détente, de somnolence [6]. Elle vise l'induction d'un état de bien-être par le biais de la stimulation sensorielle. Plusieurs auteurs ont tenté de définir cette approche [55] : *« L'activité Snoezelen est une activité primaire… orientée vers la perception sensorielle par le biais de la lumière, du son, du toucher, de l'odorat, du goût. ». « Snoezelen est une expérience sensorielle personnelle et subjective. […] et a comme composante fondamentale la sensorialité de la personne. »* B.Baudenne ; JP.Martin ; M.Thiry ; JM.Priels.

b. Les axes thérapeutiques

Elle permet différents axes de prise en soins [55] :

- Axe sensoriel : faire ressentir une unité corporelle par des expériences sensorielles.

- Axe relationnel : favoriser les échanges.

- Axe détente et bien-être : favoriser un apaisement psychocorporel.

c. La salle de stimulation sensorielle

La salle de stimulation sensorielle est une salle à part au sein de l'EHPAD. Elle est équipée d'une colonne à bulle, d'un fauteuil qui peut se mettre en position allongée, de différents projecteurs de lumières douces, d'un poste de musique et de petit matériel comme des balles de différentes textures (lisse, à picots,), d'une couverture lestée, de coussins, …






III. Etudes de cas

Dans cette partie, je vais présenter l'accompagnement de deux résidentes Madame L. et Madame C., rencontrées au cours de mes stages. Je me suis appuyée sur les différentes médiations sensorielles présentées précédemment pour essayer d'apaiser leurs troubles psycho-comportementaux.

1) Madame L.

Madame L. est une dame âgée de 84 ans lorsque je la rencontre. Elle est née le 29 octobre 1935 en France. Elle est de taille et de corpulence moyenne. Ses cheveux sont courts, frisés et colorés en blond. Elle porte des lunettes.

a. Anamnèse

Madame L. a été mariée à un premier conjoint décédé en mai 1988 dans un accident de voiture. Elle a eu un second compagnon également décédé, dû à un cancer en 2015.
Elle a trois enfants : deux fils et une fille. Sa fille n'habite pas loin et vient souvent la voir.

Madame L. a été scolarisée jusqu'au certificat d'études, mère au foyer puis assistante maternelle. Elle a toujours vécu dans la région.

Elle aime la cuisine, le jardinage et les bains. Elle apprécie également les arts plastiques (la peinture, le collage, la sculpture) et ce qui attrait à la musique : la danse, le chant. Elle prend soin d'elle : se maquille et aime la manicure et les massages.
C'est une personne gaie mais également parfois un peu inquiète, elle apprécie la compagnie.

Au niveau médical, Madame L. souffre de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère ainsi que d'un syndrome dépressif. Elle a eu une fracture de la diaphyse du radius en 1999 et une tendinite calcifiante en 2017. Elle a des vertiges bénins paroxystique.

Elle entre à l'EHPAD accompagnée de sa fille le 25 février 2019 suite à une aggravation des troubles cognitifs avec des chutes répétées et une augmentation des troubles du comportement, rendant le maintien à domicile impossible.

b. Bilans

- Evaluation de l'autonomie

Son GIR (annexe 10) est côté à 4. Elle a besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. Elle est désorientée dans le temps et l'espace et a des difficultés au niveau de la communication verbale (oubli des mots, utilisation de mots inappropriés) même si sa communication non verbale est préservée (sourire, regard, gestes). Elle est autonome sur les transferts et les déplacements à l'intérieur ainsi que pour manger et pour l'élimination.

Sa CAQ qui évalue notamment l'autonomie à la toilette est de 100 (le 5/09/2019). Elle montre une augmentation des troubles praxiques ainsi qu'une altération des fonctions exécutives. Madame L. a des comportements inadaptés comme se balader en sous-vêtements dans le couloir ou vider son petit déjeuner dans l'évier. Il est noté une perte d'autonomie globale.

- Evaluation cognitive : Le score au MMSE est de 5/30 (le 14/05/2019). Celui-ci reflète un trouble neurocognitif majeur. Madame L. a une importante désorientation spatio-temporelle. Sa mémoire immédiate est déficitaire avec des difficultés sur l'épreuve d'encodage. Elle présente une acalculie totale. La nomination d'objets est possible mais avec des difficultés de compréhension et d'exécution des consignes simples.

- Evaluation des troubles du comportement : Le NPIES est coté à 62/144 (le 1/10/2019). Il y a une évolution notable des troubles du comportement avec agressivité envers les autres résidents, une instabilité, une anxiété et un état dépressif. Elle a également des idées délirantes et des hallucinations par épisode.

- Bilan psychomoteur

Afin d'éviter de mettre Madame L. en situation d'échec, je ne réalise pas d'évaluation psychomotrice normée, mais je décide de m'appuyer sur les observations réalisées au cours de temps de vie quotidienne et d'ateliers.

Concernant sa **motricité globale** : elle se déplace seule sans canne ni déambulateur au sein de l'établissement. Lors des transferts assis-debout, son équilibre est parfois compromis mais elle dispose de bons réflexes lui permettant de se rééquilibrer. Elle est relativement à l'aise pour danser en faisant des petits pas.

Au niveau de sa **motricité fine**, elle dispose de bonnes coordinations : elle peut découper une feuille en suivant le trait lors de l'atelier du vendredi après-midi. Elle a une bonne précision visuomotrice également.

Son niveau de **régulation tonique** est plutôt adapté, ce qui se remarque en balnéothérapie où elle peut se détendre et ajuster sa posture. Dans les moments d'angoisse cependant, elle est plutôt en hypertonie mais cela se comprend par le fait que le tonus reflète l'état émotionnel de la personne. Elle se tient plutôt droite avec une légère cyphose dorsale.

Sa **latéralité** est homogène (main/pied/œil) à droite.

Concernant le **schéma corporel**, la dénomination des parties du corps est limitée compte tenu de ses troubles langagiers. Lors des bains, elle peut citer quelques endroits du corps (les bras, le ventre) et du visage (les sourcils, les yeux) mais a davantage de difficultés à nommer les autres parties. En revanche, elle peut reconnaître les parties du corps que nous nommons et ressent bien les stimulations tactiles sur celles-ci.

L'image du corps semble assez bonne, elle prend soin d'elle. Les cheveux et le visage sont des éléments très investis et elle apprécie de se rendre chez le coiffeur. Nous remarquons toutefois qu'elle ne reconnait pas, la plupart du temps, son image dans le miroir.

Au niveau de **l'espace et du temps**, elle est désorientée. Elle ne se repère pas bien au sein de l'EHPAD et entre dans la chambre d'autres résidents. Elle ne se situe pas non plus dans le temps et ne connait pas son âge.

Concernant sa **communication**, au niveau verbal, nous pouvons remarquer un manque du mot chez Madame L. Elle s'exprime parfois avec des onomatopées.
Au niveau de sa communication non verbale, elle est très expressive, notamment par ses mimiques (avec ses sourires, ses clins d'œil, ses froncements de sourcils par exemple). Son regard est présent et adressé, il traduit également beaucoup d'émotions.

Au niveau **relationnel**, elle apprécie la compagnie. Elle est de nature joviale et est très souriante lorsque nous la rencontrons. Elle a de bonnes relations avec les membres de sa famille notamment avec sa fille qui vient la voir régulièrement. La relation avec son gendre était toutefois un peu compliquée au début mais s'est améliorée.

c. Projet de soin en psychomotricité

Les motifs / indications :

Madame L. présente une majoration de ses troubles du comportement notamment de son angoisse depuis le début du mois d'octobre. Elle peut avoir des comportements perturbateurs avec les autres résidents. Elle réagit à son image dans le miroir par des cris.

Les objectifs de suivi en psychomotricité sont :

- La diminution des troubles du comportement notamment l'angoisse
- La détente et l'apaisement des tensions
- La prise de conscience du corps à travers différentes stimulations sensorielles
- La valorisation et la narcissisation du sujet dans un espace de plaisir et d'écoute
- L'accès à des moyens de communication non verbale

Les moyens :

Avec ma tutrice de stage, nous voyons Madame L. chaque vendredi matin en balnéothérapie. La séance dure quarante-cinq minutes environ, en accompagnement individuel. Elle participe parfois au groupe de stimulation cognitive à l'accueil de jour le vendredi après-midi.

d. Première rencontre

Au début de mon stage, a eu lieu une réunion d'équipe avec les soignants de l'unité conventionnelle et de l'unité protégée, afin d'échanger et de prendre une décision concernant l'organisation des repas de madame L. Cette dame vit à l'unité conventionnelle mais du fait de la majoration de ses troubles du comportement, il a été décidé qu'elle prendrait ses repas au sein de l'unité protégée. Elle sera ainsi plus contenue et pourra se familiariser avec les lieux et les résidents dans le cadre d'un éventuel déménagement là-bas (en discussion). Ainsi, le soir même, avec ma tutrice de stage, nous allons voir comment se passe le repas de Madame à l'unité protégée. Lorsque nous arrivons, elle nous regarde et fait une moue. Elle dit ne pas vouloir manger et commence à sangloter et à crier en disant qu'elle veut partir voir sa fille. Nous la raccompagnons finalement en chambre et parlons avec elle, ce qui semble l'apaiser. C'est ainsi que nous pensons à lui proposer un suivi en balnéothérapie afin de lui permettre de se détendre, d'exprimer ses émotions et d'apaiser ses troubles du comportement. Ce qu'elle accepte.

e. Suivi en psychomotricité

La prise en soin en balnéothérapie se déroule généralement en suivant plusieurs étapes :

- La préparation de la salle (remplissage de la baignoire, sortie du matériel, etc.)
- La rencontre de Madame L. en chambre et l'accompagnement à la salle
- Le déshabillage puis l'immersion dans l'eau
- Le temps du bain avec les différentes stimulations
- La fin du soin : sortie de l'eau, habillage, coiffure et soin du visage
- L'accompagnement de Madame L. au repas
- Le rangement de la salle

Cette organisation concoure à l'instauration du cadre thérapeutique. Selon C. Potel, le cadre est « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. » [53]. Il se caractérise par deux niveaux : physique (lieu, horaires, durée, matériel, médiation) et psychique (fonction de contenance et de pare-excitation).
C. Ballouard dit « qu'un cadre contenant est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque » [8]. Le cadre garantit la sécurité physique et psychique du thérapeute et du patient.

Lorsque nous venons à la rencontre de Madame L. en chambre, elle est très souvent souriante et nous accueille avec entrain. Elle sait qu'elle a une séance de balnéothérapie avec nous – elle a un post-it avec la date et l'horaire qui lui permet de s'en souvenir.
Cependant, il arrive qu'elle soit un peu somnolente dans son fauteuil lorsque nous venons la chercher – son sommeil n'étant pas toujours de qualité – nous lui laissons alors davantage de temps avant d'aller à la salle de balnéothérapie.

Dès les premières séances, elle dit reconnaître la salle, elle s'approprie vite les lieux. Elle nécessite d'une aide partielle pour se déshabiller : nous la guidons verbalement et initions parfois certains mouvements. Nous lui montrons où s'asseoir pour entrer dans la baignoire puis elle bascule seule ses jambes dans l'eau. Nous pouvons remarquer qu'elle dispose d'un tonus de qualité au niveau des abdominaux et des cuisses car il faut monter les jambes assez haut pour entrer dans l'eau. Elle a également de bons réflexes posturaux : elle se centre d'elle-même au milieu de la baignoire.

Par la suite, nous basculons la baignoire et la remplissons davantage d'eau afin que le corps de Madame L. soit entièrement immergé (hormis les épaules et la tête). Nous prenons soin de bien verbaliser ce moment qui peut être source de surprise voire d'angoisse. En effet, l'eau est une médiation dite ambivalente : C. Potel nous dit qu'elle peut être à la fois angoissante et source de plaisir. Elle présente une fonction contenante puisqu'elle enveloppe et détaille l'ensemble du corps *« l'eau entoure le corps, elle enveloppe, masse, caresse et dessine les limites du corps dans un contact sensoriel »* [51].
Au début du soin, Madame L. garde souvent les poignées de la baignoire en mains (certainement un réflexe d'agrippement afin de se rassurer ?). Elle a les pieds bien en appuis au fond de la baignoire et dispose donc d'un bon ancrage.
Son regard est généralement très présent, elle nous regarde à tour de rôle de chaque côté de la baignoire et observe aussi l'environnement (cadres, couleurs dans la baignoire). Parfois, elle verbalise autour des objets qu'elle perçoit de l'environnement.
Elle est également très expressive au niveau de ses mimiques (clin d'œil, haussements de sourcils, sourires). Cette communication non verbale vient compléter voire compenser sa communication verbale - elle a des troubles langagiers qui rendent parfois son discours difficilement compréhensible - et nous renseigne ainsi sur son état interne. En effet, selon C. Potel *« le corps est vecteur d'expression. Il véhicule nos affects, nos émotions, tout un langage infra verbal qui occupe une place importante dans la communication, même s'il n'emprunte pas le chemin des mots. »* [53].

Durant le bain, nous lui proposons de sentir différentes odeurs - pas plus de deux entre l'orange, l'eucalyptus, la verveine, la vanille et le citron - afin de choisir celle que Madame L. préfère et de l'ajouter au diffuseur d'huiles essentielles. Généralement, il s'agit de l'orange. Avec la chaleur du bain et la présence des différentes enveloppes (sonores, tactiles, olfactives), nous pouvons constater que Madame L. commence à se détendre : elle peut fermer les yeux, bailler, soupirer. D'après E. Charpentier *« le psychomotricien utilise les enveloppes tactile, visuelle et sonore afin d'envelopper et de contenir lui-même la personne pour qu'elle renoue l'expérience d'être contenue physiquement et psychiquement »* [13]. Cette contenance concoure à son apaisement. Nous pouvons également remarquer cet apaisement grâce à la respiration de Madame L. qui devient plus calme et posée. Selon O. Gaucher-Hamoudi et M. Guiose, *« observer la respiration du patient reste un très bon indice de la qualité de son apaisement »* [51]. Elle finit par lâcher les poignées de la baignoire et détend ses bras et son cou : elle laisse sa tête basculer en arrière pour s'appuyer au rebord.

Par la suite, nous pouvons lui proposer différentes formes de détente :

- Une relaxation par induction verbale : au fur et à mesure que nous évoquons les différentes parties du corps, elle réagit et bouge les orteils, les jambes, le ventre lorsque nous les citons. Elle fait donc le lien entre la sémantique et les parties réelles du corps. Cela semble concourir à l'apaiser car elle s'allonge davantage dans le bain.
- Le passage du jet d'eau sur différentes parties du corps : elle réagit aux stimulations et peut verbaliser que cela lui fait du bien, ou que cela chatouille, etc. Elle est curieuse et regarde généralement les endroits stimulés par le jet d'eau.
- Les bulles : la fois où nous utilisons cette option de la baignoire, Madame L. choisit les bulles sur le corps entier. Elle garde les yeux fermés mais nous pouvons remarquer une certaine crispation au niveau des sourcils. Elle ne semble pas vraiment détendue donc nous décidons rapidement de les enlever.
- Le massage du cuir chevelu lorsque nous lui faisons un shampoing : elle dit particulièrement apprécier cela, ferme les yeux et soupire de détente.

Ainsi, à travers ces propositions, nous pouvons souligner l'idée d'E. Pireyre qui nous dit que le psychomotricien accompagne le sujet sur le chemin de la prise de conscience de ses sensations corporelles (tension/détente) et l'invite à être présent à lui-même [51]. Le psychomotricien mobilise le patient aux niveaux sensoriel, affectif et relationnel.
Pour D. Liotard, l'accompagnement thérapeutique se fait à partir *« d'une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mots. Ceci dans un climat sécurisant, bienveillant, respectueux, chaleureux »* [51]. Ainsi, grâce à cette écoute attentive, nous avons pu nous adapter et être au plus près des besoins de Madame L. Durant les bains, nous avons accompagné verbalement Madame L. dans la prise en compte et l'expression de ses ressentis ainsi que dans les moments d'angoisse qui se sont parfois présentés. Je vais d'ailleurs vous relater un épisode au cours d'une balnéothérapie qui m'a particulièrement questionné.

Cette séance de bain se déroule mi-novembre. Madame L. est alors habituée au cadre de la balnéothérapie, elle en a réalisé plusieurs depuis début octobre.
Le début de séance se déroule dans les meilleures conditions, elle semble contente d'être présente. Elle nous parle de sa famille et particulièrement de sa fille : elle nous dit qu'elle va bientôt venir manger à l'EHPAD et que cela se passe mieux avec son gendre.
Tout à coup, un réparateur a fait intrusion dans la salle sans prévenir. Cela surprend Madame L. et nous remarquons qu'elle est perturbée corporellement (mimiques, posture).

Le réparateur s'excuse et repart aussitôt. Nous tentons de poursuivre l'échange avec Madame L. mais en la questionnant, elle fond en sanglots. Je ressens alors sa détresse mais essaie de rester assez neutre, me disant que c'était surement le meilleur moyen de l'accompagner sur le moment. Je comprends par la suite que j'aurai dû davantage partager ce que je ressentais par rapport à son état tout en trouvant la juste distance au niveau émotionnel. Ainsi, je tente de la rassurer par un contact tactile sur l'épaule afin de l'amener à verbaliser ses émotions. En cherchant à la contenir, elle dit « je ne veux pas » sans préciser davantage. Nous la redressons et elle se saisit de la proposition de sortir du bain. Elle continue de pleurer jusqu'à l'habillage avec une tendance au repli qui peut se remarquer au niveau de sa posture. Elle se coupe de la relation en fermant les yeux et ne répond plus aux questions. Cependant, le fait de reconnaitre et de chercher à comprendre d'où vient cette tristesse semble l'apaiser. Elle peut dire qu'elle n'est pas en colère mais qu'elle est fatiguée. A la suite de cette séance, ma tutrice de stage me parle de l'approche de N. Feil sur la validation, qui est un appui théorique intéressant dans ce genre de situation.

La méthode de la validation de N. Feil consiste à valider et reconnaître les émotions et ressentis de la personne en les mettant en mots. Elle est utilisée auprès des personnes âgées mal orientées ou désorientées et soutient plusieurs principes :

1 - Chaque personne est unique et a de la valeur.

2 - Les vieillards mal orientés ou désorientés devraient être acceptés tels qu'ils sont, sans essayer de les changer.

3 - L'écoute empathique crée la confiance, réduit l'anxiété et restaure la dignité

4 - Les sentiments douloureux qui sont exprimés, reconnus et ''validés" par un interlocuteur de confiance s'apaisent ; ignorés ou réprimés, ils gagnent en intensité.

5 - La raison sous-jacente aux comportements des vieilles personnes peut-être la non-satisfaction d'un ou plusieurs des besoins humains de base.

6 - Lorsque la mémoire des faits récents diminue et que la parole s'estompe, les grands vieillards désorientés retrouvent des comportements appris tôt dans l'enfance.

7 – Les personnes âgées désorientées ou mal orientées utilisent des symboles.

8 - Les personnes âgées désorientées ou mal orientées vivent avec plusieurs niveaux de conscience souvent simultanément.

9 – Quand un ou plusieurs de leurs cinq sens sont touchés, les personnes âgées désorientées ou mal orientées stimulent et utilisent leurs « sens intérieurs ».

10 – Des évènements, émotions, couleurs, sons, odeurs, goût ou images du présent peuvent réveiller le souvenir d'évènements passées associés aux mêmes émotions.

Les techniques de la validation sont [12] :

- *Au niveau verbal : poser des questions ouvertes, reformuler ce que dit la personne, aider la personne à trouver une solution au problème, finir la conversation sur quelque chose de positif.*
- *Au niveau non verbal : établir un contact visuel et physique, s'exprimer d'une voix claire et chaleureuse, essayer de refléter l'émotion de la personne, sourire car « Le sourire fait partie des signes d'ouverture de la communication. »*

Pour N. Feil, « Valider : c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. C'est lui dire que ses sentiments sont véritables. Ne pas reconnaître ses émotions, c'est nier la personne. La Validation utilise l'empathie pour se brancher sur le monde intérieur de l'autre et ainsi construire la confiance. » [46].

*L'**empathie** est « la capacité à percevoir les ressentis de l'autre, à se mettre à sa place ». Pour C. Rogers, il s'agit de la capacité à se laisser toucher par l'autre sans être ébranlé dans son identité [23]. Selon C. Potel, en parlant de l'empathie « indispensable pour comprendre autrui, cette notion s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute qui accueille cet « envahissement » du patient, tout en reconnaissant comme bien séparé de lui. » [53]. On peut distinguer deux types d'empathie :*

*- **L'empathie émotionnelle** : capacité à identifier et à ressentir l'émotion de l'autre sans pour autant la ressentir.*

*- **L'empathie cognitive :** capacité à se mettre à la place de l'autre pour essayer de comprendre son point de vue.*

Au cours des séances de balnéothérapie suivantes, je me suis donc appuyée sur ces principes en les appliquant auprès de Madame L.

Je vous ai relaté le déroulement des séances mais je n'ai pas évoqué la fin du soin. Il me semble important de le développer ici.

Généralement, après 30-35 minutes, nous proposons la fin du bain à Madame L. Elle accepte assez rapidement. Nous l'aidons alors à sortir de la baignoire et prenons également le temps de l'aider à se sécher et s'habiller. Les soins prodigués peuvent se rapprocher du handling de D.W. Winnicott. Elle se coiffe seule et nous pouvons remarquer que la confrontation au miroir est un moment intéressant et riche en observations.

En effet, durant le soin, nous laissons le miroir recouvert de feuilles blanches (afin de limiter les troubles du comportement). Mais, au moment du coiffage et du maquillage, nous le découvrons. Nous pouvons constater que son reflet dans le miroir l'intrigue : elle le regarde et lui parle à la troisième personne. Parfois, après explications, elle peut comprendre que c'est elle dans le reflet *« elle a été chez le coiffeur, j'ai été chez le coiffeur » « C'est qui ? Ben c'est moi ! »* Certaines séances, nous engageons un travail de mimiques par imitation face au miroir : hausser les sourcils, tirer la langue, etc. Elle semble y prendre du plaisir. Cela lui a permis d'appréhender autrement la vision de son reflet dans le miroir.

f. Conclusion

Ainsi, le cadre de la balnéothérapie a semblé être suffisamment contenant pour permettre à Madame L. d'exprimer ses émotions en toute confiance. Elle a assez de ressources pour se remobiliser et revenir à la relation pour faire face à ses moments d'angoisse. Au sein de l'EHPAD, ses troubles du comportement semblent s'apaiser. Elle est désormais moins impulsive. Le déménagement à l'unité protégée est toujours en questionnement lorsque je quitte mon lieu de stage : Madame L. semble s'être bien adaptée à l'environnement et a commencé à tisser de bonnes relations avec les autres résidents ; elle reste parfois l'après-midi à l'unité protégée pour faire des jeux de société avec eux.

Nous pouvons constater que la médiation balnéothérapie a apporté de nombreux bénéfices à Madame L. Elle a eu à la fois des effets sur son corps, son tonus, ses émotions et affects. En passant par une expérience sensorielle et un vécu émotionnel positif, l'image du corps est valorisée.

Notre rôle au cours de ces séances a été d'accueillir et d'écouter Madame L. ainsi que de la soutenir et de l'accompagner à travers la relation. Nous nous sommes appuyées sur la parole et la communication non verbale (dialogue tonique notamment).

Au regard des aspects positifs de cette médiation et dans le but d'accompagner Madame L. à un éventuel changement d'unité, les séances de balnéothérapie se sont poursuivies après mon stage.

2) Madame C.

Madame C. est âgée de 87 ans lorsque je la rencontre. Elle est née le 20 juin 1932. Elle mesure 1m65 et pèse 60kg, elle est plutôt menue. Ses cheveux sont coupés assez courts, elle en prend bien soin. Ses yeux bleus sont expressifs ainsi que son visage.

a. Anamnèse

Madame est issue d'une fratrie de 3 enfants. Elle avait 2 frères, Robert et Gilbert, qui sont décédés aujourd'hui, elle s'entendait très bien avec eux. Sa mère Carmen était espagnole et son père Louis était français, elle les adorait.
Lorsqu'elle s'est mariée avec son premier époux, Guy, elle était enceinte et lui revenait de la guerre d'Indochine. Ils ont leur première fille ensemble : Catherine. Ils ont divorcé suite à une infidélité de Monsieur. Elle en était très amoureuse, la séparation a été très difficile.
Elle s'est remariée à Bernard qui était un ami de son frère et qui a été très gentil avec elle durant toute leur vie commune. Il est décédé en 2013 d'un cancer. Ils ont eu Véronique qui a 8 ans d'écart avec sa sœur.
Elle a actuellement cinq petits-enfants : Julie, Anthony, Gwenaël, Léa et Merry et deux arrières petits-enfants : Louise et Maëlann.

Madame C. a travaillé dans une librairie, puis a tenu un commerce d'électroménager en ville. En fin de carrière, elle a été représentante en optique, elle se déplaçait dans toute la région, un métier qui lui a beaucoup plu. Son mari qui était électricien l'a accompagnée sur la route durant toute sa retraite.

Ils avaient une maison au bord de la mer dans laquelle ils ont passé beaucoup de temps en alternance avec leur maison proche de la ville. Ils avaient aussi un appartement dans le Pays Basque.

Madame C. aimait beaucoup la nature et les voyages : avec son mari, ils sont allés dans différents pays d'Europe. Elle apprécie de se promener lorsqu'il fait beau et de faire les magasins. Elle jouait du piano et de la guitare, elle aime également beaucoup danser.
C'est une personne très active, coquette, enjouée, vivante et sociable.

Au niveau médical, Madame C. présente une démence mixte (association d'une maladie d'Alzheimer et d'une démence vasculaire) ainsi qu'une dépression anxieuse persistante. Elle a eu une chirurgie du genou et une cholécystectomie (ablation chirurgicale de la vésicule biliaire). Elle souffre d'hypertension essentielle (primitive).

Elle prend des médicaments anxiolytiques (Seresta, Lorazepam), des antiépileptiques (Micropakine, Valpromide - également utilisés dans le traitement des troubles bipolaires), des antipsychotiques (Risperidone) et des médicaments pour la sécheresse des yeux et de la peau (Lacrifluid, Dexeryl). Durant mon stage, les traitements anxiolytiques et antipsychotiques ont été modifiés plusieurs fois (posologie ou changement de traitement) dans le but d'améliorer leurs effets sur son comportement.

Madame C. a commencé à fréquenter l'accueil de jour en août 2017 dans un contexte de début de démence. Puis, elle est entrée à l'EHPAD mi-juin 2019 du fait de l'augmentation de ses troubles cognitifs et de ses troubles du comportement (majoration de l'angoisse). Elle vient au PASA tous les jours pour participer aux activités.

b. Bilans

- Evaluation de l'autonomie : Le GIR (7/11/2019) est coté à 3. Elle est autonome sur les transferts et les déplacements à l'intérieur (elle marche sans canne) mais pas sur les déplacements à l'extérieur. Elle mange seule et va seule aux toilettes. Elle a besoin d'une aide partielle pour la toilette et l'habillage (notamment pour le choix des vêtements et l'ordre d'enfilage). Elle est désorientée dans le temps et l'espace et sa communication est altérée par ses troubles cognitifs (manque du mot) avec parfois un manque de cohérence.

- Evaluation cognitive : Le MMS (23/07/2019) est égal à 14/30. Ce score montre une altération des fonctions cognitives importante typique d'une démence sévère. Il relève d'importants troubles de la mémoire, une acalculie, une désorientation temporo-spatiale et des difficultés au niveau du langage (manque du mot).

- Evaluation des troubles du comportement : Le NPI/ES (5/09/2019) est de 43/144. Il relève une agitation et une anxiété très importante ainsi que des idées délirantes. On relève également de la dysphorie, de l'instabilité de l'humeur et parfois de l'euphorie.

- Bilan psychomoteur :

Compte-tenu du profil de Madame C. (démence à un stade assez avancé), il ne semblait pas pertinent de faire passer un bilan psychomoteur complet (EGP) qui, de plus, mettrait cette dame en échec. Je me suis donc basée sur l'observation clinique.

Concernant sa **motricité globale** : elle se déplace sans canne au sein de l'établissement. Elle ne lève pas beaucoup les pieds mais peut marcher très vite parfois. Elle danse avec aisance et dispose d'un assez bon équilibre. Le transfert assis-debout peut être source de douleurs. Au niveau de sa **motricité fine**, je remarque une bonne précision visuomotrice - lorsqu'elle fait des mandalas ou lorsqu'elle écrit - ainsi qu'une bonne dextérité et fluidité gestuelle digitale - lorsqu'elle joue du kalimba (instrument de musique).

Elle présente une certaine **hypertonie** notamment lors de ses moments d'angoisse. Nous pouvons faire le lien avec ce qu'E. Bick nomme la seconde peau musculaire : lorsque la première peau est défaillante, une seconde peau basée sur l'hypertonie se met en place pour assurer les fonctions de contenance et de pare-excitation [14]. Elle a des difficultés de lâcher-prise lors des mobilisations passives, elle a un fond tonique important et suit le mouvement. Elle se tient plutôt droite avec une légère cyphose dorsale.

Elle utilise sa **main droite** pour dessiner, elle est latéralisée à droite également pour la latéralité pédestre et visuelle.

Concernant le **schéma corporel**, la dénomination des parties du corps est limitée compte tenu de ses troubles langagiers. Elle peut dire spontanément qu'elle a mal aux « genoux » ou aux « épaules » mais lors du massage avec balle, lorsque je lui demande sur quelle partie du corps je me situe avec la balle, elle ne peut me répondre.

L'estime d'elle-même est impactée par le vieillissement : elle se dévalorise en comparant ses mains avec les miennes et dit que les siennes sont « pleines de veines ». Elle prend soin d'elle en accordant de l'attention à son apparence physique : elle s'habille bien, accorde ses bijoux avec ses vêtements, se maquille (mascara et rouge à lèvres).

Au niveau de **l'espace et du temps**, elle est désorientée, questionnant souvent où elle est, où elle va. Elle dit parfois vouloir rentrer chez elle ou rejoindre ses parents. Elle ne se repère pas très bien au sein de l'EHPAD.

Concernant sa **communication**, elle s'exprime verbalement mais elle cherche assez souvent ses mots ou utilise des mots à la place d'autres. Son discours n'est pas toujours compréhensible et parfois elle oublie ce dont elle voulait parler.
Elle dispose d'une communication non verbale plutôt riche notamment par ses mimiques, elle est très expressive (avec ses sourires, ses froncements de sourcils par exemple). Son regard est présent et adressé, il traduit également beaucoup d'émotions. Sa gestuelle est source de renseignement sur son état psychique en particulier dans ses moments d'angoisse, elle a tendance à rassembler ses bras et ses mains vers son centre : soit sur son visage, sa poitrine ou son ventre quand elle a du mal à respirer.

Au niveau **relationnel**, elle est ouverte à la rencontre. Elle a tissé des liens avec certains résidents de l'EHPAD. De nature assez discrète lors des animations en groupe au PASA, lorsqu'il y a de la musique, elle danse et va davantage vers les autres. Dans ses moments de désorientations, elle sollicite le personnel soignant et/ou les résidents.

c. Projet d'accompagnement personnalisé

Les différents objectifs au sein de l'EHPAD sont de :

1. Proposer un cadre de vie adapté à la personne en prenant en compte son histoire, ses habitudes et son degré de handicap.
2. Préserver et favoriser l'autonomie de la personne dans les différentes tâches de la vie quotidienne selon son degré de handicap.
3. Préserver dans la mesure du possible les rapports qu'entretient la personne avec l'extérieur (famille, amis, etc.)
4. Assurer le suivi médical de la personne au sein de l'établissement avec des soins IDE, les vigilances et les précautions à prendre pour les équipes de soin dans le quotidien de la personne.
5. Proposer une écoute et un soutien psychologique à la personne de manière continue ou ponctuelle selon les éléments de sa vie (décès, etc.) ou les difficultés auxquelles peut être confrontées la personne.
6. Proposer des animations (de création, ludiques, artistiques, littératures, etc.) à la personne en respectant son choix d'y participer, et en prenant en compte ses compétences, ses capacités sensorielles et motrices.

d. Projet thérapeutique en psychomotricité

Les motifs / indications :

Madame C. présente une majoration de l'anxiété notamment en fin d'après-midi au PASA ou dans les moments de vide. Elle déambule également, ne se repère pas bien au sein de l'EHPAD. Lors de certains moments de désorientation temporelle, Madame C. exprime le besoin de revoir sa famille (notamment ses parents et ses frères qui sont décédés).

Les objectifs de suivi en psychomotricité sont :

- L'apaisement de ses angoisses
- La régulation de ses émotions
- La stimulation des sens (notamment par la musique pour amener un apaisement)
- La sollicitation des communications verbale et non verbale
- La facilitation du repérage au sein de l'EHPAD (puis de l'unité protégée) afin de diminuer les troubles du comportement

Les moyens :

Je rencontre Madame C. au moins une fois par semaine, quarante-cinq minutes environ, en accompagnement individuel principalement. Je lui propose du toucher thérapeutique, des séances en salle de stimulation sensorielle avec de la musique, des sorties dans le jardin de l'EHPAD. Elle participe également aux activités de groupe au PASA.

e. Accompagnement en psychomotricité

- Histoire du suivi

Le premier jour, ma tutrice de stage me parle de Madame C. : elle serait intéressante à suivre par rapport à ses troubles du comportement notamment son anxiété/angoisse. Elle me parle de son suivi antérieur avec elle ainsi que de sa personnalité.

Les premières observations en psychomotricité datent de janvier 2019. Ma tutrice de stage relate une certaine labilité durant le suivi de Madame C. en relaxation. Parfois, Madame n'est pas réceptive à la séance et d'autres fois, elle adhère bien. Il lui est généralement difficile de lâcher prise notamment lorsqu'elle est agitée ou qu'elle pense qu'elle doit partir, rentrer chez elle ou qu'elle a un rendez-vous.

Elle a également peur du regard que pourrait porter les autres sur elle du fait qu'elle bénéficie d'une séance de relaxation. Elle a besoin de beaucoup de réassurance.
Lorsqu'elle adhère bien à la relaxation, Madame C. apprécie plutôt bien le massage des mains, ainsi que le massage des bras et jambes avec la balle. Elle verbalise que cela lui fait du bien. De janvier à septembre 2019, il me semble noter une évolution positive en lisant les observations de suivi.

- Première rencontre

Je rencontre Madame C. le premier jour de mon stage, début janvier. Avec ma tutrice, nous venions la chercher à sa chambre pour aller au PASA, lieu où elle se rend tous les jours. Lorsque nous entrons, elle est allongée dans son lit, encore en robe de chambre. Elle a les yeux légèrement ouverts, elle dit ne pas avoir bien dormi et ne pas se sentir très bien. Cela peut se repérer au niveau de son visage, elle a les sourcils froncés - expression d'un mal-être - et sa respiration est assez rapide. Nous la laissons donc se reposer.
Je passe revoir Madame C. au cours de l'après-midi, pour lui apporter le goûter. Je me présente à nouveau, elle ne se rappelle pas m'avoir vue le matin même. Je lui explique que je suis stagiaire en psychomotricité et que je serai présente pendant quelques mois à l'EHPAD. Elle me demande des précisions sur ce qu'est la psychomotricité et l'EHPAD.

Je reste un certain temps à ses côtés pour apprendre à la connaitre : elle me parle de sa famille, de son goût pour la musique : elle jouait du piano et de la guitare.
Elle me demande plusieurs fois qui je suis et ce qu'est la psychomotricité, ce qui me donne une idée de « l'état » de sa mémoire à court terme. A partir d'un certain temps, elle questionne « qu'est-ce qu'on fait ? Où est-ce que je suis ? ». Comme c'est déjà la fin d'après-midi, je lui propose de rejoindre les autres résidents au salon, ce qu'elle accepte : le groupe semble être contenant et rassurant pour elle. En effet, lorsque je la quitte, elle est souriante et semble plutôt calme.

- Suivi en psychomotricité

Durant le mois de janvier, je rencontre plusieurs fois Madame C. pour des séances de toucher-massage et de relaxation avec balles.

Lors de la première séance, je lui propose un toucher massage des mains dans la salle de stimulation sensorielle. Lorsque Madame C. entre dans la salle, elle observe attentivement l'environnement : elle verbalise le fait qu'elle trouve la colonne à bulle colorée jolie et elle demande ce qu'il y a à l'intérieur. Elle requestionne plusieurs fois durant la séance. Elle remarque également la présence des origamis et des papillons collés au mur ainsi que le nuage suspendu au plafond en disant « c'est du coton ça ». Le flux visuel semble beaucoup investi par Madame C.

Je l'invite à s'asseoir dans le fauteuil. Elle questionne sur la raison de notre présence ici. Avec ma tutrice de stage, nous lui expliquons que le but de cette séance est qu'elle se sente mieux, apaisée.

Nous choisissons d'installer le fauteuil en position allongée. Elle ne pose pas sa tête de suite sur le fauteuil et continue à observer autour d'elle. Elle regarde ma tutrice puis moi d'un air interrogateur. Je l'invite à lâcher son poids dans le fauteuil, à détendre son cou pour poser sa tête et fermer les yeux. Nous mettons de la musique : au début, une musique avec des chants d'oiseaux. Elle dit ne pas aimer et nous demande de mettre une musique avec du piano - ce qui n'est pas le plus adapté car elle bat la mesure avec ses mains. Nous trouvons finalement une musique de relaxation qui semble lui convenir.

Durant le toucher-massage des mains, elle met un peu de temps avant de pouvoir se détendre. Tout d'abord, elle questionne la présence de la crème hydratante (elle a peur que cela salisse), je lui explique donc que c'est pour rendre plus agréable le massage des mains. Je note qu'au début, elle relâche difficilement ses bras, elle a du mal à me confier le poids de sa main. J'essaie d'être la plus douce et la plus relâchée possible dans mes mouvements afin de l'inviter à se détendre également. A travers le dialogue tonico-émotionnel, je remarque qu'elle finit par s'apaiser. Au fur et à mesure, sa respiration se ralentit et ses bras reposent alors sur le fauteuil. Elle verbalise l'envie de dormir (est-ce du fait de la détente ou est-ce une fuite ?). Lorsqu'elle réouvre les yeux, elle est désorientée et questionne où nous sommes. Je la rassure en la resituant dans le contexte. Elle semble plus calme à la fin de séance qu'en arrivant.

Je peux noter ici l'importance de l'alliance thérapeutique. Celle-ci est nécessaire pour tisser une relation thérapeutique et permettre au patient de se sentir contenu et rassuré au sein d'une séance. *« Cette alliance s'appuie sur la confiance donnée au clinicien posé en supposé savoir »* [54].

Je lis dans les transmissions les jours suivants la présence de moins d'angoisses.

La semaine suivante, je rencontre Madame C. dans le salon de l'EHPAD le matin. Elle est en chemise de nuit et semble désorientée et angoissée. Elle se plaint de douleurs, notamment aux genoux et a du mal à tenir debout, elle me dit qu'elle est encore fatiguée. Je lui propose donc de la raccompagner en chambre pour qu'elle puisse s'allonger et se reposer. Elle est traversée par une poussée d'angoisse lorsqu'elle s'allonge dans son lit, elle dit qu'elle a mal partout et qu'elle va mourir. Sa respiration est rapide. Je tente de la rassurer et lui propose de respirer plus calmement en mettant ses mains sur son ventre et de le sentir se gonfler. Je lui propose un massage du visage, ce qu'elle accepte. Elle ferme les yeux et respire un peu plus calmement. Elle dit que cela lui fait du bien. Au bout de quelques temps, elle semble somnolente. Je la laisse donc se reposer par la suite en la prévenant de mon départ.

Le lendemain, je revois Madame C. au sein du PASA. Le matin, elle semble plutôt bien, elle parle avec ses voisines de table. L'après-midi, alors qu'elle jouait au triomino avec d'autres résidentes, l'angoisse commence à monter. Comme elle avait besoin de bouger, je demande aux Assistantes de Soins en Gérontologie (ASG) du PASA si je peux emmener marcher Madame C. dehors, dans le jardin, sachant qu'il fait beau. Elles acceptent. Nous allons donc chercher une veste à sa chambre avant de sortir. En arrivant dans la chambre, Madame C. verbalise ne pas se sentir bien. Je tente de la rassurer par la parole : « nous serons bientôt dehors, vous pourrez respirer l'air frais ». Mais cela ne fonctionne pas, je me sens un peu impuissante car l'angoisse continue de monter. Madame s'allonge sur le lit en respirant très vite. Elle est en pleine crise d'angoisse. Je pose ma main sur son épaule pour lui montrer ma présence et lui propose de poser ses mains sur son ventre en essayant de le gonfler. Je viens finalement lui faire un massage du visage comme elle avait apprécié la veille, ce qui semble l'aider à s'apaiser. Après une dizaine de minutes, elle va mieux, elle se lève et enfile son manteau. Nous allons finalement dehors. Elle dit apprécier se promener dans le jardin. Nous marchons le long de l'allée, ce qui semble lui faire du bien. Puis, nous nous asseyons sur un banc, elle me parle de sa famille, de la musique. Je l'écoute avec attention et relève les sujets qui lui tiennent à cœur pour m'appuyer dessus lors des prochaines séances. Peu de temps après, elle se lève pour continuer la promenade. Sur le chemin de retour, elle s'arrête pour regarder les bacs de jardinage et dit qu'elle en faisait avant. Nous pouvons remarquer comment certains objets peuvent être sources de réminiscence. La réminiscence est le *« retour à la conscience claire de souvenirs non accompagnés de reconnaissance ».*

Les fois suivantes, je vois Madame C. en salle de stimulation sensorielle. Comme je sais qu'elle apprécie la musique, je décide de commencer les séances en jouant du kalimba. Je remarque souvent ses yeux qui s'illuminent et un sourire se dessiner sur ses lèvres. Parfois elle chantonne ou suit le rythme de la musique avec ses mains. Elle accepte même de jouer à certains moments et je peux constater qu'elle est à l'aise. Comme elle semble réceptive, je lui propose donc ce rituel de début avec une verbalisation de son état intérieur. Ensuite, nous commençons le massage avec la balle accompagné d'un fond musical. Je débute par les épaules pour descendre sur les bras et les mains et ensuite les jambes. J'utilise généralement la balle lisse mais parfois aussi la balle à picots.
A plusieurs reprises, elle veut prendre la balle dans ses mains et quand elle la touche, elle verbalise « c'est doux ». Son regard est souvent très présent (elle ferme rarement les yeux). De plus, il est très expressif et reflète beaucoup d'émotions. Parfois, des larmes coulent pendant ces séances. En effet, avec le relâchement tonique, il peut y avoir de manière concomitante un abaissement des barrières psychiques. E.W. Pireyre nous explique : *« Qu'il appréhende son patient par le biais de la sensation, de l'émotion ou du langage, le psychomotricien peut voir se réactiver chez son patient toutes sortes de vécus imprévisibles. »* L'émotion est un affect qui se manifeste corporellement et qui est intimement lié aux éprouvés corporels. Comme Madame C. ne peut pas toujours verbaliser ce qu'elle ressent, je m'applique à l'accompagner verbalement et essaie de jouer le rôle de ce que W. Bion appelle la fonction maternelle [14] : la fonction de la mère consiste à réceptionner les vécus pulsionnels bruts (éléments béta) de son enfant, à les détoxiquer et à leur donner du sens afin de les lui restituer sous une forme métabolisée (éléments alpha). Il s'agit d'une forme d'étayage qui demande de l'écoute, de la disponibilité et de l'empathie.

Au début du mois de février, le transfert de Madame C. à l'unité protégée est finalement décidé pour plusieurs raisons :

- L'aggravation de ses troubles cognitifs
- La majoration de ses troubles du comportement (angoisse et déambulation).
- Sa fugue de l'EHPAD et sa chute sur le parking devant la résidence personnes âgées.

Les filles de Madame C. acceptent la décision au regard de la dégradation de l'état de santé de leur mère et dans le but de favoriser sa sécurité et son mieux-être.
En effet, l'unité protégée est un lieu fermé qui se veut sécurisant et contenant pour les résidents présentant des troubles du comportement [20]. Le nombre de personnel soignant y est augmenté pour un nombre réduit de personnes âgées.

Au cours du mois de février, je participe à différents ateliers autour de la musique avec Madame C. (chorale, karaoké, musicothérapie). Je remarque donc à de nombreuses reprises, l'impact que peut avoir la musique sur sa dynamique psychocorporelle. Lors de ces ateliers, elle s'anime et est très participative : tantôt elle bat le rythme de la musique avec ses mains et/ou ses pieds, tantôt elle ferme les yeux et se laisse bercer. Je profite de ces moments pour tisser avec elle une relation à travers le non-verbal (regard, sourire, gestes dansés). Parfois, elle est émue et a les larmes aux yeux lorsque le morceau lui évoque des souvenirs. Elle apprécie également beaucoup danser, et invite les autres résidents à danser avec elle. Elle présente une certaine levée d'inhibition, elle va davantage à la rencontre d'autrui et embrasse même un résident. Ces moments semblent être pour elle sources de plaisir, de joie et de reviviscence.

Je poursuis également mes séances de toucher thérapeutique avec Madame C. tantôt avec le passage de la balle sur les différentes parties du corps en salle de stimulation sensorielle, tantôt avec le massage des mains en chambre. Parfois, elle se montre réceptive, d'autres fois, moins.

Elle est plutôt désorientée au sein de l'unité protégée, elle entre dans la chambre des différents résidents malgré le fait que sa photo soit sur la porte de sa chambre. Elle vient souvent frapper à la porte de l'infirmerie au moment des transmissions, c'est généralement à ce moment que je viens la voir. Elle demande très régulièrement à partir. J'essaie de lui faire penser à autre chose en lui proposant des activités. Elle apprécie lorsque je lui pose le faux chat qui miaule et qui ronronne dans ses bras. Elle le caresse et dit qu'il est mignon. Lorsqu'elle reste fixée sur son idée de partir, je pourrais perdre patiente mais je fais en sorte de me mettre à sa place et j'essaie de la rassurer et de la contenir.

La médiation avec les animaux (même si ce sont des robots) peut également faire partie des médiations sensorielles mais nous ne l'avons pas développé ici.

- Caresser les poils du chat stimule les récepteurs tactiles.

- L'entendre et le sentir ronronner contre soi sollicite la proprioception, la somesthésie et l'audition et peut mener à de l'apaisement.



Durant le mois de mars, Madame C. continue à venir au PASA les matins. Elle est souvent accompagnée d'une nouvelle résidente, Madame Ch., qui a un profil relativement semblable au niveau cognitif et comportemental. La présence de Madame Ch. a tendance à majorer les troubles du comportement de Madame C. (et réciproquement). Régulièrement elles cherchent à partir du PASA pensant qu'elles ont un rendez-vous ou que quelqu'un les attend à l'extérieur. Plusieurs fois, je propose une séance en salle sensorielle à Madame C. alors qu'elle déambulait dans le PASA en dérangeant les autres résidents et l'Assistante de Soins en Gérontologie (ASG).

Madame C. est assez agitée au début des séances, mais le rituel de début, jouer du kalimba, a tendance à l'apaiser. Elle verbalise le fait que ce soit « doux » à écouter, elle ferme souvent les yeux se laissant bercer par la musique. Elle accepte parfois de jouer à son tour et semble y ressentir un certain plaisir. Puis, lorsque je sens qu'elle est assez calme, je mets en fond sonore une musique de relaxation et lui propose un massage des bras et des mains - parfois des jambes suivant son état. La plupart du temps, elle parle durant la séance en évoquant sa famille (ses parents, ses frères, ses filles), parfois elle reste obnubilée par le fait qu'elle doit partir, qu'elle a un rendez-vous. C'est assez difficile pour Madame C. de lâcher-prise et de se centrer sur ses sensations. Toutefois, elle verbalise à certains moments le fait qu'elle apprécie la musique ou le massage. Elle demande aussi à toucher la balle et dit souvent « c'est doux ».
Je remarque également une évolution dans son positionnement au fauteuil : elle est de plus en plus détendue, s'allonge vraiment en posant sa tête et ses bras, ce qu'elle ne faisait pas au début. De plus, elle semble plus calme et détendue lorsqu'elle rejoint le groupe du PASA après les séances. A certains moments, elle adresse même de grands sourires.

Je peux lire dans les transmissions que Madame C. déambule beaucoup à l'unité protégée, qu'il lui arrive souvent d'uriner dans sa chambre. La mise en place d'une signalétique a été évoquée afin qu'elle puisse mieux se repérer. Elle est très souvent angoissée, agitée et sollicite beaucoup le personnel soignant et perturbe les autres résidents. Les activités et la réassurance semble l'apaiser malgré son état psychologique très labile.

f. Bilan de suivi

Mon stage a pris fin en mars du fait des mesures de précautions concernant le coronavirus. Ainsi, je n'ai pas pu poursuivre l'accompagnement de Madame C. en psychomotricité. Toutefois, j'ai pu continuer à la voir dans le cadre d'un travail temporaire d'auxiliaire de vie (AVS) au sein de l'EHPAD durant le confinement.

Les séances de toucher thérapeutique en salle de stimulation sensorielle ont visé à réharmoniser les fonctions psychocorporelles avec un apaisement des troubles du comportement et notamment de l'angoisse très présente chez Madame C. Le cadre des séances a permis l'extériorisation de ses ressentis et de ses émotions.
Dans les cas de démence, nous ne cherchons pas le progrès mais plutôt le maintien des capacités ainsi que le bien-être. Toutefois, j'ai pu rencontrer avec Madame C. certaines limites du fait de l'évolution de sa maladie et de ses nombreux troubles. De plus, son importante désorientation spatio-temporelle n'a pas toujours aidé à son apaisement.

Continuant de travailler à l'EHPAD en tant qu'AVS durant la période de confinement, je remarque la présence de moins d'angoisses chez Madame C. Son traitement médicamenteux a été changé fin mars et semble être plutôt efficace. Mais, il induit des effets secondaires comme une somnolence importante et quelques troubles de l'équilibre. C'est assez régulièrement que je vois Madame C. déambuler au sein de l'unité protégée en s'appuyant et faisant glisser une chaise ou une table. Elle semble dans une recherche globale de stimulations et de sensations. L'utilisation d'un déambulateur a été évoquée et testée, mais elle l'oublie ou n'a pas le réflexe de l'utiliser. De plus, j'ai remarqué que Madame C. est en recherche de contacts tactiles auprès des résidents, des soignants ou de sa famille avec qui elle parle parfois sur Skype (elle touche alors la figure de sa fille sur l'écran). Mais, du fait des gestes barrières, nous ne pouvons pas répondre à ce besoin de contact.
De manière générale, le confinement et les mesures de précaution sont sources de réduction des stimulations sensorielles et d'un certain isolement. C'est primordial de les respecter mais nous pouvons nous questionner sur l'impact de cet isolement et des gestes barrières sur le long terme. Nous essayons de mettre en place des solutions pour pallier cela (musiques, vidéos Skype avec les familles, etc.).
Un autre point est à souligner : les activités au sein du PASA ont été suspendues durant cette période de confinement. L'ASG se demande si Madame C. ira toujours au PASA après cette période du fait de l'évolution de sa maladie.

CONCLUSION

Ce mémoire m'a permis de réfléchir à l'accompagnement en psychomotricité de personnes âgées démentes par le biais de la sensorialité. J'ai étudié dans un premier temps les notions de vieillissement et de démence en m'intéressant de manière approfondie aux troubles psycho-comportementaux. Ces derniers sont l'expression, chez la personne âgée, de difficultés ou de souffrances souvent liées à son état de santé, sa vie relationnelle, psychique ou encore à des besoins non satisfaits. Ils peuvent être décodés comme un langage et le psychomotricien devra y porter une attention particulière afin de les comprendre et de tenter de les prévenir. Par ailleurs, les troubles psycho-comportementaux sont en général associés à des troubles psychomoteurs - troubles de régulation tonico-émotionnelle, du schéma corporel, de la latéralité, de l'orientation spatiale, etc. – troubles pour lesquels le psychomotricien est habilité à intervenir (décret de compétences du psychomotricien - annexe 11).

A travers ce mémoire, je me suis demandée comment le psychomotricien, en s'appuyant sur la sensorialité, pouvait accompagner et apaiser les troubles psycho-comportementaux. Après avoir défini et développé le thème de la sensorialité dans le chapitre 2, j'ai décrit dans le chapitre 3, l'accompagnement de deux résidentes présentant des troubles du comportement. Je me suis pour cela appuyée sur des médiations sensorielles telles que le bain ou le toucher thérapeutique.

Nous avons vu que ces médiations venaient stimuler les mémoires corporelles et sensorielles - qui perdurent longtemps, même dans le cas de démences - permettant notamment une réappropriation corporelle et identitaire et un état de détente psychocorporelle. Mais, au-delà de la médiation, nous pouvons constater que la rencontre et la relation sont au cœur de l'accompagnement de ces personnes. En effet, le psychomotricien se doit de posséder des compétences relationnelles telles que l'écoute, l'empathie, la disponibilité et une certaine sensibilité. Notre propre sensorialité est également impliquée dans l'accompagnement de ces personnes : celle-ci facilite la rencontre et l'adaptation à chaque individu grâce à ce que nous pouvons observer, sentir, écouter, etc. Toutefois, nous pouvons rencontrer certaines limites dans l'accompagnement de ces troubles du fait que l'évolution de la maladie neurodégénérative peut parfois impacter le comportement. Les limites institutionnelles et celles de la vie en collectivité sont également à prendre en compte.

L’écriture de ce mémoire et mes stages m’auront permis de :

- Développer mes connaissances sur le vieillissement et la sensorialité,
- Réfléchir sur ma pratique de psychomotricienne auprès des personnes âgées démentes, étayée par des concepts théoriques comme la validation de Naomi Feil, les médiations sensorielles,
- Travailler sur ma façon d’être et d’entrer en relation, notamment au niveau de la communication non verbale,
- Parfaire mes compétences afin d’être apte à exercer dans un futur proche.

Une citation de F. Désobeau m’a particulièrement marquée et m’accompagnera surement tout au long de ma pratique : *« La spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s’implique dans son langage corporel pour rencontrer l’enfant, là où il est, comme il est. »* [17]. Ce qui est dit pour l’enfant est également valable pour les personnes âgées. Ainsi, être attentif et rencontrer la personne à partir de ce qu’elle amène, valider ce qu’elle pense et ressent me parait indispensable à l’instauration d’une confiance et d’une relation entre le patient et le thérapeute.

« Redonner de la vie aux sens pour redonner sens à la vie. »

BIBLIOGRAPHIE

[1] ALBARET J.M., GIROMINI F. et SCIALOM P. (2015) *« Manuel d'enseignement en psychomotricité. Tome 1 : Concepts fondamentaux. »* Editions Solal, pages 96 - 100

[2] ALBARET J.M., GIROMINI F. et SCIALOM P. (2015) *« Manuel d'enseignement en psychomotricité. Tome 2 : Méthodes et techniques »* Editions Solal, pages 289 à 328

[3] ALBARET J.M., GIROMINI F. et SCIALOM P. (2015) *« Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3 : Clinique et thérapeutiques »* Editions Solal, pages 341 à 355.

[4] ALBARET J.M. et AUBERT E. (2001) *« Vieillissement et psychomotricité »* Editions Solal, chapitres sur le vieillissement sensoriel et cognitif

[5] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) *« Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux »* Editions Elsevier Masson

[6] ANDEEVA V. et al. (2011) *« « Snoezelen » les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes à un stade avancé »* NPG Neurologie Psychiatrie n°11, pages 24 à 29

[7] AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET DES SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX (ANESM) *« Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative (MND) en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et en unité d'hébergement renforcé (UHR) »*

[8] BALLOUARD C. (2003) *« Le travail du psychomotricien »* Editions Dunod. Chapitre « Le cadre »

[9] BONNETON-TABARIES F. et LAMBERT-LIBERT A. (2009). *« Le toucher dans le relation soignant-soigné »* (2e éd.) Med-Line

[10] BOUBLI M. (2002) *« Clinique psychanalytique de la sensorialité »* Dunod. Chapitre 1 *« Sensations et perceptions dans la clinique psychanalytique »* pages 5 à 26

[11] BULLINGER A. (2004) *« Le développement sensori-moteur et ses avatars »* Eres.

[12] CAVEY M. (2005) *« La validation »*

[13] CHARPENTIER E. (2013) *« Toucher thérapeutique et psychomotricité : Soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée »*, Mémoire de psychomotricité.

[14] CICCONE A. (2001) *« Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques »* Cahiers de psychologie clinique n°17, pages 81 à 102. De Boeck Supérieur.

[15] COFLER M. (2016) *« Réflexions sur l'intérêt du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'expression des troubles du comportement de la personne âgée démente. »* Mémoire de psychomotricité.

[16] COURJOU E. (2007) *« Comprendre et pratiquer le toucher relationnel »* InterEditions

[17] DESOBEAU F. (2010) *« Identité et fonction du psychomotricien »* Thérapie psychomotrice, 162

[18] DORMIA C. et FEVE S. (2015) *« Psychomotricité auprès de la personne âgée »* Broché.

[19] 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.

[20] FERREIRA E. (2011) *« Démence et fonction de contenance dans les unités protégées »* Cliniques numéro 1 pages 110 à 124. Eres

[21] FERNANDEZ L. (2015). « *Sensorialité et émotions chez des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer »* dans *« Psychologie clinique du vieillissement »* Paris : In Press, Fiches de psycho, 59-83.

[22] FONDATION MEDERIC ALZHEIMER (2016) *« Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer »* Lettre de l'observatoire n°42

[23] FREMOND J. (2016) *« La relation thérapeutique psychomotrice : réflexion sur l'approche du psychomotricien face aux troubles du comportement »* Mémoire de psychomotricité.

[24] JUHEL J.C. (2010) *« La psychomotricité auprès des personnes âgées »* Presses de l'Université Laval

[25] Haute Autorité de Santé (2010) *« Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. »*

[26] Haute Autorité de Santé (2009) *« Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs »*

[27] Haute Autorité de Santé (2012) *« Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement »*

[28] https://www.cnrtl.fr/

[29]https://gdcidf.wordpress.com/2015/10/13/les-fonctions-sensorielles-des-personnes-agees-dans-tous-les-sens-20-mai-2015-pitie-salpetriere/

[30] http://geriatrie-albi.com/TdC2010poursite.pdf

[31]https://studylibfr.com/doc/1069111/troubles-psychocomportementaux-du-sujet-%C3%A2g%C3%A9

[32] https://topmu.ca/wp-content/uploads/2019/04/troubles_psychocompt.pdf

[33]http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee1psyetdemence/VieillissNormal.pdf

[34]http://www.mobiqual.org/alzheimer/SOURCES/ETBSDIAPORAMAS/AUTOUR_DU_PATIENT/PDF/A3.TROUBL_PSYCHO_ET_COMPORT.pdf

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

[36] http://www.mobiqual.org/portail/

[37] https://www.who.int/topics/ageing/fr/

[38] https://www.who.int/topics/dementia/fr/

[39] https://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/12/p1816.ppt

[40] GIROMINI F. *« La médiation en psychomotricité »*. Dans LESAGE B., *« Jalons pour une pratique psychocorporelle »*. Erès.

[41] LAFARGUE-CAUCHOIX S. et ROGEZ E. (2006) *« Communiquer dans et par tous les sens »* dans *« Soins gérontologie »* n°57, p.13. Elsevier Masson

[42] LENHART G. (2001) *« Évaluation des effets de la stimulation sensorielle par la méthode Snoezelen auprès des personnes âgées atteintes de démence. »* Thèse de Doctorat en médecine, université Henri Poincaré, Nancy

[43] MATKOVIC L. (2015) *« « Je sens donc je suis » La médiation par les sens au soutien du sentiment d'identité chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer »* Mémoire de psychomotricité.

[44] MEYRE F. (2018) *« « J'avais conscience de moi... » Quand la démence fragilise l'investissement corporel. Apport de la psychomotricité chez le sujet âgé présentant une démence de type Alzheimer »* Mémoire de psychomotricité.

[45] MICHEL C. (2007) *« Démence et stimulation des sens… Approche psychomotrice par les stimulations neurosensorielles auprès de sujets souffrants de démences »*

[46] NETTO E. (2014) *« "Un homme seul, ça n'existe pas" étayer la conscience corporelle des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer »* Mémoire de psychomotricité.

[47] ORAIN S. (2008) *« Le Snoezelen »* Gérontologie et société numéro 126 pages 157 à 164. Fond. Nationale de Gérontologie.

[48] PACAUD N. *« Ajoutons de la vie aux sens pour redonner sens à la vie : prise en charge psychomotrice de la Maladie d'Alzheimer par l'approche Snoezelen »*

[49] PELISSIER J. (2011) *« Ces troubles qui nous troublent : les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels »* Erès

[50] PERRON M. (2005) « *Communiquer avec des personnes âgées. La clé de sens.* » Les éditions de la chronique sociale

[51] 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.

[52] POCOCK G., RICHARDS C. et D. (2019) *« Physiologie humaine et physiopathologie : les fondements de la médecine »* Elsevier Masson.

[53] POTEL C. (2010) *« Etre psychomotricien »* Editions Eres

[54] POTEL C. (2010) *« Psychomotricité : entre théorie et pratique* » In Press.

[55] QUENTIN O. (2010) *« Snoezelen « un monde de sens » »* Pétraque santé de proximité.

[56] QUENTIN C. (2016) *« Quand la mémoire s'envole et que les sensations demeurent… Apport de l'approche snoezelen dans la prise en charge psychomotrice de personnes âgées atteintes d'Alzheimer. »* Mémoire de psychomotricité.

[57] RASCHILLAS F. (2006) *« Le vieillissement sensoriel »* dans *« Soins gérontologie »* (n°57), pages 14-15. Editions Elsevier Masson

[58] ROBERT-OUVRAY S, (1993) *« Intégration motrice et développement psychique »* Paris, Desclée de Brouwer

[59] SCHIARATURA L.T. (2008) *« La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer »* Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol.6 numéro 3

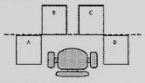
[60] SYNDICAT NATIONAL D'UNION DES PSYCHOMOTRICIENS, (2018) *« Des sens au sens… C'est dans quel sens ? De l'usage des sens à la formation du sens… Place de la sensorimotricité dans la dynamique de l'être »* Plaquette argumentaire de la 47ème journées annuelles de thérapie psychomotrice.

ANNEXES

Annexe 1 : Examen géronto-psychomoteur (EGP)

Items - *Emplacement pour les observations qualitatives.*	Nb essais	Descriptif	Notation	Total
1. Coordination statique I	2 (5s)	Equilibre - sans appui - avec 1 appui - avec 2 appuis - avec une personne - avec 1 appui fixe - avec 2 appuis fixes	6 ou 5 ou 4 ou 3 ou 2 ou 1	/6
2. Coordination statique II	2 (5s) 2 (5s) 2 (5s)	2.1. Pointe des 2 pieds - sans appui - avec appui(s) 2.2. Sur un pied - sans appui - avec appui(s) 2.3. Pointe d'un pied - sans appui - avec appui(s)	2 ou 1 2 ou 1 2 ou 1	/6
3. Coordination dynamique I Temps =	2	Marche - seul(e) - avec une canne - avec déambulateur - aidé(e) d'1 personne - avec support continu - aidé(e) de 2 personnes	6 ou 5 ou 4 ou 3 ou 2 ou 1	/6
4. Coordination dynamique II Temps 4.1. = Temps 4.2. =	2 2	4.1. Marche - accélérée 10 m - accélérée 5 m 4.2. Course - sur 10 m - sur 5 m	3 ou 1.5 3 ou 1.5	/6
5. Mobilisation articulaire des membres supérieurs Q 5.1. Autonomie lors de l'habillage ?	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	5.1. Mobilisation passive - poignet D - coude D - épaule D - poignet G - coude G - épaule G 5.2. Mobilisation active - poignet D - coude D - épaule D - poignet G - coude G - épaule G	0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	/6
6. Mobilisation articulaire des membres inférieurs	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	6.1. Mobilisation passive - cheville D - genou D - hanche D - cheville G - genou G - hanche G 6.2. Mobilisation active - cheville D - genou D - hanche D - cheville G - genou G - hanche G	0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	/6
7. Motricité fine des membres supérieurs Q 7.1. à 7.3. : Perte éventuelle de sensibilité au niveau de la pulpe des doigts ? Q 7.4. Incapacité à nommer l'objet, à déterminer sa valeur ?	2 (max 30s) 2 (max 30s) 2 2 2 2	7.1. Boutonnage - boutonner [< 20 s] [20 s - 30 s] - déboutonner [< 20 s] [20 s - 30 s] 7.2. Pianotage - pianotage MD MG - dépianotage MD MG 7.3. Opposition pouce-doigts - aller et retour MD - aller et retour MG 7.4. Ramasser une pièce MD MG	1 ou 0.5 1 ou 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5 0.5	/6

Copyright © 2011 Les Editions Hogrefe France.

Items - *Emplacement pour les observations qualitatives.*	Nb essais	Descriptif	Notation	Total
8. Motricité fine des membres inférieurs		8.1. Placement des pieds		
	2	- pied D : - totalité	1 ou	
		- moitié	0,5	
	2	- pied G : - totalité	1 ou	
		- moitié	0,5	
Q 8.2. Avec quel pied le sujet pense avoir shooté ?		8.2. Frappe du ballon		
	2	- pied D	1	/6
	2	- pied G	1	
	2	8.3. Pointage des pieds		
		- trace A 	0.5	
		- trace B	0.5	
		- trace C	0.5	
		- trace D	0.5	
9. Praxies	1	9.1. Utilisation des couverts	1	
Q 9.1. Nom des couverts.		9.2. Pantomime		
	1	- saluer	0.5	
	1	- gronder	0.5	
	1	- brosser les dents	0.5	
	1	- planter un clou	0.5	
	1	9.3. Ecriture	1	/6
		9.4. Copie de figures géométriques		
	2	- figure 1 (rond/triangle)	0.5	
	2	- figure 2 (carré/diag./médianes)	0.5	
	1	9.5. Construction de la pyramide		
Temps 9.5 =	(max 30s)	- [< 15 s]	1 ou	
		- [16 s – 30 s]	0.5	
		- [> 30 s]; construction incorrecte	0	
10. Connaissance des parties du corps	1 (max 30s)	10.1. Personnage de face et de dos		
		- sans aide	1 ou	
		- avec aide	0.5	
	1	10.2. Personnages avec parties du corps manquantes		
		- 8-13	1 ou	
		- 5-7	0.5 ou	
		- 0-4	0	
	1	10.3. Montrer sur désignation verbale (cheveux, paume, cheville, cuisse, coude, cou, oreille, nuque, ventre, paupière)*		
		- 8-10	1 ou	
		- 5-7	0.5 ou	
		- 0-4	0	/6
	1	10.4. Nommer les parties du corps montrées (mollet, bras, genou, cheveux, pouce, bouche/lèvres, talon, dos, dents, sourcil)*		
		- 8-10	1 ou	
		- 5-7	0.5 ou	
ARRÊT POSSIBLE APRÈS L'ITEM 10.4.		- 0-4	0	
	1	10.5. Imitation de positions		
		- 4 réussites	1 ou	
		- 1-3	0.5 ou	
		- positions non fidèles	0	
	1	Reprise position sans modèle		
		- 4 réussites	1 ou	
		- 1-3	0.5 ou	
		- positions non fidèles	0	
11. Vigilance		11.1. Maintien de l'attention		
		Item évalué à la fin de la passation		
		- exécution consignes	1 ou 0.5	
		- maintien attention	1 ou 0.5	
		11.2. Attraper un cube au signal		
	2	- attraper à 5	1	/6
	2	- attraper à 10	1	
	1	11.3. Identification des formes et des couleurs		
	(5s)	- couleurs 3-4	1 ou	
		1-2	0.5	
		- formes 3-4	1 ou	
		1-2	0.5	

* *Dans cet ordre.*

Copyright © 2011 Les Editions Hogrefe France.

Items - *Emplacement pour les observations qualitatives.*	Nb essais	Descriptif	Notation	Total
12. Mémoire perceptive	1	12.1. Rappel des couleurs		
		- violet	0.5	
		- jaune	0.5	
		- rouge	0.5	
		- vert	0.5	
		12.2. Rappel des positions		
	1	*a) rappel libre*		
		- bras	1	
		- main	1	/6
		- jambes	1	
		- pieds	1	
	1	*b) rappel indicé*		
		- bras	0.5	
		- main	0.5	
		- jambes	0.5	
		- pieds	0.5	
	1	*c) reconnaissance* - 4	1 ou	
		- 2-3	0.5 ou	
ARRÊT POSSIBLE APRÈS L'ITEM 12.		- 0-1	0	
13. Sphère spatiale	1	13.1. Localisation géographique		
		- sans aide : établissement	0.5	
		- sans aide : ville	0.5 ou	
		- avec aide (2 réponses correctes)	0.5	
	1	13.2. Orientation		
		- notions devant/derrière	0.5	
		- notions haut/bas	0.5	
		13.3. Partition de lignes		
	2	- 10 cm	0.5	
	2	- 15 cm	0.5	/6
	1	13.4. Suite de déplacements		
		- 123 – 321 – 121	0.5	
		- 1213	0.5	
	1	13.5. Orientation des objets		
		- objet n°1 à D ou à G de l'objet n°2 ?	0.5	
		- objet à D de l'objet n°1 ?	0,5	
	2	13.6. Orientation dans les déplacements	1	
14. Mémoire verbale	1	14.1. Rappel immédiat		
		• *rappel sans répétition*		
		palmier-bol-abricot* - 3 mots	2 ou	
		- 2 mots	1 ou	
		- 1 mot	0.5	
		- aucun	0	
	1	• *rappel après répétitions*		
		palmier-bol-abricot* - 3 mots	1 ou	
		- 2 mots	0.5 ou	
		- 1 mot ou aucun	0	
	1 (max 30s)	14.2. Moments de la journée	1	
		14.3. Rappel différé		
	1	• *rappel libre*		/6
		- 3 mots	3 ou	
		- 2 mots	2 ou	
		- 1 mot	1	
	1	• *rappel indicé*		
		- 3 mots	2 ou	
		- 2 mots	1 ou	
		- 1 mot	0.5	
	1	• *reconnaissance* (journal, bougie, palmier, fenêtre, tondeuse, maison, abricot, orange, bol, chaise)*		
		- 3 mots	1 ou	
		- 2 mots	0.5 ou	
		- 1 mot ou aucun	0	

** Dans cet ordre.*

Copyright © 2011 Les Editions Hogrefe France.

Items - *Emplacement pour les observations qualitatives.*	Nb essais	Descriptif	Notation	Total
15. Perception	1	15.1. Air connu - « Joyeux anniversaire »	1	
	2	15.2. Reproduction de structures rythmiques : (••, •• •, • •••, ••• •• •••)*		
		- 4 réussites	1 ou	
		- 2 ou 3	0.5 ou	
		- 0 ou 1	0	
		15.3. Stéréognosie		
	1	- cuillère (matière)	1	/6
	1	- balle (forme)	1	
	1	15.4. Identification d'images (chat, raisin, paysage montagneux)*		
		- 3 réussites	1 ou	
		- 2	0.5 ou	
		- 0 ou 1	0	
🕐 Temps 15.5 =				
	1 (max 30s)	15.5. Lecture d'un texte		
		- 0 à 1 anomalie	1	
		- 2 anomalies	0,5	
16. Sphère temporelle	1	16.1. Dates		
		- date de naissance (trois informations)	1	
		- date du jour jour	0.5	
		chiffre	0.5	
		mois	0.5	
		année	0.5	
	1	16.2. Heure	1	/6
	1	16.3. Jours et mois		
		- suite des mois et jours	0.5	
		- jour avant lundi ? mois après mars ?	0.5	
🕐 Temps 16.4 =	1	16.4. Séquence d'événements • *remettre dans l'ordre logique*		
		- [< 30 s]	1 ou	
		- [30 s – 60 s]	0.5	
17. Communication		• langage cohérent et adapté	2	/6
		• compréhension des consignes	2	
		• visage expressif	1	
		• expression gestuelle adaptée	1	

* *Dans cet ordre.*

Copyright © 2011 Les Editions Hogrefe France.

Nom : ..... Age : .....

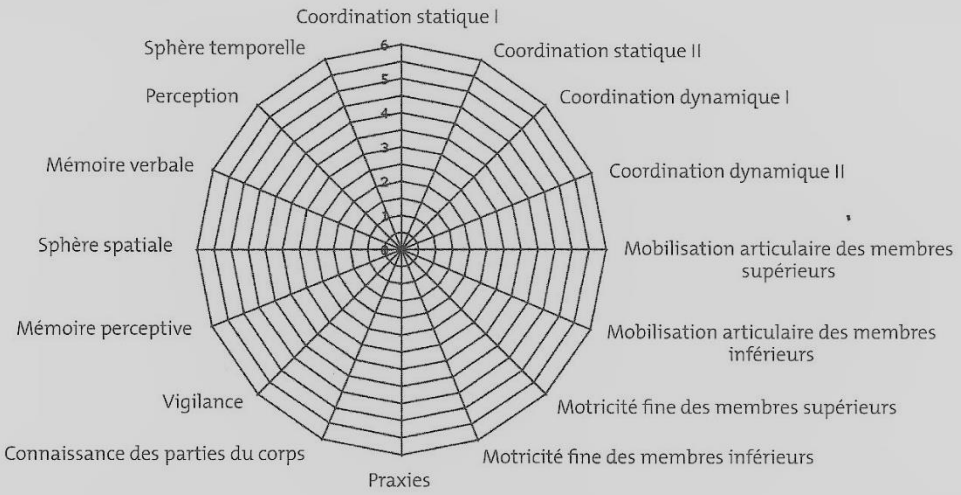
Liste des Items	Notes sur 6
1. Coordination statique I	
2. Coordination statique II	
3. Coordination dynamique I	
4. Coordination dynamique II	
5. Mobilisation articulaire des membres supérieurs	
6. Mobilisation articulaire des membres inférieurs	
7. Motricité fine des membres supérieurs	
8. Motricité fine des membres inférieurs	
9. Praxies	
10. Connaissance des parties du corps	
11. Vigilance	
12. Mémoire perceptive	
13. Sphère spatiale	
14. Mémoire verbale	
15. Perception	
16. Sphère temporelle	
17. Communication *	
Note totale	

* Cet item n'est pas représenté sur l'étoile de synthèse.

Note totale à l'EGP en fonction de l'âge : moyenne et écart type

Ages	Moyennes	σ
60 ans – 64 ans 11 mois	95,8	4,2
65 ans – 69 ans 11 mois	95,1	4,8
70 ans – 74 ans 11 mois	94,2	5,0
75 ans – 79 ans 11 mois	90,4	8,4
80 ans – 84 ans 11 mois	87,7	6,5
85 ans – 89 ans 11 mois	84,9	9,1
90 ans et plus	77,0	9,3

Etoile de synthèse



Copyright © 2011 Les Editions Hogrefe France.

Annexe 2 : Critères DSM V de la démence [5]

« 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.

<u>Trouble neurocognitif léger</u>

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 3 : Mini-Mental State Examination (MMSE)

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 :

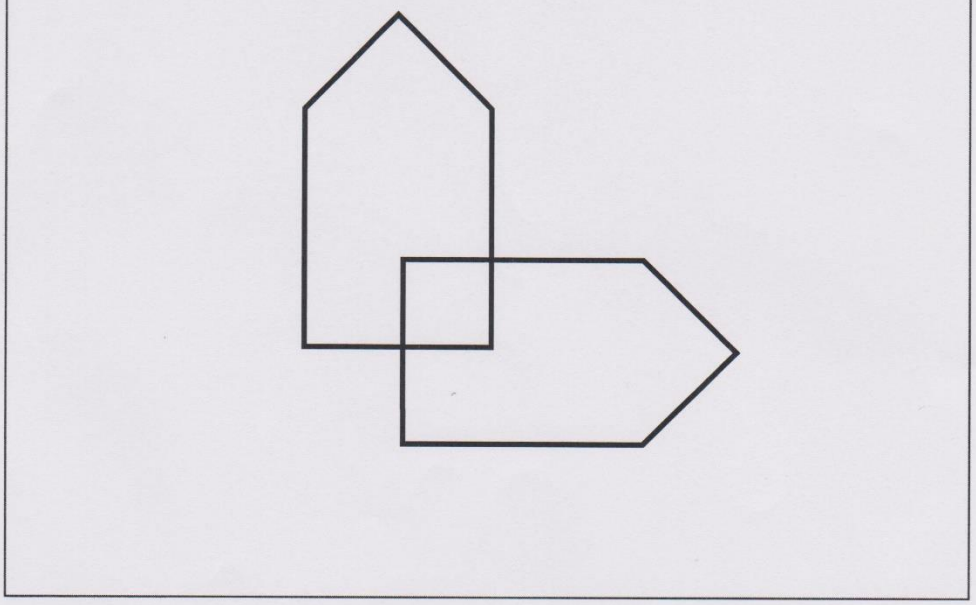
30. "Voulez-vous recopier ce dessin ?" ☐ sur 1

SCORE TOTAL ☐ **sur 30**

OUTIL D'ÉVALUATION

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

FERMEZ LES YEUX



MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Annexe 4 : Echelle NPI



Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées — OUTIL D'ÉVALUATION — PROMOTION DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES Dans le cadre du programme MobiQual — MobiQual — 2.1

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 :

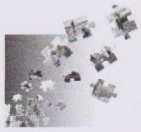
- ☐ **très proche/**prodigue des soins quotidiens,
- ☐ **proche/**s'occupe souvent du patient,
- ☐ **pas très proche/**donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient.

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

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

OUTIL D'ÉVALUATION

Annexe 5 : Echelle de Cohen-Mansfield



Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

OUTIL D'ÉVALUATION

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual
MobiQual

5

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

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.

© 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.

ÉCHELLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD

OUTIL D'ÉVALUATION

Annexe 6 : Echelle d'apathie de Marin

Item 1	Il (elle) s'intéresse aux choses.
Item 2	Il (elle) a des activités dans la journée
Item 3	Faire les choses de sa propre initiative est important pour lui (elle).
Item 4	Il (elle) est intéressé(e) à participer à des activités nouvelles.
Item 5	Il (elle) est intéressé(e) à apprendre des choses nouvelles.
Item 6	Il (elle) fait peu d'effort.
Item 7	Il (elle) approche la vie avec intensité.
Item 8	Terminer un travail est important pour lui (elle).
Item 9	Il (elle) passe du temps à faire des choses qui l'intéressent.
Item10	On doit lui dire ce qu'il (elle) doit faire chaque jour.
Item 11	Il (elle) est moins concerné(e) par ses difficultés qu'il (elle) ne devrait l'être.
Item 12	Il (elle) a des amis.
Item 13	Rencontrer ses amis est important pour lui (elle).
Item 14	Lorsque quelque chose de positif arrive, il (elle) est tout excité(e).
Item 15	Il (elle) a une connaissance juste de ses difficultés.
Item 16	Avoir des activités dans la journée est important pour lui (elle).
Item 17	Il (elle) prend des initiatives.
Item 18	Il (elle) est motivé(e)

Annexe 7 : Echelle de dépression gériatrique (GDS)

Outil 2 DEPRES-GDS 15 items:Mise en page 1 15/07/13 15:54 Page2

2

ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE GDS 15 ITEMS

GDS 15 items

Nom du patient :		Prénom du patient :
Date de naissance du patient :	Sexe : H F	Date du test :
Nom et status de l'accompagnant :		

Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernières semaines).

Comptez 1 si la réponse est : **NON** aux questions 1, 5, 7, 11, 13 **OUI** aux autres questions	OUI	NON
1 Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	■	☐
2 Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	☐	■
3 Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	☐	■
4 Vous ennuyez-vous souvent ?	☐	■
5 Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	■	☐
6 Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	☐	■
7 Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	■	☐
8 Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	☐	■
9 Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	☐	■
10 Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	☐	■
11 Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	■	☐
12 Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	☐	■
13 Avez-vous beaucoup d'énergie ?	■	☐
14 Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	☐	■
15 Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	☐	■

Calculez le score : ☐ /15

Résultats :

- Le score normal est inférieur à 5.
- À partir de 5 il y a un risque de dépression.
- Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.

(Cette échelle est validée pour le dépistage systématique de la dépression mais n'est pas suffisante à elle seule pour établir un diagnostic.)

OUTIL D'ÉVALUATION

Annexe 8 : Echelle de Cornell

Dépression
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

OUTIL D'ÉVALUATION

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
Dans le cadre du programme MobiQual

MobiQual

3

Échelle de dépression de Cornell

(10)

CORNELL SCALE FOR DEPRESSION IN DEMENTIA. BIOL PSYCH 1988; 23:271-84.

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé, avec un MMS < 15.
L'examinateur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes.

Nom du patient :	Prénom du patient :	
Date de naissance du patient :	Sexe : H F	Date du test :
Nom et statut de l'accompagnant :		

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien. Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

a = impossible à évaluer **0 = absent** **1 = modéré ou intermittent** **2 = sévère.**

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR				
1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	a	0	1	2
B. TROUBLES DU COMPORTEMENT				
5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2
C. SYMPTÔMES SOMATIQUES				
9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	a	0	1	2
D. FONCTIONS CYCLIQUES				
12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	a	0	1	2
E. TROUBLES IDÉATOIRES				
16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	a	0	1	2
17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2

Nombre de a : ☐

Sous-total : ☐ ☐ ☐

Le score seuil pour penser à un syndrome dépressif est de 10.

TOTAL : /38

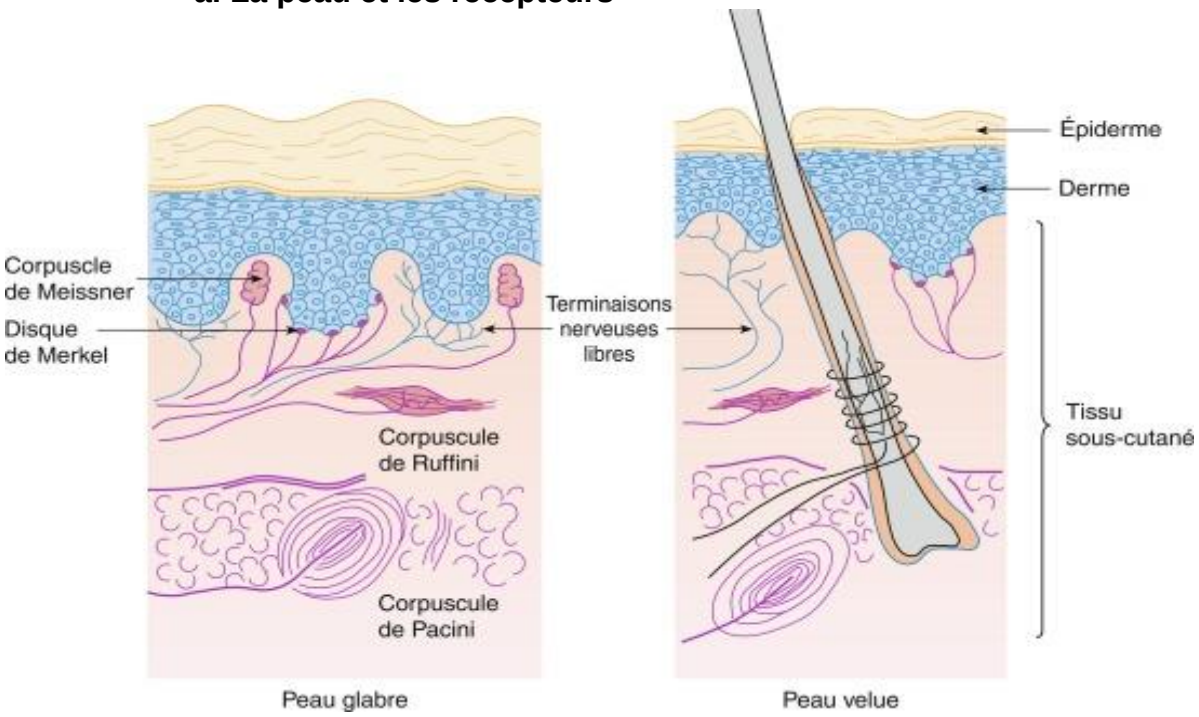
ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE CORNELL

OUTIL D'ÉVALUATION

Annexe 9 : Illustration des tableaux sur la physiologie sensorielle [52]

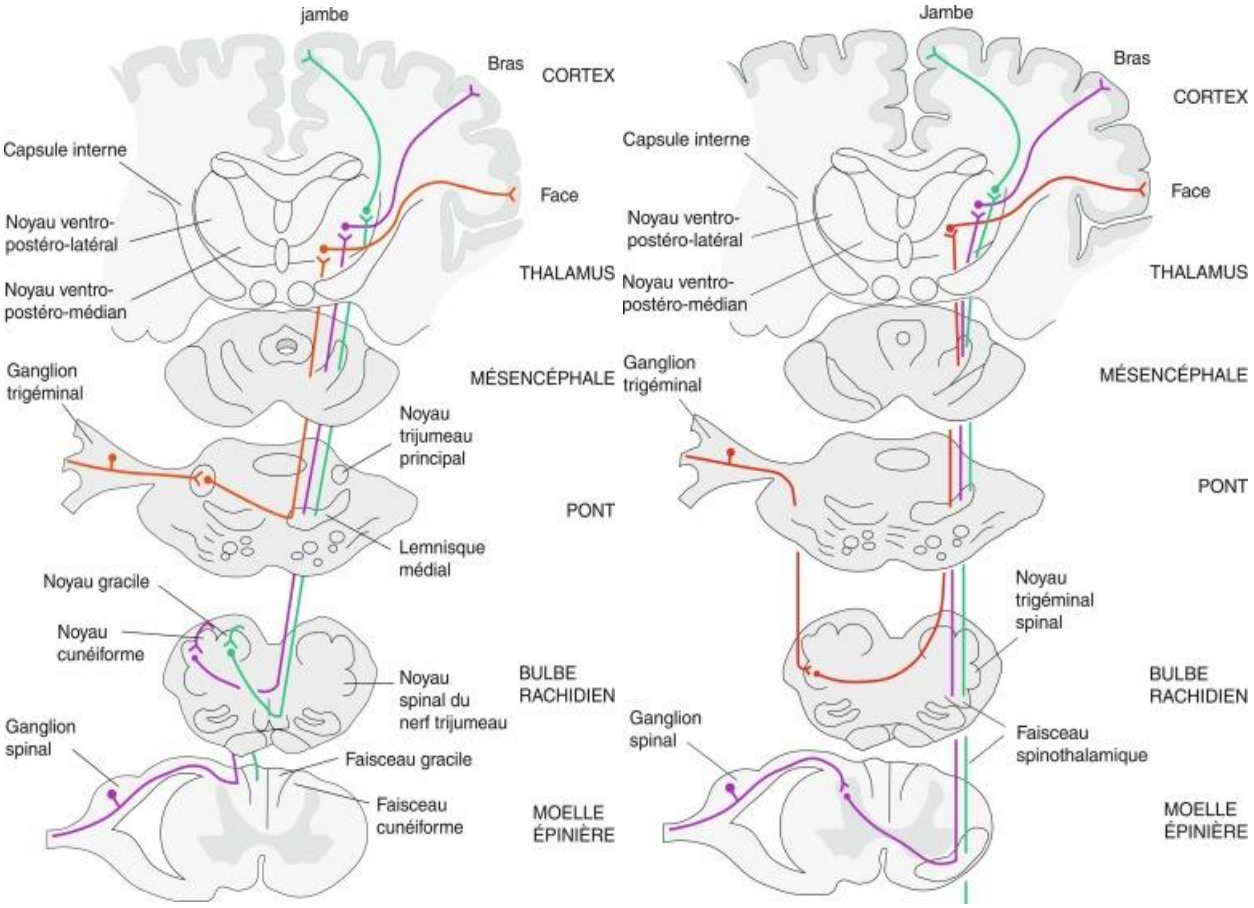
1) Le toucher et la somesthésie

a. La peau et les récepteurs



Modalité	**Type de récepteurs**	**Type de fibres nerveuses et vitesse de conduction**
Toucher	Mécanorécepteurs à adaptation rapide : récepteurs des follicules pileux, terminaisons nerveuses libres, corpuscules de Meissner et corpuscules de Pacini	Fibres A béta Vitesse : 33-75 m.s $^{-1}$
Toucher et pression	Mécanorécepteurs à adaptation lente : cellules de Merkel, organes de Ruffini	Fibres A béta Vitesse : 33-75 m.s $^{-1}$
Vibration	Corpuscules de Meissner et de Pacini	Fibres A béta / 33-75 m.s $^{-1}$
Température	Terminaisons nerveuses libres	Fibres A delta (froid) / 5–30 m.s $^{-1}$ Fibres C (chaud) / 0,5–2,0 m.s $^{-1}$
Douleur	Terminaisons nerveuses libres	Fibres A delta (P) / 5–30 m.s $^{-1}$ Fibres C (B) / 0,5–2,0 m.s $^{-1}$ (P= piqûres / B = brûlures)

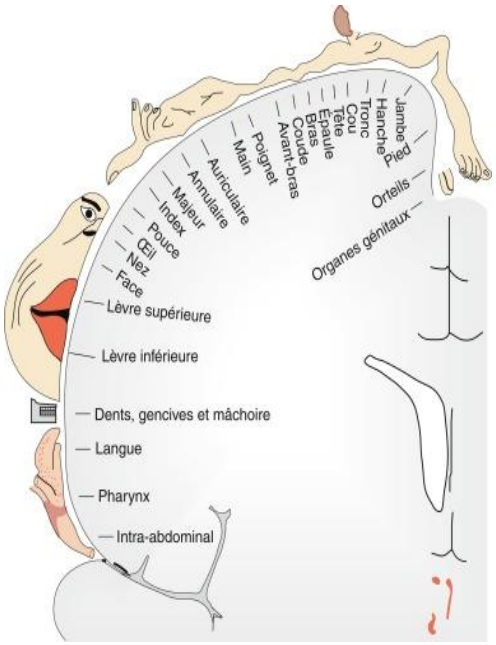
b. Les voies somesthésiques



Système lemniscal
Toucher fin et proprioception

Système extralemniscal
Toucher grossier, température et douleur

c. Cortex sensoriel

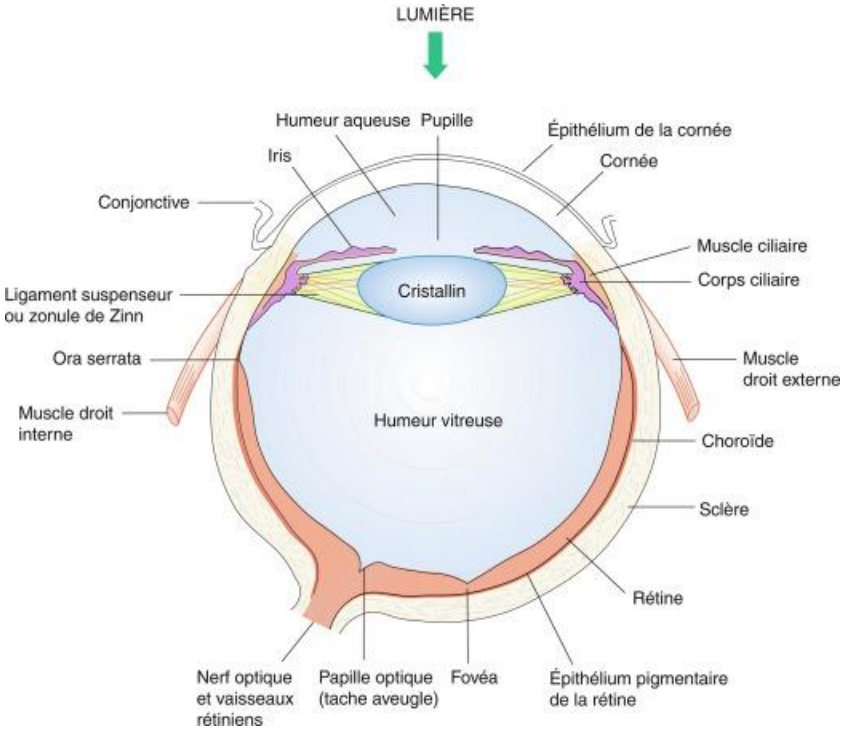


<u>L'homonculus sensoriel de Penfield</u>

« L'exploration systématique du gyrus postcentral a révélé qu'il avait une organisation somatotopique, avec les différentes régions du côté opposé du corps représentées comme le montre ce schéma. Les organes génitaux et les pieds sont localisés sur une zone adjacente à la fissure centrale, tandis que le visage, la langue et les lèvres sont cartographiés sur la partie latérale du gyrus postcentral. D'autres zones du corps sont cartographiées entre les deux. L'étendue de chaque domaine représentatif reflète le degré d'importance de cette zone dans la sensation plutôt que l'importance de la surface du corps d'où la sensation provient. Ainsi, les mains, les lèvres et la langue ont toutes une superficie de cortex qui leur est consacrée relativement grande par rapport aux zones corticales consacrées aux jambes, à la partie supérieure du bras et au dos. » [52]

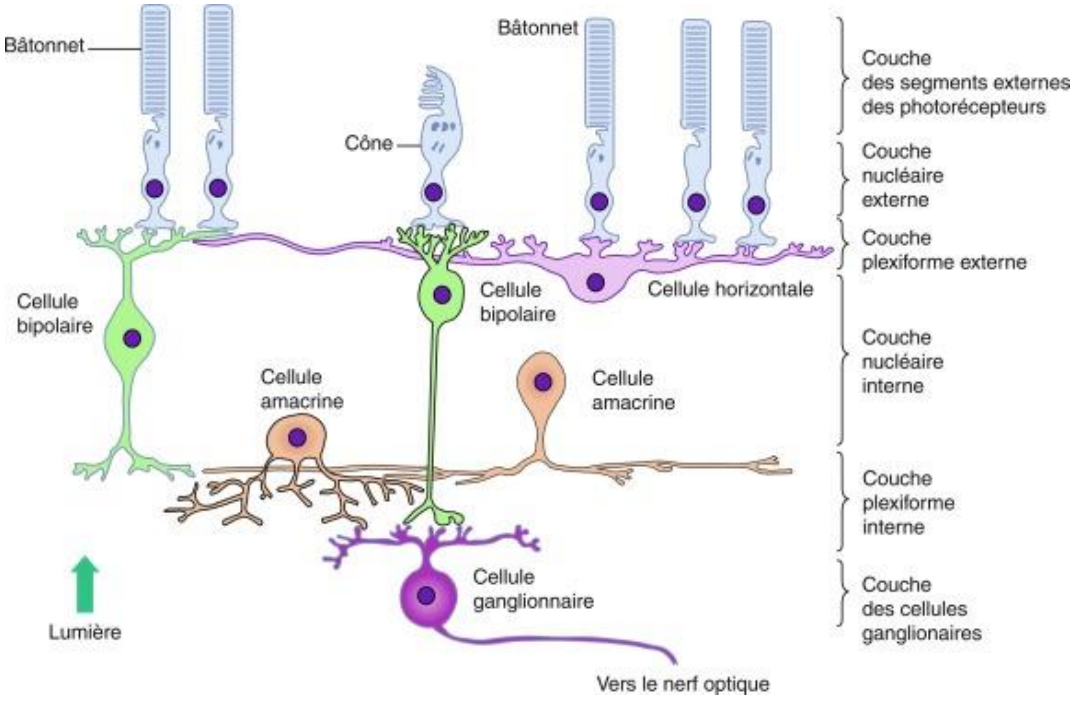
2) La vue

a. L'oeil

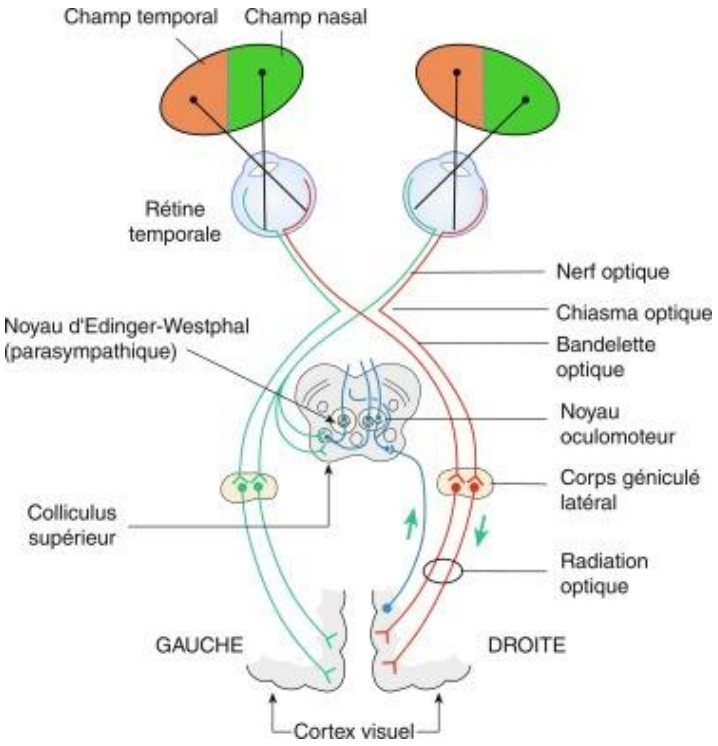


Vue en coupe transversale de l'œil pour montrer ses principales structures.

b. Les récepteurs visuels et l'organisation de la rétine



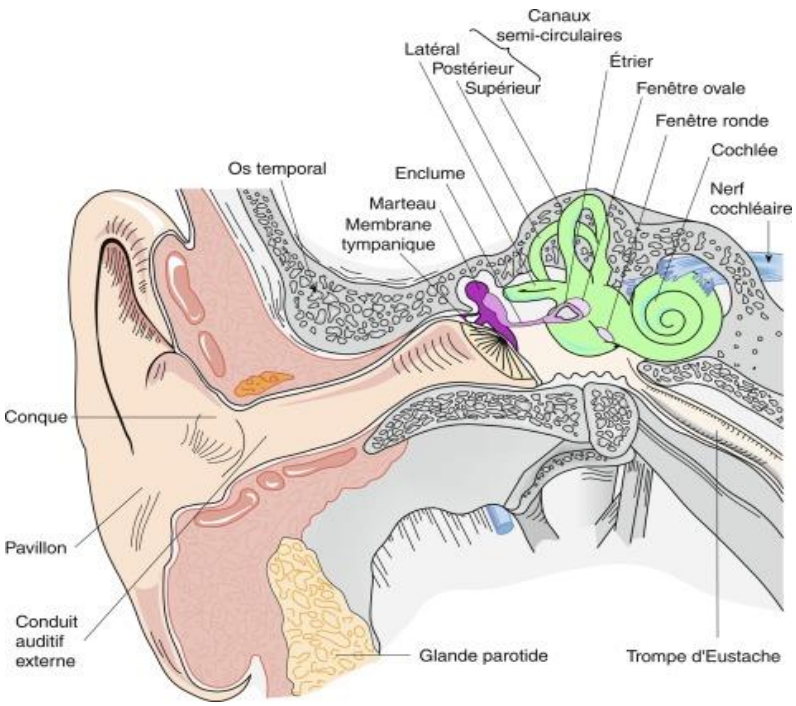
c. Les voies visuelles



« Le champ nasal se projette vers la rétine temporale et que les fibres de cette région ne croisent pas. Ainsi, chaque moitié du champ visuel projette vers l'hémisphère opposé. Les connexions entre les deux hémisphères ne sont pas montrées. » [52]

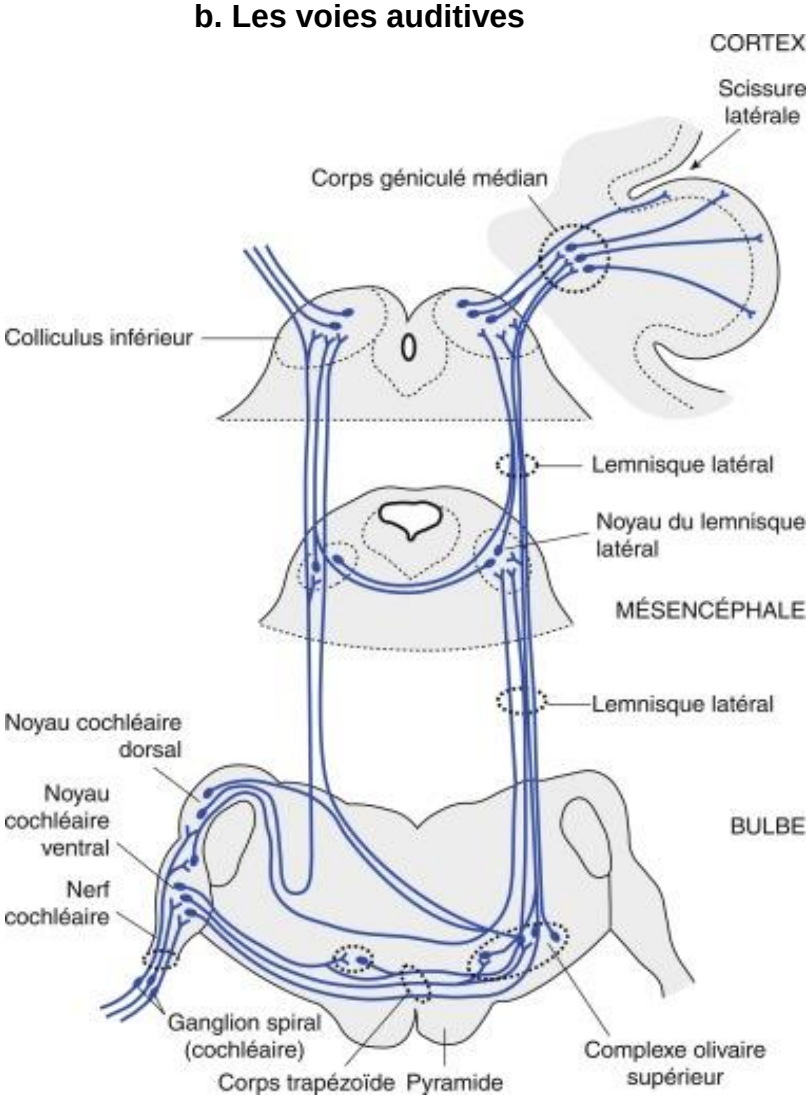
3) L'audition

a. L'oreille



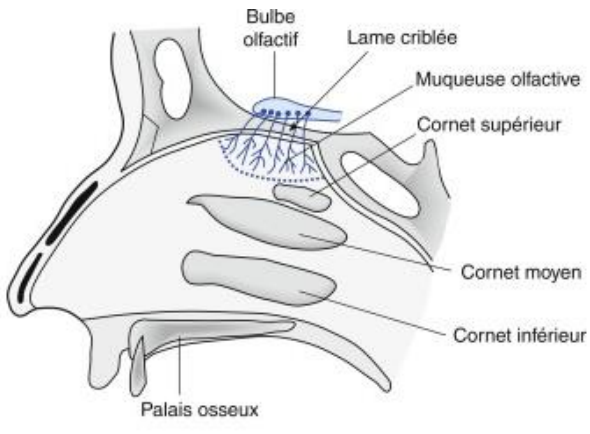
« Le système auditif peut être arbitrairement divisé en système auditif périphérique (oreilles, nerfs auditifs et neurones des deux ganglions spiraux) et système auditif central (voies neuronales des noyaux cochléaires au cortex auditif concernées par l'analyse du son). L'oreille elle-même est classiquement divisée en oreille externe (pavillon et méat auditif externe), oreille moyenne (tympan, osselets et leurs muscles associés) et oreille interne (cochlée et nerf auditif). » [52]

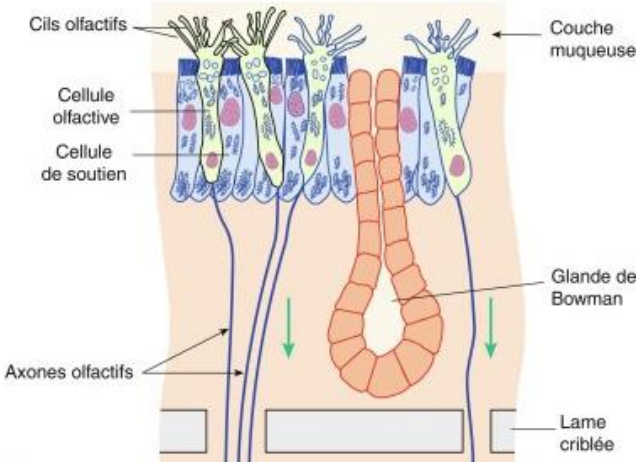
b. Les voies auditives



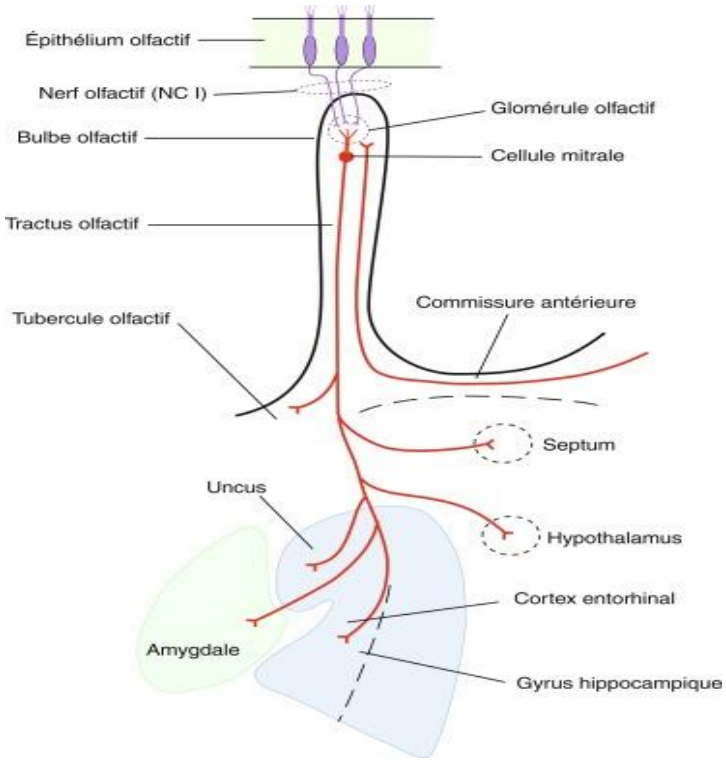
4) L'odorat

a. Le nez





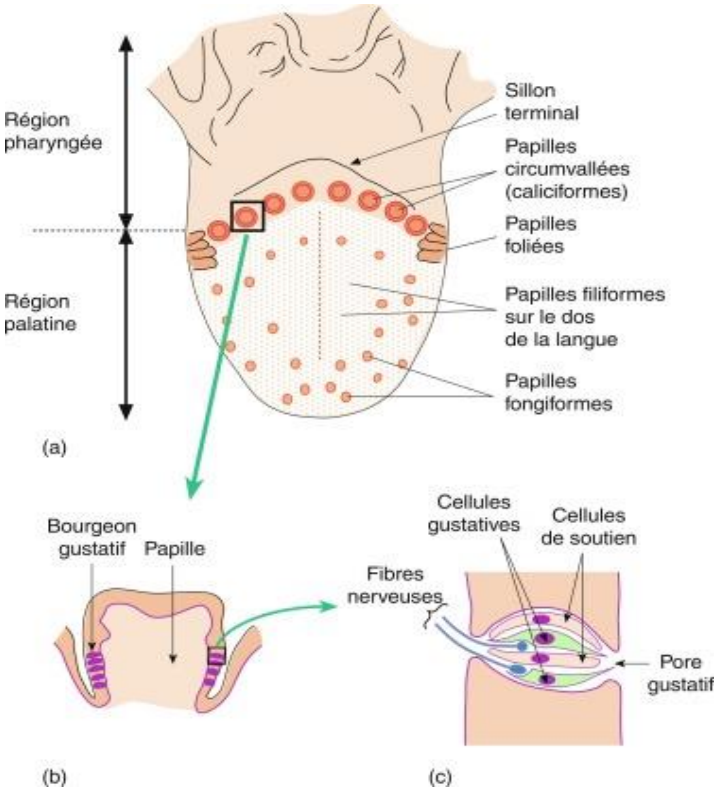
b. Les voies olfactives



« La plupart des fibres du tractus olfactif se terminent dans le cortex du côté médial du lobe temporal dans une zone appelée uncus et dans une structure sous-corticale appelée amygdale, qui fait partie du système limbique. Ici, les signaux olfactifs jouent un rôle dans l'établissement des émotions, des motivations et de la mémoire. » [52]

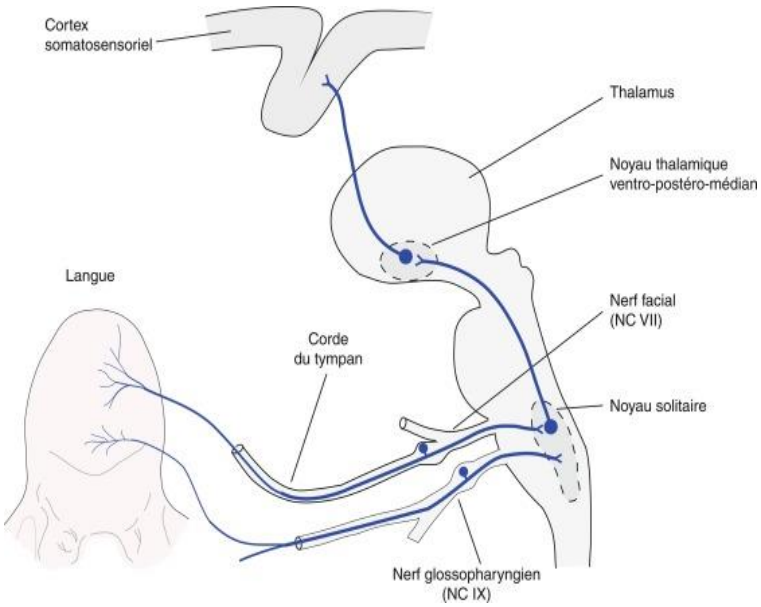
5) Le goût

a. La langue



« Sur toute la surface de la langue, il y a de petites saillies appelées papilles qui lui donnent sa rugosité. Quatre types différents de papilles peuvent être identifiés : filiformes, foliées, fongiformes et circumvallées (caliciformes). Les papilles filiformes (les plus nombreuses) n'ont pas de bourgeons gustatifs et ne jouent aucun rôle dans la sensation de goût. On pense qu'elles sont importantes pour positionner la nourriture sur la langue pendant la mastication et la déglutition. Les bourgeons gustatifs se trouvent sur les papilles foliées, fongiformes et circumvallées. » [52]

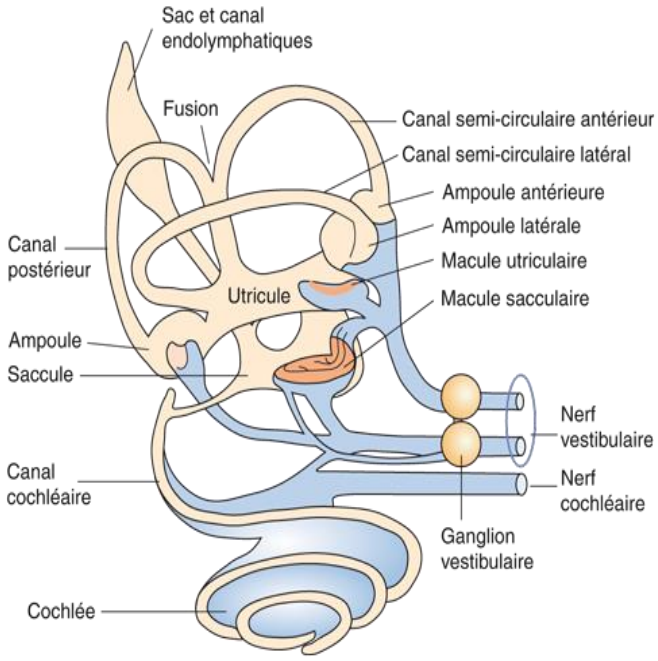
b. Les voies gustatives



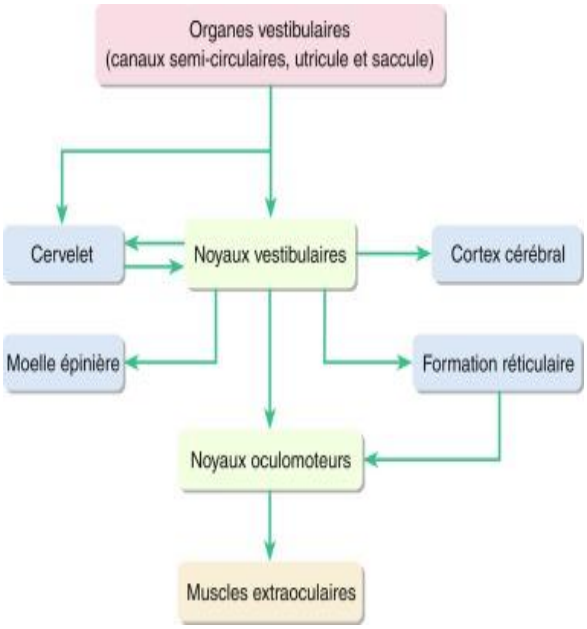
Les deux tiers antérieurs de la langue envoient des fibres afférentes vers le SNC par la branche de la corde du tympan du nerf facial (VII), tandis que le tiers postérieur de la langue est desservi par le nerf glossopharyngien (IX). Les papilles gustatives des parois de la bouche et du voile du palais sont innervées par le nerf vague (X). Toutes les fibres du goût convergent vers la partie rostrale du noyau homolatéral du tractus solitaire. L'information sur le goût est transmise à la région frontale du cortex par l'intermédiaire du thalamus, d'où elle se projette jusqu'au cortex insulaire, qui est situé en profondeur de la fissure latérale adjacente à la région somatosensorielle de la langue. [52]

6) La proprioception

a. L'oreille interne



b. Les voies vestibulaires



Les canaux semi-circulaires détectent les accélérations angulaires. Les récepteurs de l'utricule et du saccule détectent quant à eux les accélérations linéaires. [52]

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		
COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et 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	
ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'assoir		
DEPLACEMENTS INTERIEURS : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil		
DEPLACEMENTS EXTERIEURS : à partir de la porte d'entrée, sans transports		
COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication		
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		
MENAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DE TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

Pour la personne âgée concernée, donnez une évaluation : A, B ou C.

A = fait spontanément seul, en totalité

B = fait partiellement, irrégulièrement, incorrectement, ou sur incitation

C = ne fait pas, ne peut pas, refuse de faire

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 : Décret de compétences des psychomotriciens [18]

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 372 ;
Vu le décret n° 74-112 du 15 février 1974, modifié notamment par le décret n° 85-188 du 7 février 1985, portant création du diplôme d'Etat de psychomotricien ;
Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ; Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Article 1 - Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :
1. Bilan psychomoteur.
2. Education précoce et stimulation psychomotrice.
3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
- retards du développement psychomoteur ;
- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
- troubles du schéma corporel ;
- troubles de la latéralité ;
- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
- dysharmonies psychomotrices ;
- troubles tonico-émotionnels ;
- maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
- débilité motrice ;
- inhibition psychomotrice ;
- instabilité psychomotrice
- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Article 2 - Peuvent accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1er les personnes titulaires du diplôme d'Etat de psychomotricien.

Article 3 - Peuvent également accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1er les salariés ayant exercé, à titre principal et dans les conditions fixées à l'article 1er, l'activité de psychomotricien pendant au moins trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à des épreuves de vérification des connaissances.

Les modalités d'organisation, la nature du contenu de ces épreuves ainsi que la composition du jury sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur des professions paramédicales.

Article 4 - Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 8 mai 1988 :

JACQUES CHIRAC Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi, PHILIPPE SÉGUIN

Le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, MICHÈLE BARZACH

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 : PERSONNES AGEES, DEMENCES ET TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX 3
I. Vieillissement normal 4
1) Définition du vieillissement 4
2) Modifications liées au vieillissement 5
3) Vieillissement psychomoteur 9
4) L'évaluation du vieillissement psychomoteur 12
II. Vieillissement pathologique 13
1) Définition de la démence 13
2) Différents types de démences 14
3) Un exemple de démence : la maladie d'Alzheimer 15
III. Troubles psycho-comportementaux dans les démences 19
1) Définitions 19
2) Etiologies et conséquences des troubles 20
2) Différents troubles psycho-comportementaux 21
3) Evaluations des troubles psycho-comportementaux 25
4) Prise en charge des troubles psycho-comportementaux 26

CHAPITRE 2 : SENSORIALITES ET PERSONNES AGEES DEMENTES 27
I. Définitions et généralités 28
1) Définitions 28
2) Sensations 29
3) Physiologie 31
4) Sensations et composantes psychomotrices 33
II. Développement sensoriel : 34
1) Les différentes étapes du développement des sens : 34
2) Les flux sensoriels de A. Bullinger 36
3) De la sensorialité à la pensée 39
III. La sensorialité chez les personnes âgées démentes 40
1) Vieillissement sensoriel 40
2) Sensorialité et processus cognitifs 42
3) Démences et stimulation sensorielle 43

CHAPITRE 3 : ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHOMOTRICITE....44
I. Présentation du contexte....45
1) Les structures....45
2) Les équipes....46
3) La place de la psychomotricité....47
4) Ma place de stagiaire....48
II. Médiations sensorielles....49
1) Définition de médiation....49
2) La balnéothérapie....50
3) Le toucher thérapeutique....51
4) Le Snoezelen....52
III. Etudes de cas....53
1) Madame L.....53
2) Madame C.....63

CONCLUSION....75

BIBLIOGRAPHIE....77

ANNEXES....81
Annexe 1 : Examen géronto-psychomoteur (EGP)....81
Annexe 2 : Critères DSM V de la démence....86
Annexe 3 : Mini-Mental State Examination (MMSE)....89
Annexe 4 : Echelle NPI....91
Annexe 5 : Echelle de Cohen-Mansfield....92
Annexe 6 : Echelle d'apathie de Marin....92
Annexe 7 : Echelle de dépression gériatrique (GDS)....94
Annexe 8 : Echelle de Cornell....95
Annexe 9 : Illustration des tableaux sur la physiologie sensorielle....96
1) Le toucher....96
2) La vue....98
3) L'audition....99
4) L'odorat....101
5) Le goût....102
6) La proprioception....103
Annexe 10 : Grille AGGIR....104
Annexe 11 : Décret de compétences des psychomotriciens....106