



HAL
open science

Étude de la copromanie en EHPAD : le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement des personnes atteintes et la réduction du comportement

Christelle Launay

► To cite this version:

Christelle Launay. Étude de la copromanie en EHPAD : le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement des personnes atteintes et la réduction du comportement. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02936768

HAL Id: dumas-02936768

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02936768>

Submitted on 11 Sep 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.

Institut de Formation en
Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



Étude de la copromanie en EHPAD

Le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement des
personnes atteintes et la réduction du comportement

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

Par Christelle LAUNAY

Référentes de mémoire :
Mme Constant Troussard Marie
Mme Mourgues Célia

Session de Juin 2020

Remerciements

Merci à mes maîtres de mémoire, pour m'avoir écoutée et rassurée dès septembre dans mes questionnements, puis conseillée et relue lors de la rédaction du mémoire

Merci précisément de m'avoir confortée lorsque j'ai douté dans mon choix de réaliser un mémoire de recherche, et de m'avoir suivie dans cette voie

Merci à ma maître de stage pour m'avoir parlé dès mon premier jour de stage de la problématique des patients qui manipulent leurs selles et des équipes désemparées face au comportement

Merci aux soignants de l'EHPAD qui ont bien voulu participer à cette étude, et qui m'ont aiguillée dans mes réflexions

A Martine Haas de l'option Toucher Terre,
pour ses conseils théoriques, pratiques et cliniques concernant la médiation du
toucher terre

Merci à Tiana pour son écoute et ses précieux conseils, notamment concernant la méthodologie de rédaction d'un mémoire de recherche

A mes camarades et aux différents professeurs, dont Marc Guiose, qui ont été intéressés par mon sujet et ont pris le temps de m'écouter et de réfléchir avec moi

Merci à mes proches et tout spécialement à mon papa qui m'a permis de réaliser ces merveilleuses études, mais aussi à mon ami et à sa maman pour leur soutien, réconfort et nombreux encouragements

Et pour finir une pensée pour ma maman qui me soutient d'en haut et qui je l'espère serait fière de moi

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	12
Partie 1 - PRESENTATION DE LA RECHERCHE : Le cadre de la recherche et l'état de la littérature à ce jour	14
I. L'institution	14
1) Le personnel de l'EHPAD	14
2) Les personnes accueillies	15
II. Ma place de stagiaire	15
1) La psychomotricité dans l'institution	15
2) Le cadre de mon travail en tant que stagiaire	15
III. La démarche de recherche	16
1) Déroulé de ma réflexion aboutissant au projet de recherche	16
2) Les outils méthodologiques utilisés	17
3) Méthode scientifique et points de vigilance	19
a) <i>Méthode scientifique utilisée</i>	19
b) <i>Pour une scientificité garantie : la nécessité d'une vigilance et d'une remise en question constante</i>	20
IV. Théorie sur le sujet	22
1) La copromanie	22
a) <i>Définition et étymologie</i>	22
b) <i>Un trouble du comportement ?</i>	22
c) <i>Les personnes atteintes de copromanie et le syndrome démentiel</i>	24
d) <i>Le sale</i>	29
2) Hypothèses d'explication de la copromanie	31
a) <i>Hypothèses déjà sous-tendues dans les parties précédentes</i>	32
b) <i>Hypothèses liées à la maladie et à l'histoire de vie</i>	32
c) <i>Hypothèses psychanalytiques</i>	34
d) <i>Autres hypothèses psychopathologiques</i>	37
3) Psychomotricité et copromanie	39
a) <i>Une légitimité à travailler auprès de ces patients</i>	39
b) <i>Besoins de base et besoins psychomoteurs</i>	39
c) <i>Les items psychomoteurs concernés</i>	41

Partie 2 - PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE CES PATIENTS	46
I. 1^{ère} étape : Exploration préalable - Les entretiens cliniques	46
1) Pourquoi réaliser des entretiens	46
2) Entretiens avec le personnel de l'EHPAD	46
3) Les données recueillies	48
4) Analyse des données et conclusions possibles de ces entretiens	52
II. 2^{ème} étape : Le choix du toucher terre comme médiation	54
1) L'idée de cette médiation	54
2) Théorie autour de la médiation	55
a) <i>La terre dans le toucher terre</i>	55
b) <i>Le toucher dans le toucher terre</i>	60
3) Le cadre et le dispositif de la médiation toucher terre	62
III. 3^{ème} étape : Enquête sur le terrain	64
1) Présentation des trois patients pris en soin	64
2) Leur bilan psychomoteur	66
3) Les hypothèses pour expliquer leur copromanie	69
4) Le projet thérapeutique de chacun	70
5) Le déroulement et l'évolution des prises en charge	72
IV. 4^{ème} étape : Analyse des données récoltées	77
1) Bilans psychomoteurs de fin d'étude	77
2) Entretiens de fin d'étude avec le personnel de l'EHPAD	77
3) Grilles d'évolution de la copromanie	78
Partie 3 - RESULTATS DE LA RECHERCHE ET DISCUSSION	81
I. Conclusion de la recherche	81
II. Retour sur cette étude	83
1) Les difficultés rencontrées	83
2) Les écarts entre ce qui a été pensé et réalisé	85
3) Les limites et améliorations possibles	85
III. Apports cliniques de la recherche	86
1) Le travail pluridisciplinaire	86
2) Incidence sur les soignants	87
IV. Réflexions thérapeutiques concernant la copromanie	88
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	92
TABLE DES ANNEXES	97

GLOSSAIRE

Acathisie/Akathisie : Impossibilité de rester assis.

Agentivité : Capacité à être acteur de sa propre vie, à contrôler volontairement ses actions mais aussi celles des autres et à agir sur le monde.

Agnosie : Trouble de la reconnaissance des objets pouvant s'expliquer par des troubles sensoriels, perceptifs, ou cognitifs.

Amnésie : Perte totale ou partielle de la mémoire.

Amyotrophie : Ou atrophie musculaire, c'est la diminution du volume des muscles striés squelettiques étant sous contrôle volontaire.

Angoisses archaïques : Angoisses retrouvées tôt dans le développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant (avant l'apparition du langage).

Anosognosie : Trouble neurologique caractérisé par la méconnaissance par le malade de la maladie dont il est atteint.

Apathie : Baisse de la réactivité émotionnelle globale associée à des intérêts habituels amoindris, une réduction quantitative des comportements volontaires et dirigés vers un but, une perte de motivation et un repli. C'est un SPCD (Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence), mais elle s'observe aussi dans la dépression.

Aphasie de Broca : Trouble du langage oral dû à des lésions cérébrales acquises, caractérisé par : un mutisme ou des phrases courtes, une prosodie altérée, des difficultés à réaliser les praxies (mouvements) de la bouche et du visage, des difficultés à articuler. Si le patient récupère le langage, il présente souvent un manque du mot, ne finit pas ses phrases et déforme les mots (paraphasie).

Asthénie : Grande fatigue. Elle peut être due à des troubles psychiatriques, psychologiques ou organiques.

AVC ischémique : Accident Vasculaire cérébral. Obstruction d'un vaisseau sanguin (souvent par un caillot) réduisant l'apport de sang et donc d'oxygène et de nutriments au cerveau, entraînant la mort des neurones dans la partie où l'accident est survenu.

Bradypsychie : Ralentissement du cours de la pensée, souvent associé à un ralentissement psychomoteur et à une asthénie dans la dépression.

Cataracte : Trouble de la vision résultant de l'opacification du cristallin (lentille de l'œil) entraînant une vision brouillée ou une cécité. Elle peut être liée à l'âge, congénitale ou secondaire à une pathologie.

Conduites élémentaires : Dites également conduites instinctuelles : sommeil, alimentation, excrétion, sexualité.

Conflits intrapsychiques : Terme Freudien désignant les conflits issus de l'opposition entre les différentes instances psychiques, ou entre les pulsions et le moi, ou encore entre les désirs ou le principe de plaisir et celui de réalité.

Contention : La contention est la réduction de la mobilité ou l'immobilisation d'une personne à des fins thérapeutiques. La grenouillère ou combinaison intégrale en est une.

Coprophagie : Comportement qui consiste à ingérer ses excréments.

Dépersonnalisation : Déconnexion dissociative de soi-même, sentiment de ne plus savoir qui on est.

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age : maladie due à un vieillissement de la zone centrale de la rétine appelée macula, se traduisant par une perte progressive de la vision centrale.

Dysharmonie tonique : Trouble du tonus se caractérisant par un tonus musculaire non harmonieux, fluctuant en fonction des parties du corps.

Dystimulation : Stimulations sensorielles inadaptées ou contradictoires, possiblement désorganisatrices pour la personne y étant confrontée.

Dystonie : Trouble du tonus caractérisé par une grande difficulté de régulation tonique à l'origine de contractions musculaires inadaptées à la situation. Cette manifestation peut être d'origine neurologique ou psychoaffective.

Encoprétique : Souffrant d'incontinence fécale.

Endogène : Qui est produit par la structure elle-même en dehors de tout apport extérieur. Ici, signifie donc orienté vers le patient.

Étiologie : Cause de la maladie.

Exogène : Qui provient du dehors, de l'extérieur du phénomène. Ici, signifie donc orienté vers l'environnement et l'entourage humain du patient.

Fibrillation auriculaire chronique : Troubles du rythme cardiaque se caractérisant par une action non coordonnée des cellules auriculaires, aboutissant à des battements irréguliers et rapides des oreillettes cardiaques.

Fonctions cognitives : La cognition est notre appareil à penser et à agir sur notre environnement, elle regroupe les fonctions exécutives, perceptives, attentionnelles, langagières, motrices, et de la mémoire.

Fonctions exécutives : Fonctions cérébrales qui contrôlent et régulent toutes les autres fonctions cognitives ainsi que nos comportements. Elles comprennent : la planification, l'initiation, la flexibilité mentale, l'inhibition, la recherche contrôlée en mémoire et la mémoire de travail.

Fonctions instrumentales : Les praxies, les capacités visuo-spatiales, de calcul, et les gnosies.

Glaucome : Maladie oculaire liée à une lésion du nerf optique provoquant la réduction du champ visuel. La vision périphérique est d'abord atteinte, puis la personne devient progressivement aveugle. Elle est souvent liée à l'hypertension artérielle.

Gnosie : Reconnaissance et identification par la perception.

Hippocampe : L'hippocampe est une structure située dans le repli interne du lobe temporal du cortex cérébral. Elle possède un rôle primordial dans le passage des informations de la mémoire à court terme, à la mémoire à long terme.

Hypertonie : Tonus musculaire anormalement élevé, se caractérisant par une augmentation de la résistance du muscle à son allongement passif.

Hypertonie plastique : Élévation du tonus musculaire extra pyramidal due au dépeuplement avec l'âge des cellules du cortex moteur, du cervelet, des Noyaux Gris Centraux, et de la corne antérieure de la moelle épinière.

Hypotonie : Tonus musculaire anormalement faible, se caractérisant par une diminution de la résistance du muscle à son allongement passif.

Hystérectomie : Ablation de l'utérus.

Indication : Raison de la demande de prise en charge. Elle peut venir du médecin, du patient, ou de ces parents s'il est mineur. Dans tous les cas l'indication et la prise en charge future nécessitent obligatoirement une prescription médicale.

Intéroception : Sensations internes du corps : viscérale, de la respiration, de la digestion, du cœur, des muscles, des fascias, des tendons, etc.

Kinesphère : Espace personnel délimité par le corps de la personne et qui s'étend jusqu'au bout des membres tendus à leur maximum. Terme théorisé par R. Laban.

Kinesthésie : Perception du mouvement du corps permise par les récepteurs proprioceptifs et viscéraux.

Maladie de Barlow : On dit aussi prolapsus de la mitrale : la valvule mitrale du cœur bombe dans l'oreillette gauche et ferme mal l'orifice mitral, ce qui induit une insuffisance cardiaque.

Mélatonine : Neurohormone impliquée dans la transmission de l'influx nerveux. Elle régule des rythmes biologiques, mais agit également sur l'humeur, le système immunitaire, la température corporelle et la motricité intestinale.

Mémoire antérograde : Mémoire des faits récents.

Mémoire procédurale : Dite implicite, ou des habiletés motrices, elle est la mémoire de la motricité soumise à des règles et procédures, ou à des stratégies que l'on utilise sans en être conscient (automatisée).

Moïque : Relatif au moi.

Narcissisant : Qui augmente le narcissisme, c'est-à-dire l'investissement de la libido sur le moi, permettant de s'aimer soi-même.

Œsophagite : Inflammation de l'œsophage dans le cadre du reflux d'acide gastrique issu de l'estomac.

Parésie : Diminution de la motricité d'une région corporelle due à la perte de force musculaire. Elle peut être localisée ou généralisée et résulte d'une atteinte corticale, spinale ou des motoneurones. Elle peut s'accompagner de tremblements, de douleurs et d'une hyposensibilité.

Pemphigoïde bulleuse : Dermatose auto-immune rare qui concerne principalement les personnes âgées. Elle se caractérise par l'apparition sur la peau de bulles de grande taille et de plaques rouges érythémateuses.

Personnes ordinaires : Désigne ici les personnes ne présentant pas de handicap, ou non copromaniaques.

Plasticité cérébrale : Capacité du cerveau à remodeler ses connexions neuronales en fonction de l'environnement et des expériences vécues par l'individu.

Praxie : Geste automatisé résultant de l'enchaînement d'actions coordonnées ayant pour finalité la réalisation d'un objectif défini.

Proprioception : Sensibilité profonde du corps permise par la transmission au cerveau des informations provenant des récepteurs des muscles, tendons, articulations, ligaments, de la peau et des fascias.

Pyélonéphrite aigüe : Infection urinaire localisée dans un rein et dans l'uretère, le plus souvent due à la bactérie Escherichia Coli.

Réaction de prestance : Trouble du tonus caractérisé par des gestes, postures, mimiques ou réactions toniques inadaptées et inutiles, liées à des difficultés d'adaptation au contexte relationnel.

Refoulement : Terme psychanalytique désignant le mécanisme inconscient par lequel est refusé l'accès à la conscience d'un désir inconciliable avec d'autres exigences (celles du surmoi, de la société, etc.).

Retest : Nouvelle passation d'un ou de plusieurs tests au-delà d'un temps prédéfini pour chaque test, dans les mêmes conditions de matériel et de personnes.

RGO : Reflux gastro-œsophagien. Affection courante chez l'adulte caractérisée par la remontée d'une partie du contenu de l'estomac dans l'œsophage.

Salle snoezelen : Espace multisensoriel dans lequel sont proposées des activités d'exploration sensorielle, de détente et de plaisir. C'est un concept développé dans les années 1970 par les deux Néerlandais Ad. Verheul et J. Hulsegge.

Subjectivité : Conscience de soi comme sujet différent de l'autre et en relation à lui.

Syndrome anxio-dépressif : Trouble mental appartenant aux troubles de l'humeur, associant un trouble dépressif et un trouble anxieux. On observe notamment une anhédonie ou une humeur triste et négative, une dévalorisation, un ralentissement psychomoteur, des troubles somatiques, mais aussi un sentiment d'insécurité et des angoisses irrépessibles.

Syndrome confusionnel : Syndrome clinique fréquent caractérisé par la désorganisation aiguë de l'ensemble des fonctions cognitives et comportementales, mais n'étant pas due à des lésions structurelles du cerveau. Il est réversible. La plupart des confusions mentales résultent de troubles métaboliques, toxiques (médicaments) ou infectieux.

Syndrome démentiel : Ensemble de symptômes retrouvés dans les maladies entraînant une démence, comprenant notamment des troubles neurocognitifs majeurs. La maladie d'Alzheimer est la principale cause de démence en France.

Système sous-cortical : Système archaïque réflexe indispensable à la survie constitué des noyaux gris centraux.

Tasikinésie : Incapacité à inhiber une tendance au mouvement, ou besoin irrépessible de se mouvoir, notamment de marcher. Elle s'observe notamment dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ou des démences fronto-temporales et peut également être induite par un traitement neuroleptique.

INTRODUCTION

Lors de mon premier jour de stage en EHPAD¹, ma maître de stage m'a parlé de résidents qui manipulent leurs excréments. Ma réaction : Beurk..., mais quelle idée ! POURQUOI ? Elle me donne des détails : « ils les sortent de leur protection, les étalent sur les murs de leur chambre, le sol, le lit, et même parfois sur eux ». Cela m'a extrêmement interpellée, d'autant plus que je n'avais jamais entendu parler de telles pratiques... Les jours passent mais la question sans réponse demeure dans ma tête : mais enfin pourquoi ? Ce n'est tout de même pas par simple plaisir, encore si une seule personne était concernée, mais là ils ont l'air nombreux. Mon stage se déroulant un jour par semaine, le vendredi suivant je retourne voir ma maître de stage et lui demande si elle a une explication. Elle me donne quelques pistes mais m'avoue ne pas vraiment s'être penchée sur la question...Et c'est bien là le problème, personne -ou presque- ne s'est penché sur la question. En menant mon enquête, je découvre très peu d'écrits sur ce sujet, qui est pourtant bien réel dans de nombreux EHPAD, c'est un problème tabou, « sans solution », dont souffrent à la fois les équipes soignantes et les patients.

Il s'avère que ce « comportement gênant » s'appelle COPROMANIE et qu'il a par la suite continué à me passionner ; pas étonnant venant d'une étudiante en psychomotricité : *il y a du corps, de la matière, du mouvement, de la création*, et il est question du lien entre un agir et un fonctionnement psychique. Mais pourquoi ne pas s'y être intéressé plus tôt ? Je me suis alors demandée si en tant que future psychomotricienne il était possible de diminuer ce comportement, si oui comment, et comment le tester. En parallèle j'ai découvert la médiation du *toucher terre* qui a été une révélation pour moi, tant elle paraissait être parfaite pour aider ces personnes atteintes de copromanie. J'ai alors décidé d'en faire mon mémoire de recherche et de tenter de répondre à la question :

La prise en charge psychomotrice par le toucher terre peut-elle diminuer le comportement copromaniaque des personnes âgées qui en sont atteintes ?

Je tenterai de répondre à cette question en expliquant d'abord en quoi selon moi il est légitime de se la poser. Il est difficile de répondre à cette question aussi mystérieuse que complexe en quelques mois, c'est ainsi que je vais la décliner pour essayer d'éclaircir ce sujet et de montrer en quoi la psychomotricité plus généralement peut être bénéfique pour les personnes âgées atteintes de copromanie.

¹ Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

Les questions qui découlent de cette réflexion et auxquelles je vais m'exercer à répondre durant la recherche sont donc les suivantes :

- Qu'est-ce que la copromanie ?
- Quelles sont les raisons de la survenue de ce comportement ?
- Pourquoi ces personnes précisément manipulent-elles leurs excréments ?
- Quels sont les liens entre copromanie et psychomotricité ?
- Ces personnes cherchent-elles à combler un besoin ? Si oui est-ce un besoin vital, psychomoteur ?
- Comment combler en psychomotricité ces besoins essentiels à la personne afin de réduire le comportement ?
- Quels outils, quel cadre, et quelle médiation proposer et pourquoi ?
- Comment mesurer l'impact de la prise en charge sur la personne et sur son comportement copromaniaque ?

La recherche se déroulera en trois temps : présentation du cadre de l'étude et de l'état de la littérature à ce jour sur le sujet, puis enquête, exposition de la recherche clinique et analyse des données recueillies, et enfin résultats de la recherche, autocritique et ouverture vers des réflexions plus larges.

Partie 1 - PRESENTATION DE LA RECHERCHE : Le cadre de la recherche et l'état de la littérature à ce jour

Dans un premier temps, il est indispensable de présenter le cadre dans lequel s'est effectuée la recherche, afin de vous permettre de mieux situer le contexte et le déroulement de mon travail.

I. L'institution

Comme expliqué dans l'introduction, la démarche de recherche s'est déroulée dans le cadre de mon stage en EHPAD. C'est un lieu de vie médicalisé pour personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie, ne pouvant plus vivre chez elles. Celui dans lequel j'ai effectué mon stage est un EHPAD privé à but non lucratif appartenant à une association. L'âge moyen d'entrée y est de 85 ans.

1) Le personnel de l'EHPAD

Comme expliqué plus haut l'EHPAD est un lieu de vie, le personnel de l'établissement comprend donc un service de restauration, d'hôtellerie et d'entretien, des animateurs, ainsi qu'une esthéticienne et une coiffeuse. C'est aussi un lieu de soin, y travaillent donc également un médecin coordonnateur et un médecin gériatre, des cadres de santé, une psychologue, des infirmiers diplômés d'état (IDE), des aides-soignants (AS), des aides médico-psychologiques (AMP), des assistants de soins en gérontologie (ASG) et des agents de service hospitalier (ASH). Une équipe paramédicale travaillant sous prescription des médecins est également présente et comprend une diététicienne, une ergothérapeute, une psychomotricienne, des kinésithérapeutes, orthophonistes et podologues libéraux, ainsi qu'une art thérapeute et une zoothérapie intervenant régulièrement. Enfin, la structure se compose également d'une équipe de secrétariat, de comptabilité, d'accueil et d'un directeur.

Au total cent dix professionnels sont présents sur la structure. Les objectifs principaux de l'équipe en EHPAD sont le maintien de l'autonomie et des capacités de la personne ainsi que de sa qualité de vie ; pour cela sont notamment élaborés un projet d'accompagnement individuel (PAI) et un projet de soin.

2) Les personnes accueillies

L'EHPAD accueille 141 résidents. Certains sont pratiquement autonomes et d'autres en perte totale d'autonomie. Dans le cadre de mon mémoire je me centrerai sur ces derniers. En effet, le public cible de la recherche est les personnes âgées atteintes de copromanie, et à l'EHPAD la copromanie s'observe chez des personnes âgées très dépendantes souffrant de nombreuses pathologies et notamment de troubles cognitifs importants*2.

II. Ma place de stagiaire

1) La psychomotricité dans l'institution

L'établissement emploie une psychomotricienne à temps plein. Elle réalise des prises en charge (PEC)³ individuelles et groupales. Il n'y a pas de salle de psychomotricité. La psychomotricienne dispose d'un bureau qui est commun avec l'ergothérapeute, la diététicienne et les kinésithérapeutes. Elle réalise ses prises en charge dans la chambre du résident, la salle snoezelen*, la salle de bain thérapeutique, la salle commune, ou dehors en fonction du projet thérapeutique et des possibilités.

2) Le cadre de mon travail en tant que stagiaire

Mon stage se déroule chaque vendredi de septembre 2019 à juin 2020 auprès de la psychomotricienne à l'EHPAD. J'ai travaillé avec elle en observation le premier vendredi, puis en co-thérapie jusqu'à fin septembre, puis elle m'a proposé de réaliser mes propres prises en soin seule. Nous travaillons donc séparément mais elle m'aide dans l'élaboration clinico-théorique et nous échangeons autour des séances et des difficultés éventuelles rencontrées. Dès septembre, l'observation de troubles du comportement chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, lors d'ateliers pâtisserie à l'unité de vie protégée (UVP)⁴ notamment, m'a beaucoup questionnée. Puis plus spécifiquement la question de la copromanie m'a interpellée. Dès octobre j'ai donc commencé à réaliser des entretiens auprès des soignants et autour de moi plus généralement, puis à rencontrer les personnes âgées atteintes de ce trouble du comportement afin d'essayer d'en comprendre quelque chose.

² Les mots ou expressions suivi(e)s d'une étoile (*) sont définis dans le glossaire cf. *supra.*, p. 6.

³ On peut parler de prise en charge ou de prise en soin pour définir l'accompagnement thérapeutique ou rééducatif d'un patient.

⁴ Unité spécialisée dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

III. La démarche de recherche

1) Déroulé de ma réflexion aboutissant au projet de recherche

Comme expliqué en introduction, le projet de la recherche est né de mon interrogation : pourquoi ces personnes manipulent-elles leurs excréments ? Je souhaite vous expliquer plus en détail mon cheminement de pensée. Pour répondre à cette question du pourquoi, mais aussi à « qu'est-ce que c'est, cela a-t-il un nom, cela a-t-il déjà été étudié, est-ce répandu ? », je me suis tournée vers la littérature, des professeurs de l'IFP (Institut de Formation en Psychomotricité), mais aussi des camarades stagiaires en EHPAD. J'ai ainsi découvert que ces comportements pouvaient s'observer dans d'autres EHPAD, mais que c'était un sujet peu discuté en réunion, peu pensé et que hormis la contention* par la grenouillère peu de solutions étaient apportées. J'ai également recueilli grâce à ces échanges et lectures des hypothèses de compréhension du comportement qui, pour la plupart, confirmaient celles que je m'étais faites à partir de mes expériences cliniques en stage et ma formation à l'IFP. Parmi elles, certaines notions m'ont semblées primordiales dans la compréhension de la copromanie : la sensorialité et particulièrement le toucher, la proprioception*, le besoin de contrôle, d'expression, d'être acteur, en mouvement, de se sentir vivant, de la trace, et de créer. Le dedans et le dehors et donc l'enveloppe, les limites du corps, l'espace et la distance entre soi et l'autre, l'agressivité, et la relation sont également des concepts qui m'ont semblé primordiaux dans l'étude de ce comportement.

Ces hypothèses m'ont amené à penser de manière assez intuitive d'abord, qu'il devait y avoir un lien entre la copromanie et la psychomotricité, et que notre rôle à jouer en tant que psychomotriciens ou futurs psychomotriciens dans l'accompagnement de ces personnes était primordial. Je repère dans le même temps sur les réseaux sociaux, dans les groupes dédiés aux psychomotriciens que certains postent des messages sur ce sujet pour essayer d'obtenir de l'aide, des conseils auprès de collègues mais que peu de réponses sont apportées. Je me demande alors comment aider ces personnes atteintes de copromanie et les équipes démunies face à ce comportement. J'avais devant moi un problème sans solution trouvée et qui m'intéressait, je me suis donc dit, pourquoi ne pas tenter par moi-même de trouver des éléments de réponse. C'est ainsi qu'est née l'idée de réaliser une recherche, construite à partir d'éléments théoriques existants mis en liens, de clinique psychomotrice et de divers outils méthodologiques de recherche, dans le but de répondre aux objectifs suivants :

- Réaliser un écrit qui rassemble (en partie) les données existantes de la théorie, et la clinique concernant la copromanie, pour aider les professionnels qui y sont confrontés.
- Trouver d'autres moyens que la contention pour empêcher ou diminuer la copromanie.
- Montrer l'intérêt de la prise en charge psychomotrice auprès des personnes âgées ayant des troubles du comportement, et plus précisément des personnes atteintes de copromanie.

Pour cela j'ai élaboré un programme de recherche, en voici le déroulé temporel :

Septembre-Octobre :

Découverte du lieu de stage, naissance du questionnement, échanges autour du sujet avec les professeurs, stagiaires et psychomotriciens en EHPAD.

Novembre-décembre :

Entretiens avec les soignants concernant l'étude de la copromanie à l'EHPAD puis rencontre avec les résidents atteints de copromanie.

Janvier à Mars :

Passation des bilans psychomoteurs, élaboration des projets thérapeutiques puis prise en charge psychomotrice. En parallèle utilisation de la grille d'évolution de la copromanie.

Avril :

Retest* des bilans psychomoteurs, entretiens de fin d'étude avec les soignants, recueil des grilles d'évolution de la copromanie et analyse des données.

2) Les outils méthodologiques utilisés

J'ai utilisé pour réaliser cette recherche quatre outils méthodologiques principaux : l'entretien semi-directif, l'observation participante, la grille d'évolution du comportement et le bilan psychomoteur. L'usage de tels outils est obligatoire dans un mémoire de recherche car ils sont en partie garants de son objectivité et de sa rigueur scientifique.

L'entretien semi-directif (annexe I, p. I) est un entretien comprenant des questions ouvertes, préparées à l'avance en fonction du projet de recherche. Il est assez libre et permet ainsi à la réflexion de s'ouvrir en fonction des réponses de la personne questionnée. Le but est ici d'approcher « *le discours des acteurs* » (Marcel J-F., 2002, p 152). L'entretien semi-directif permet donc de collecter des données qualitatives précises sur des éléments ciblés à l'avance mais également d'étayer ce recueil en

apportant des informations qui échappent à la réflexion de l'enquêteur. Durant les entretiens, je note mot pour mot les dires des personnes interrogées afin de permettre une retranscription des informations la plus exacte possible. Dans la présente recherche, les entretiens sont réalisés avec des soignants (aides-soignants majoritairement), l'objectif est de recueillir des informations sur la copromanie à l'EHPAD afin de mieux comprendre le comportement, le type de personnes âgées qu'il concerne et de cibler mes futurs patients pour les prises en charge.

L'observation participante est une méthode utilisée par le chercheur qui est en immersion sur le terrain. Je l'ai utilisée durant les séances de psychomotricité afin d'être la plus précise et objective possible dans mes observations. Le but est d'être acteur, pleinement disponible, tout en observant minutieusement chaque détail de la situation vécue. Je trouve cette méthode d'autant plus utile avec des patients très peu verbaux et apathiques* car elle permet une écoute de soi et de l'autre et une observation fine. Cet outil facilite ainsi la compréhension de ce qui se joue durant la séance. Rapidement après la fin de l'observation, l'enquêteur doit noter l'ensemble de ses observations en essayant de préciser autant d'éléments que sa mémoire lui permet. Ces derniers sont commentés, « à chaud » ce qui constitue une première « *analyse spontanée* » de l'activité. (Marcel J-F., 2002, p 161). Vous trouverez un exemple de grille d'observation participante en annexe II, p II.

Le troisième outil utilisé est la grille d'évolution de la copromanie (annexe III, p. V). C'est un outil que j'ai créé moi-même pour me permettre de récolter des éléments concernant l'évolution du comportement au cours du temps. Il se présente sous la forme d'un tableau à double entrée avec en ordonnée les jours du mois et abscisse les données relatives à la copromanie. Je souhaite observer plusieurs choses grâce à cet outil : d'abord si le comportement se manifeste toujours sous la même forme, à la même heure, ou non, ensuite si les données de l'environnement et de la vie quotidienne de la personne peuvent influencer la survenue du comportement. J'aimerais notamment observer si au fur et à mesure de la prise en charge psychomotrice, une évolution notable dans la survenue du comportement est observable ; par exemple une diminution de sa fréquence ou une absence du comportement les jours suivant la prise en charge. Chaque grille est affichée dans le poste de soin ou dans le « cahier des selles » en fonction des unités et elle est remplie par le soignant s'occupant de la toilette du résident concerné.

Enfin, le bilan psychomoteur est un outil indispensable au psychomotricien. Il est un moyen de rencontre avec le patient et un premier engagement dans le processus thérapeutique. Il permet d'évaluer par des tests standardisés ou non les compétences

psychomotrices du patient sur lesquelles le professionnel pourra s'appuyer durant la prise en charge, et les troubles psychomoteurs sur lesquels il sera nécessaire de travailler. Il donne des informations à la fois qualitatives et quantitatives sur le patient. Dans le cadre de la recherche, il sera un outil précieux pour la compréhension du fonctionnement global des patients et de la survenue du comportement copromaniaque, mais aussi pour l'élaboration des projets thérapeutiques, et pour évaluer en fin de prise en charge l'efficacité de cette dernière lors de retest.

3) Méthode scientifique et points de vigilance

a) Méthode scientifique utilisée

La méthode de recherche utilisée ici est la méthode expérimentale. Elle a été décrite et développée notamment par Claude Bernard⁵, médecin et physiologiste français du XIXe siècle. Elle est utilisée en médecine mais aussi en sciences de la nature, sciences humaines et sociales lorsque la question que se pose le chercheur est sans réponse effectivement connue. Elle consiste alors à penser et à créer un type d'intervention expérimentale pour essayer d'y répondre. La méthode utilisée est alors la suivante : observation, interrogation, théorisation, formulation d'hypothèses, expérimentation, analyse, puis conclusion avec réponse aux hypothèses posées.

La recherche peut être à conclusion positive, c'est le cas si l'hypothèse posée au début est validée, ou négative si l'hypothèse est infirmée. Dans les deux cas l'étude apporte de nouveaux éléments de réponses à la question de départ et fait avancer la recherche concernant le sujet en question. La réponse apportée en fin d'étude peut alors être d'ordre générale, si une étude globale avec un échantillonnage assez important a été effectuée ; ou spécifique au contexte précis dans lequel a été réalisée l'étude, comme c'est le cas dans la présente étude. Le plus souvent, la conclusion de la recherche permet d'affirmer certaines hypothèses, d'en infirmer d'autres, et en laisse certaines en suspens car elles nécessitent davantage d'exploration. Elle ouvre également de nouveaux champs de réflexion.

La recherche présente comprend également une phase de type exploratoire, qui consiste à effectuer des entretiens⁶. Cette phase peut constituer à elle seule un programme de recherche - comme lors d'études ethnographiques par exemple - ou

⁵ Je vous invite à lire *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865) ou encore *Principes de la médecine expérimentale* (1867).

⁶ Premier outil méthodologie décrit cf. *supra*, p. 17.

bien servir à recueillir des données utiles à la recherche expérimentale qui va suivre, comme c'est le cas ici.

Enfin, la médiation psychomotrice utilisée pour la réalisation de cette recherche sera le toucher terre. L'objectif sera donc d'observer si cette médiation est pertinente et efficiente auprès des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs majeurs et pour la réduction de leur comportement copromaniaque.

b) Pour une scientificité garantie : la nécessité d'une vigilance et d'une remise en question constante

Avant de commencer une étude, il est bien de se poser la question de la légitimité de celle-ci. Ici, la recherche vise finalement à essayer de diminuer, voire de faire cesser un trouble du comportement : la copromanie. Je me suis alors demandée pourquoi vouloir stopper ce comportement, ne serait-ce finalement pas pour soulager les équipes avant tout alors que notre travail est plutôt d'aider les patients. Une autre questionnement a été : quelles sont les précautions à prendre lorsque l'on veut modifier un trouble du comportement. A la première question je réponds qu'il est nécessaire de penser avant tout au bien-être du patient. En mettant à sa disposition un espace sécurisé où il pourra rejouer ce qu'il recherche (consciemment ou non) dans la copromanie et en répondant à ses besoins psychomoteurs, le but est avant tout de l'aider lui. L'idée est que les bénéfices de la prise en soin s'observent au quotidien et bénéficient donc également aux équipes soignantes en charge des résidents. Pour répondre à la deuxième question maintenant, avant de vouloir modifier le comportement copromaniaque chez les personnes concernées, il a fallu écarter une cause somatique, s'assurer que les besoins physiques primaires étaient satisfaits et la douleur chronique aiguë soulagée. Il a également été nécessaire de repérer le lieu de survenue, le moment, l'environnement et les événements précédant le trouble afin de vérifier toutes les étiologies* possibles, et l'existence éventuelle d'une solution plus simple pour faire cesser le comportement.

D'autres questions se sont posées, notamment celle de la subjectivité qui est toujours présente lors d'une étude sur les humains et réalisée par des humains. La méthode scientifique et les outils méthodologiques notamment permettent une certaine objectivité, même s'ils ne peuvent la garantir complètement. Les réponses recueillies lors des entretiens semi-directifs par exemple, dépendent forcément en partie du point de vue et de la subjectivité de la personne interrogée. Pour pallier à ce biais j'ai donc multiplié les personnes interrogées et croisé les réponses recueillies.

Par ailleurs, concernant la grille d'évolution de la copromanie⁷, il aurait été intéressant de la mettre en place sur le terrain avant le début de l'intervention, afin de pouvoir comparer l'avant-après ; cependant cela n'a pas été réalisable, j'ai donc pris soin d'interroger les équipes chaque semaine concernant l'évolution de la copromanie des patients, en amont du début des prises en charge. Selon elles, la fréquence du comportement était stable depuis plusieurs années, avec cependant une diminution lors des périodes de grande fatigue. Un autre problème rencontré concernant la fiabilité de la grille d'évolution de la copromanie, a été le port quasi-constant d'une grenouillère pour une des patientes de l'étude. La contention empêche de réaliser le comportement, difficile donc de mesurer son évolution... Proposer aux soignants de l'enlever pour la réalisation de l'étude n'a pas été envisageable tant le comportement était récurrent et gênant, c'est d'ailleurs pour cela que j'ai décidé malgré tout de prendre en soin cette résidente, et d'observer alors si le comportement survenait ou non les rares jours où elle ne portait pas de grenouillère.

Trois autres questionnements sont nés, concernant l'impact de la prise en soin psychomotrice sur le comportement copromaniaque et l'évaluation de cet impact. Premièrement, on peut se demander : si une diminution du comportement est observable, pourquoi serait-elle due à la prise en soin psychomotrice plus qu'aux autres traitements ou événements de la vie du patient. D'abord, car aucune prise en soin autre que psychomotrice n'a été débutée durant le temps de cette étude, elles préexistaient donc alors que le comportement était stable. Ensuite, l'étude consistera en effet à essayer de mettre en lien l'évolution de la copromanie des personnes avec la prise en soin psychomotrice, mais aussi avec les différents événements de la vie de la personne qui pourraient influencer sur l'apparition du comportement. Enfin, la modification d'un comportement est toujours plurifactorielle, on ne pourra donc pas attribuer son évolution à la psychomotricité seule, mais essayer de déterminer si elle peut y contribuer. Nous pourrions ainsi déterminer si une prise en soin psychomotrice hebdomadaire de quarante-cinq minutes comme proposé ici suffit pour aider à la réduction du comportement, ou poser l'hypothèse qu'une fréquence plus élevée serait recommandée.

Enfin, la faible durée de l'étude pose également question. On peut se demander si elle ne sera pas de trop courte durée pour pouvoir observer des résultats, d'autant plus que l'étude est réalisée en gériatrie, et que l'on sait combien l'évolution peut prendre du temps dans ce cadre. Cette question se pose aussi car la modification d'un comportement est souvent lente et difficile, surtout s'il est inscrit depuis de nombreuses

⁷ Troisième outil méthodologie, décrit cf. *supra*, p. 18.

années. Cette étude est donc un test, qui tentera de répondre à toutes ces questions, mais également et avant tout un outil pour penser cette clinique à la fois sur le plan théorique et thérapeutique, qui dispose pour l'instant de peu d'écrits.

IV. Théorie sur le sujet

Maintenant que tous les jalons sont posés, il est temps d'entrer dans le vif du sujet, en commençant par l'étude des théories existantes sur la copromanie, afin d'en déterminer les enjeux principaux et de penser la clinique présentée secondairement.

1) La copromanie

a) Définition et étymologie

L'étymologie du mot copromanie se compose de deux parties : « copro » est issu du grec *kopros*, signifiant excrément, saleté, et « manie », du latin *mania* qui signifie folie, habitude bizarre. L'étymologie du mot nous renvoie à une définition peu précise du terme, qui signifierait donc « faire des choses bizarres, folles, avec ses excréments ». On retrouve d'ailleurs des définitions différentes du mot en fonction des dictionnaires, parmi lesquelles : « *La copromanie est une tendance vicieuse qui consiste à jouer et/ou à s'enduire avec ses propres excréments* » ; « *plaisir à manipuler des matières fécales* » ; ou encore « *penchant maladif pour les matières fécales* ». On observe ici également le caractère accusateur et négatif associé à ce comportement⁸. A partir des dictionnaires scientifiques⁹ et de ma propre expérience nous pouvons en dresser la définition suivante : la copromanie est un nom féminin désignant la tendance à manipuler ses excréments et à en barbouiller murs, objets, et/ou soi-même.

b) Un trouble du comportement ?

Les deux classifications internationales des maladies les plus usitées, soit le DSM 5 et la CIM 10¹⁰ ne traitent pas de copromanie. J'ai donc dû trouver d'autres sources, afin de classer ce comportement. Selon l'OMS, les troubles du comportement se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur ou du comportement qui ne rentre plus dans les normes ou les croyances culturelles, pour une personne ayant des facultés mentales altérées ou en détresse morale. On voit dès lors que c'est une définition large et complexe, dépendant des représentations socio-culturelles et qui pose la question de la frontière entre le normal et le pathologique. La

⁸ Nous verrons pourquoi cf. *infra*, IV. 1. d), p. 29.

⁹ Notamment le dictionnaire médical de l'Académie de médecine.

¹⁰ DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux ; CIM : Classification Internationale des Maladies.

copromanie étant un comportement n'appartenant pas aux normes socio-culturelles, et s'observant majoritairement¹¹ chez des personnes ayant des facultés mentales altérées, elle peut être définie comme un trouble du comportement.

On retrouve de nombreuses classifications des troubles du comportements en fonction du public concerné, des pathologies ou encore des symptômes. Je vais me centrer sur les troubles du comportement décrits dans le cadre de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées chez les personnes âgées comme c'est le public cible de la présente étude. Ces comportements sont liés aux troubles cognitifs, et peuvent être d'origine somatique, iatrogène, ou secondaires à une pathologie. Ils dépendent grandement de l'environnement, de la relation à l'autre, de la personnalité de la personne, de son mode de vie, et de la satisfaction des besoins de base. La Haute Autorité de Santé (HAS, 2009) classe les troubles du comportement en deux catégories principales : ceux déficitaires ou de retrait (apathie, repli sur soi, dépression...) et ceux qui sont perturbateurs ou dérangeants comme l'opposition, l'agitation, la désinhibition, etc. (annexe IV, p. VI). D'après cette classification, on pourrait définir la copromanie comme un comportement socialement désadapté avec désinhibition.

D'autres classifications existent et permettent de préciser cette appellation. Pour désigner ces troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et autres syndromes démentiels* apparentés, le terme de Symptômes Psycho Comportementaux dans les Démences (SPCD)¹² proposé par l'International Psychogeriatric Association (IPA) est majoritairement usité. On parle aussi de symptômes neuropsychiatriques. Ils sont des troubles non cognitifs présents dans les démences dès le début de la maladie, se manifestant par des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de la personnalité, de l'humeur ou du comportement. Ils augmentent avec l'avancée de la maladie et sont classés en cinq groupes de symptômes : les troubles affectifs, émotionnels et de la motivation, comportementaux, les manifestations psychotiques, et les troubles des conduites élémentaires*. Selon cette classification, la copromanie en tant que conduite régressive, appartiendrait aux troubles des conduites élémentaires.

La dernière classification que je souhaite vous présenter est celle de Jean-Claude Montfort, docteur en médecine et neuro-psycho-gériatre. Il a créé l'Échelle des Personnes Âgées Difficiles et qui Épuisent (annexe V, p. VII), questionnaire permettant

¹¹ Une nuance sera justement apportée à la page suivante afin de trouver une définition incluant toutes les personnes copromaniaques.

¹² Pour davantage d'informations concernant les SPCD, je vous renvoie à l'ouvrage collectif suivant : David, R. (dir.) (2014). *Alzheimer et états comportementaux. SPCD*. Paris : Dunod.

d'évaluer les SPCD, mais aussi de mieux les comprendre, et dans lequel il donne des conseils pour accompagner les personnes atteintes en fonction du résultat obtenu. C'est la seule classification que j'ai trouvée qui cite la copromanie. Elle comprend une case « étale ses excréments », appartenant à l'item « acte déconcertant, de la sphère anale », et classé comme étant le trouble du comportement le plus fort de cet item. L'échelle précise que lorsqu'un tel résultat est obtenu, il faut privilégier la prise en charge par les médiations et notamment l'art-thérapie. Cette donnée confirme donc l'utilité de la psychomotricité auprès de ces personnes et va dans le sens de l'intuition que j'ai eue de leur proposer une médiation artistique.

La copromanie peut également être classée comme étant une conduite régressive. La régression est le fait de retourner à un stade antérieur du développement ou de la vie libidinale. Dans le cas de la copromanie, la régression est pathologique et inconsciente. On peut également parler de conduite archaïque, au sens psychanalytique du terme, pour décrire « *un certain mode de fonctionnement psychique ancien ontogénétiqnement et qu'on peut qualifier d'originel. Le plus souvent, c'est la référence temporelle qui revient* ». (E. Pireyre, 2015, p 215). En effet, la copromanie peut s'observer chez les enfants entre deux et quatre ans environ, elle n'est alors pas considérée comme pathologique et fait partie du développement normal de l'enfant. Elle correspond à la période du stade anal¹³ décrit par S. Freud et coïncide avec la période d'apprentissage de la propreté. Dans ce cas, la copromanie n'est pas un trouble du comportement, le terme de conduite régressive convient donc davantage pour parler de copromanie au sens large.

c) Les personnes atteintes de copromanie et le syndrome démentiel

Dans sa définition de la copromanie, le dictionnaire médical de l'Académie de médecine précise qu'elle est banale chez l'enfant et qu'elle peut être due à l'incontinence sphinctérienne chez les personnes présentant des troubles physiques et mentaux importants, déficiences profondes, démences ou les personnes très âgées. En effet, dans la littérature on peut lire que la copromanie se retrouve chez certaines personnes déficientes intellectuelles profondes, polyhandicapées, atteintes de pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie, les troubles du spectre autistique (TSA) sévères, ou encore les démences, ainsi que chez le jeune enfant ordinaire*.

Dans la présente étude, le public cible est les personnes âgées. Celles que j'ai rencontrées et qui étaient atteintes de copromanie présentaient toutes un syndrome

¹³ Description de ce stade cf. *infra*, Partie 1. IV. 2. c), p. 34.

démontiel de type Alzheimer ou apparenté, diagnostiqué ou suspecté. Voici donc un peu de théorie concernant ces personnes. Selon l’OMS, le vieillissement est un « *processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l’organisme résultant du passage du temps* ». Pour D. Le Breton (2008, p 214) « *la vieillesse et d’abord un sentiment* », elle ne se sent pas, elle semble étrangère, puis « *seule la dernière goutte fait déborder le vase* ». C’est souvent soudainement, suite à la prise de conscience qu’une action quotidienne n’est plus réalisable que la personne se sent vieille. Il y a alors rupture avec la vie antérieure, les patients nous parlent d’ailleurs souvent de la vie « d’avant » et de la vie « d’après ». Théoriquement, il existe trois types de vieillissement. Le vieillissement est dit « réussi », lorsque la personne maintient ou augmente ses capacités cognitives malgré l’âge.

On parle de vieillissement normal ou en bonne santé lorsque la personne ne présente pas de pathologie, notamment lorsque ses capacités cognitives restent relativement préservées. On observe cependant une dégradation normale des capacités physiques et mentales et des altérations biologiques, moléculaires et cellulaires. Sur le plan psychique la personne devient plus vulnérable car son narcissisme se fragilise et car elle est moins en lien avec l’autre, du fait de la perte de certaines capacités et des nombreux deuils qu’elle a vécus. En plus de la perte des personnes aimées, la personne âgée doit faire le deuil de l’idéal du moi. C’est le deuil du moi immortel, jeune, fort, en bonne santé, aimé et aimant, et en relation. D. Le Breton (2008, p 210) explique que la vieillesse « *rappelle la fragilité et la précarité de la condition humaine* » et que « *le travail du vieillissement est évocateur d’une mort faisant son chemin sans qu’il soit possible de l’endiguer* ». C’est donc une période de crise identitaire, mais aussi une période de bilan de sa vie passée, avec ses bons mais aussi ses mauvais souvenirs, voire ses traumatismes non assimilés qui peuvent refaire surface.

Dans le cadre du vieillissement pathologique, on retrouve le syndrome démentiel. Selon l’OMS, et en référence à la CIM 10, « *la démence est une altération progressive de la mémoire et de l’idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités et la vie quotidienne* ». Cette dégradation doit s’observer durant au moins six mois et être associée à une altération d’une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, abstraction, praxies*, gnosies*, ou à des modifications de la personnalité. La démence entraîne également des troubles du comportement. Les altérations doivent être progressives, continues et irréversibles. La maladie d’Alzheimer est un syndrome démentiel. Le DSM 5 (2013) en précise les critères diagnostics. Pour parler de démence, un trouble neurocognitif majeur doit être diagnostiqué. La personne doit présenter une amnésie* et un déclin majeur dans au moins un autre domaine cognitif.

Ces troubles doivent être objectivés par des observations cliniques et un test standardisé, comme le MMSE¹⁴. Une étiologie génétique par mutation est également recherchée en fonction de l'histoire familiale et des tests génétiques. En fonction des résultats une maladie d'Alzheimer « probable » ou « possible » peut être diagnostiquée.

L'étiologie de la maladie d'Alzheimer est multifactorielle. Les causes exactes de sa survenue sont encore à ce jour inconnues. Elle s'explique en partie par une mauvaise expression de certains gènes, qui entraîne une peptidopathie ainsi qu'une protidopathie. Le peptide β -A4 amyloïde est dysfonctionnel ce qui entraîne des dépôts de plaques amyloïdes entre les neurones et donc leur mort. Un autre dysfonctionnement s'observe au niveau de la protéine Tau phosphorylée, ce qui entraîne une dégénérescence neurofibrillaire. Cette perte neuronale double au niveau cortical s'observe d'abord au niveau hippocampique*, puis s'étend au reste du cerveau.

On distingue ainsi trois stades dans la maladie. Selon la HAS (2011) ils se définissent ainsi : stade léger pour un score au MMSE supérieur à 20, stade modéré entre 10 et 20, stade sévère si le résultat est inférieur à 10. Cliniquement, on peut observer au stade léger des troubles de la mémoire et des fonctions exécutives*, des troubles anxio-dépressifs et des SPCD (Symptômes Psycho Comportementaux dans les Démences) tels que des troubles émotionnels et de la motivation. Au stade modéré la personne possède le plus souvent une amnésie, agnosie, apraxie et une aphasie globale, une altération croissante des fonction exécutives et notamment du jugement et une désorientation temporo-spatiale. Le retentissement sur la vie quotidienne est majeur, la dépendance quotidienne est partielle voire totale. C'est souvent une cause d'institutionnalisation. On observe davantage de SPCD avec en plus des troubles affectifs, de l'agitation, de l'agressivité et des troubles des conduites élémentaires. La copromanie peut s'observer au stade modéré ou sévère. Les résidents que j'ai rencontré lors de cette étude ont un syndrome démentiel au stade modéré.

Au stade sévère, les personnes présentent une déstructuration complète des facultés cognitives et une désorganisation (désorientation, désadaptation et déstructuration) spatio-temporelle. La personne peut être en relation mais la communication devient difficile, elle présente des troubles de la perception et des troubles somatiques graves. Une apathie massive et des conduites régressives s'ajoutent souvent aux autres SPCD. La personne est alors totalement dépendante. Selon de nombreux auteurs, le retrait relationnel et l'apathie seraient un mécanisme de défense. Partant psychologiquement en restant vivante physiquement, la personne

¹⁴ Mini Mental State Examination. Test neurocognitif développé par Folstein et al. en 1975.

réalise ainsi un compromis entre l'envie de quitter ce monde et cette vie réelle si difficiles à accepter, et, l'envie de vivre.

Il faut noter que l'origine de la maladie d'Alzheimer n'est pas seulement neurologique. En effet, dans le vieillissement normal, et surtout chez les personnes très âgées, les mêmes lésions neuronales que celles décrites plus haut s'observent, sans qu'il y ait pour autant apparition de symptômes. Selon P. Charazac (2009, p 11) un autre mécanisme neurologique pourrait être responsable de l'apparition de la maladie. Avec la plasticité cérébrale* et dans un objectif inconscient d'autoprotection, la personne ayant subi de nombreux traumatismes pourrait diminuer ses connexions neuronales afin de détériorer sa mémoire. D'autres facteurs, notamment psychologiques permettent d'expliquer l'apparition des syndromes démentiels. J. Maisondieu (2018) avec sa théorie psychosociale, explique que la maladie pourrait se déclencher via un mécanisme de survie contre l'angoisse de mort. La personne se désorienterait pour se déconnecter de la réalité inacceptable, la folie serait alors un refuge. N. Feil (2005) elle, énonce comme étiologie possible une décompensation survenant lors du bilan de vie vers 80 ans, pour les personnes ayant vécu des évènements de vie difficiles non encore assimilés psychiquement. Pour de nombreux autres auteurs, la maladie d'Alzheimer n'existerait pas et appartiendrait au vieillissement normal¹⁵.

Maintenant que nous connaissons mieux les pathologies rencontrées chez les personnes copromaniaques, nous pouvons nous demander pourquoi le comportement est en lien avec ces pathologies et non d'autres. Observer la copromanie en psychiatrie, gérontopsychiatrie, dans le cadre du polyhandicap et de la déficience intellectuelle sévère, suppose qu'il existe des caractéristiques communes à ces pathologies prédisposant au comportement. En effet, les personnes atteintes de ces troubles présentent des points communs tels que : des troubles cognitifs importants, des difficultés relationnelles, de communication, d'expression, et de gestion des émotions. Un autre point commun est la problématique des limites psychocorporelles. Ces personnes ont souvent des difficultés d'individuation et de subjectivation, et la sensation d'un moi mal délimité, d'une enveloppe corporelle poreuse. A cela s'ajoute une pauvreté de symbolisation et d'élaboration.

Chez le tout petit aussi toutes ces questions sont centrales, même si on pourrait les formuler autrement, notamment parler en termes d'immaturation et non pas de difficulté ou de trouble. On peut donc présupposer que ces caractéristiques communes

¹⁵ Si ce sujet vous intéresse, je vous invite à lire Whitehouse P., George D. (2012). *Le mythe de la Maladie d'Alzheimer* et Saint-Jean O., Favereau E. (2018). *Alzheimer, le grand leurre*.

ont un rôle dans l'apparition du comportement. Ces hypothèses seront donc à vérifier ultérieurement.

Concentrons-nous maintenant sur la question : pourquoi, sur deux personnes présentant la même pathologie, l'une va développer le comportement copromaniaque et l'autre non ? Certains facteurs personnels interviendraient donc dans l'apparition du comportement. Il semblerait que l'histoire de vie, le caractère de la personne, ses représentations corporelles (notamment son image du corps¹⁶), et sa socialisation puissent influencer sur l'apparition de la copromanie. J. Maisondieu, dans son ouvrage en 2018, fait le lien justement entre ce qu'il nomme « *la fécalisation* » dans la démence et le caractère personnel. Il entend par fécalisation : « *trier le sale et le propre, refaire les lits et nettoyer les sols maculés d'urines et de crottes* » (p 289). Il explique qu'il a pu observer que les personnes qui allaient « *le plus loin dans le gâtisme* » (p 291) étaient, avant l'apparition de leur maladie, des personnes décrites par leurs proches comme obsessionnelles, travailleuses, disciplinées, voire rigides et cassantes ; attachées à la loi, calculatrices plus que généreuses, et ne comptant que sur elles-mêmes. Autant de traits de personnalité à travers lesquelles l'analité¹⁷ triomphe, et qui explique leurs difficultés dans la démence à accepter de ne plus contrôler, de devenir davantage passives et dépendantes de l'autre. Il fait donc un lien entre copromanie et analité, nous y reviendrons plus tard. Sa théorie m'a permis de faire des liens en stage, avec des résidents que j'ai rencontrés, notamment avec Mme T et Mr H, que je vous présenterai plus tard. En effet, ces deux résidents copromaniaques avec qui j'ai travaillé dans le cadre de cette étude, se décrivent et sont décrits comme ayant les traits de caractères cités par J. Maisondieu.

Ce dernier émet l'hypothèse que ces personnes qui étaient dans une maîtrise de leur corps, un corps jadis instrumentalisé, mais devenu défaillant, incontrôlable, sont désormais dans un désir de le détruire. L'apparition des troubles sphinctériens et de la copromanie répondrait alors à ce désir de destruction d'un corps inutile, dont la dégradation est insupportable. Ce comportement, au même titre que d'autres ou que les syndromes démentiels pour certains auteurs, serait un ultime mécanisme de survie. On pointe du doigt ici toute l'ambivalence présente chez ces personnes : détruire le corps pour survivre, le mettre à distance dans une opération de dissociation corps-psyché tout en essayant de le réunifier, et enfin rejeter l'autre tout en l'appelant au

¹⁶ Terme d'origine psychanalytique regroupant un ensemble de concepts, qui désigne la représentation, majoritairement inconsciente que l'on a de nous-même en relation aux autres et au cours de la vie. Il sera développé en détail cf. *infra*, IV. 3. c), p. 41.

¹⁷ Ensemble des caractéristiques psychologiques du stade anal décrit par S. Freud. Il est dit qu'elle triomphe ici car le contrôle et le pouvoir prédominent dans les traits de caractère décrits, tout comme durant la phase anale.

secours. Nous allons étudier en détail ces mécanismes psychiques afin de mieux comprendre ce qui est en jeu dans le comportement pour ces personnes, mais avant, interrogeons la notion du « sale ».

d) Le sale

Pourquoi parler de la notion de sale ? Car connaître les définitions, représentations et la symbolique de ce qui est nommé « sale » dans notre société, va être précieux pour comprendre le comportement copromaniaque et ses enjeux. Selon le dictionnaire Larousse, est sale « *ce qui est considéré comme impur, dégoûtant, ou qui offense la pudeur par son caractère obscène* » ou encore « *méchant, nuisible, désagréable* ». C'est donc un terme subjectif. Le rapport au « sale » et son attribution dépendent des représentations de chacun liées à son histoire personnelle, à son éducation, et à la société dans laquelle il vit.

En France, les selles sont généralement associées à quelque chose de sale. Mais pourquoi, et qu'est-ce que les excréments ? Selon le dictionnaire Larousse, l'excrément est une « *matière évacuée du corps par les voies naturelles, et particulièrement les résidus solides de la digestion évacués par l'anus* » ayant pour synonymes : déjection, excrétion, selle. D'un point de vue physiologique, les urines ont pour fonction de sortir hors de l'organisme les substances toxiques, alors que les excréments sont les substances non digérables par l'organisme (fibre, déchets métaboliques, etc.). D'un point de vue biologique, les urines d'une personne en bonne santé sont normalement stériles, alors que les excréments peuvent contenir des germes ou des parasites potentiellement infectieux, et, certaines maladies se transmettent par les selles. Voilà peut-être un premier élément pouvant expliquer notre répulsion pour les excréments, et leur association au « sale ».

J. Maisondieu (2018, p 294), nous offre un éclairage socio-psychologique¹⁸ de cette notion : « *alors qu'il est encore tout jeune, en même temps que la propreté lui est inculquée, l'être humain découvre que son corps fabrique des déchets dont il n'a pas lieu d'être fier* ». En effet, on lui demande de s'en débarrasser. La défécation serait en cela une épreuve purificatoire dont le message est : « *pour être aimé [de sa mère] et en relation il faut se débarrasser de la souillure* ». L'enfant doit alors faire le deuil du corps rêvé, idéal, inaltérable, ne produisant pas de déchet ni aucune autre chose périssable, pour préserver le corps propre et la relation. Selon J. Maisondieu, c'est ainsi qu'on inculque à l'enfant, dès tout petit, la science du propre et du sale, du bien et du mal, le

¹⁸ Si ce sujet vous intéresse, je vous conseille la lecture de G. Vigarello. (1987). *Le propre et le sale* et de D. Beresniak. (2001). *Poursuivre*.

sale étant le mauvais et le propre étant associé au bien. La copromanie pourrait alors être comprise comme une difficulté à faire le deuil d'un corps idéal et impérissable, la volonté de garder ce qui vient de soi, sa création première ; mais aussi comme une opposition à l'autre et une mise à distance relationnelle.

Comme nous l'avons dit, les excréments sont une substance non digérée, assimilée par l'organisme et qui est rejetée. D'un point de vue psychologique, on peut voir les selles comme une substance venant de l'extérieur, que la personne a tenté d'assimiler mais sans y parvenir. Je fais ici le lien avec les fonctions d'assimilation et d'accommodation à l'environnement dont parle J. Piaget dans sa théorie du développement psychologique. L'assimilation permet le développement du moi, construisant l'interface entre dehors et dedans. Chez les personnes âgées atteintes d'un syndrome démentiel, le moi est défaillant dans sa fonction interne (psychisme, enveloppe, identité...), comme externe d'assimilation et d'adaptation à l'environnement. La copromanie peut être pensée comme une tentative de maîtrise de ce qui vient de l'extérieur et qui n'a pas pu être assimilé, mais aussi des conflits intrapsychiques* non « digérés ». Les excréments sont aussi de la matière en lien avec le moi, et peuvent être considérés pour certaines personnes comme appartenant au moi. Dans certaines pathologies, et notamment chez les personnes atteintes de copromanie il peut ainsi y avoir une confusion entre le contenant et le contenu. Les selles seraient alors une partie du corps, et leur manipulation peut être entendue comme une tentative de maîtrise du corps, de conservation et de réunification du moi.

Une autre représentation inconsciente des fèces, selon S. Freud (1908), serait leur valeur monétaire. M. Guiose (2018), explique que bien avant que les psychanalystes ne s'intéressent à la symbolique des excréments et ne le théorisent, il existait des contes parlant des excréments. Ceux-ci¹⁹ témoignent bien de la représentation des fèces dans l'inconscient collectif : ils seraient un cadeau, quelque chose de précieux, qui a de la valeur. Ils permettraient donc de monnayer, de négocier ou encore d'offrir. En psychanalyse, les fèces renvoient plus largement au stade anal et ainsi aux notions de : don, pouvoir, maîtrise, punition, jeu et relation. Je les détaillerai plus largement dans la partie suivante.

Enfin, dans nos sociétés, le sale et les excréments renvoient à la notion de l'interdit et de la règle. En effet, il est prohibé de déféquer où bon nous semble, certaines règles d'hygiène sont inscrites dans la loi, et pour être intégré socialement il

¹⁹ La légende de l'empereur Vespasien « *l'argent n'a pas d'odeur* » ; Le conte *Peau d'âne*, l'âne trésorier qui déféquait des pièces d'or.

faut être propre. Manipuler les selles c'est donc également s'opposer à ses normes, se positionner et dire non. C'est donc à la fois exister en tant qu'individu, l'exprimer, manifester son désaccord, et s'opposer à la communauté.

Pour finir, étudions la notion de puanteur. La « mauvaise odeur » est issue de l'éducation, des valeurs transmises par les parents et la société à l'enfant. En effet, lorsqu'il est petit, il n'est pas gêné par les « mauvaises » odeurs, il est même attiré par celles-ci et apprécie ses odeurs corporelles. D. Le Breton écrit à ce propos (2008, p 173) « *il n'éprouve aucune répugnance pour les émanations corporelles, il aime jouer avec ses excréments, ses urines, il aime les sentir* ». Il existe donc un « *sens social de l'odorat* », basé sur le refoulement*, source de dégoût et de rejet. La preuve est que lorsque nous sommes seuls, les odeurs corporelles personnelles sont généralement reconnues comme naturelles et intégrées au quotidien. La personne âgée atteinte d'un syndrome démentiel avancé n'est plus (de par le déficit cognitif et frontal notamment, et les remaniements psychologiques) dans ce fonctionnement codifié de normes sociales et éducatives. Peut-être alors que, comme les tous petits, elle se soucie moins de l'odeur « sale » que du fait qu'elle émane du soi, qu'elle est personnelle et constitutive de l'identité.

L'odeur c'est aussi l'intimité et le propre du soi. Remplir un lieu de son odeur (et de matière qui vient de soi) c'est aussi peut-être le faire sien. C'est aussi délimiter le soi, son territoire, d'autant plus que nous le verrons, la copromanie se réalise souvent²⁰ dans la chambre de la personne. Un espace à soi, un « chez soi » serait alors recréé au sein des espaces communs, aseptisés et impersonnels de l'EHPAD. La « bulle olfactive » ainsi formée peut à la fois délimiter, protéger, et éloigner. Elle crée ainsi une deuxième enveloppe corporelle et une deuxième kinesphère*, restaure la distance interpersonnelle et évite l'intrusion. C'est cette odeur repoussante qui, toujours dans cette ambivalence, éloigne l'autre et l'appelle, justement car il « la sent ».

Ces représentations collectives des excréments ainsi que leur lien avec le corps vont avoir une place importante dans la compréhension de la copromanie. Analysons de plus près ce comportement afin de dégager les hypothèses de sa survenue.

2) Hypothèses d'explication de la copromanie

De nombreuses hypothèses d'explication de la copromanie ont déjà été citées précédemment au cours du développement. Certaines concernent spécifiquement la

²⁰ Dans le cadre des observations réalisées dans la présente recherche.

personne âgée atteinte d'un syndrome démentiel, d'autres sont valables pour la copromanie en général. Cette partie va permettre de les récapituler, d'en développer certaines, puis s'attachera à en dégager de nouvelles afin d'apporter un éclairage le plus complet possible sur ce comportement.

Selon le rapport de la HAS de Mai 2009 concernant les troubles du comportement dans le cadre de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, leur origine est multifactorielle. Ils peuvent être déterminés par des facteurs écologiques, liés à l'environnement et à l'entourage, aux aidants et aux professionnels ; des facteurs propres à la personne (somatiques, personnalité) ; et d'autres propres à la maladie (neurobiologiques, cognitifs). Il est précisé que les facteurs de personnalité et du caractère avant la survenue de la maladie, ainsi que les éléments d'histoire de vie du patient sont à recueillir et à prendre en compte dans la recherche de l'étiologie du comportement et sa compréhension. C'est donc ce que nous allons tenter de faire avec les patients que j'ai rencontré lors de cette étude. D'abord, dégageons les hypothèses potentiellement communes aux personnes atteintes de copromanie.

a) Hypothèses déjà sous-tendues dans les parties précédentes

Pour l'instant, nous avons noté que des facteurs personnels tels que l'histoire personnelle, les traumatismes non assimilés, et certains traits de caractère semblaient favoriser l'apparition de la copromanie. Nous avons également remarqué que des caractéristiques du stade anal sont liées au comportement : à ce stade libidinal de leur développement, certains enfants manipulent leurs selles et jouent avec, et, les personnes copromaniaques présentent des traits de caractères anaux. D'autres observations chez ses personnes permettent d'expliquer la copromanie, notamment une tentative de destruction du moi pour survivre, une volonté de garder ce qui vient de soi, de le maîtriser pour se le réapproprier, de l'assimiler. Nous savons également désormais que le comportement s'inscrit dans un besoin de recréer les limites psychocorporelles et spatiales personnelles. Il témoigne parfois d'une opposition à l'autre dans un contexte d'affirmation de soi et de colère à exprimer. Enfin, il présente un enjeu relationnel fort et ambivalent.

b) Hypothèses liées à la maladie et à l'histoire de vie

Je souhaite vous faire part d'un article de recherche nommé *Copromanie et coprophagie* chez les résidents atteints de maladie d'Alzheimer à un stade sévère : de*

l'agir au dire (P. Deboves et al, 2017)²¹. Ils exposent notamment les cas cliniques de deux résidents en EHPAD, Mr L et Mme M, tous deux atteints de la maladie d'Alzheimer. Mr L est décrit comme renfermé et agressif suite à un cambriolage qu'il a vécu lorsqu'il vivait chez lui, et qui l'aurait traumatisé. Ce monsieur étale ses selles tous les matins dans sa chambre sur le lavabo, les murs, et les portes. Les chercheurs émettent l'hypothèse que son comportement, associé à une agressivité lorsque quelqu'un tente d'entrer dans sa chambre, sert à délimiter par ses propres moyens son espace de vie, véritable territoire dans lequel personne ne doit entrer. Le deuxième exemple est celui de Mme M, qui réalise des boules avec ses selles, se promène dans la structure en les gardant précautionneusement en main, mais peut également les jeter par la fenêtre, ou les manger. Les auteurs réalisent un parallèle entre son comportement et sa vie passée. Selon eux, les boules fécales symbolisent sa relation à ses enfants qu'elle a porté, dont elle s'est occupée, puis qu'elle a dû abandonner à la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales). La copromanie permettrait au psychisme de survivre en externalisant par l'agir les conflits intrapsychiques ainsi que les traumatismes et deuils impossibles. L'histoire de vie de la personne serait à la fois un facteur causal de son apparition et un déterminant de la façon dont elle se produit.

L'observation principale dans la démence est la perte de contact avec le réel. Les pertes cognitives altèrent le repérage dans le temps, l'espace, les gnosies, praxies, et les capacités relationnelles. La copromanie serait alors un moyen de garder le contact à l'autre, de communiquer et de pouvoir s'exprimer malgré cette déconnexion. Devant l'impossibilité de symbolisation, la décharge motrice seule serait libératrice. « *Le sujet dément semble avoir recours, de manière primitive, à la médiation par les selles pour dire ce qu'il ne peut plus exprimer par les mots* » (P. Deboves et al, 2017, p 379). F. Dolto (1984) réalise également un lien entre langage verbal et analité. Elle explique que l'accès à la castration symbolique anale²² est nécessaire à l'apprentissage du langage verbal. Le recours à l'analité dans la démence pourrait donc figurer un retour à un moment de la vie où le langage verbal était minime, et où il fallait faire autrement pour s'exprimer.

Une autre perte dans la maladie et que l'on peut relier à la copromanie est celle du contrôle sphinctérien. D'ordinaire, déféquer c'est accepter de laisser du soi au dehors, d'en perdre le contrôle. Selon M. Merleau-Ponty (1976), il se joue lors de cette action, l'acceptation de se vider de quelque chose qui n'entame pas le corps dans ses soubassements identitaires et constructifs. La personne atteinte de copromanie n'a

²¹ Voici une autre étude sur la copromanie si le sujet vous intéresse : Ata T, Tereda S, Yokota O, et al. (2010). Wandering and fecal smearing in people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 22(3) : 493-500.

²² Terme Freudien, relatif à l'acceptation de la perte de la toute-puissance lors de l'acquisition de la propreté à la fin du stade anal.

non seulement plus le choix que d'accepter cette perte, mais elle a en plus une identité et une structuration corporelle fragile. Dans ce contexte, on peut donc comprendre ce besoin de manipuler la matière, contrôlable seulement une fois sortie. Symboliquement, maîtriser son sphincter c'est aussi pouvoir être en relation. En effet, « *le pouvoir, le don, le refus et l'échange sont des notions apprises au petit coin* » (J. Maisondieu, 2018, p 294). La perte du contrôle des sphincters est donc une perte du pouvoir de garder ou de donner, de s'opposer, de montrer qu'on aime, et de se faire aimer. Dans la maladie, la perte du contrôle et des possibilités relationnelles est donc double. La copromanie serait alors une tentative de reprise du contrôle, un moyen de maîtriser à nouveau quelque chose de soi et de la relation à l'autre.

Les répercussions du syndrome démentiel sur les fonctions psychomotrices et les liens avec la copromanie seront évoqués ultérieurement²³.

c) Hypothèses psychanalytiques

Nous avons constaté que de nombreux liens sont possibles entre copromanie et analité. Afin de mieux comprendre la survenue du comportement, je vous propose donc d'étudier le stade anal.

C'est un des quatre stades de développement psychoaffectif humain décrit par S. Freud (1989). Chaque stade comprend une zone érogène et un mode relationnel à l'objet²⁴. D'après S. Freud la qualité du passage par chaque stade va déterminer la personnalité de l'adulte. Le stade anal se déroule de l'âge de dix-huit mois à trois ans, et sa zone érogène, lieu de l'investissement libidinal²⁵ et qui deviendra le lieu de conflits intrapsychiques, est le sphincter, le tube digestif et la peau des fesses. La région rectale est donc une zone qui attire le tout petit, où il éprouve du plaisir, et un lieu d'échange avec l'environnement. Le mode relationnel à l'objet de ce stade est l'emprise relationnelle. En effet, vers deux ans l'enfant va pouvoir commencer à contrôler ses sphincters, il va donc pouvoir choisir de répondre ou non à la demande de propreté des parents. C'est le développement du sentiment de toute-puissance, c'est-à-dire que l'enfant découvre à cette période son agentivité*. Il va pouvoir garder en lui, c'est-à-dire retenir les selles, ou donner, c'est-à-dire les éjecter.

²³ Cf. *infra*, Partie 1, IV. 3. c), p. 41.

²⁴ Ici, l'objet désigne la mère ou son substitut, qui va être investi par la libido. Plus généralement c'est ce en quoi et par quoi la pulsion va atteindre son but.

²⁵ La libido est, selon S. Freud, une énergie non mesurable, appartenant à la vie psychique, et permettant notamment d'expliquer les phénomènes psychosexuels. Selon E. Pireyre (2015) « La libido est donc à l'esprit ce que la pulsion est au corps ».

C'est un stade ambivalent car la rétention peut être à la fois une opposition « je vais tout garder pour moi, je ne veux pas te donner, te faire plaisir » et un cadeau « je me retiens pour faire dans le pot ». L'expulsion, elle, peut être l'expression d'une violence non maîtrisée, et rejetée avec l'évacuation des fèces pour détruire l'objet insatisfaisant dans un mouvement dit sadique-anal (K. Abraham, 1912). Cependant, elle est aussi l'action valorisée par les parents car permettant le don, lorsque celle-ci se fait au bon moment, au bon endroit. L'enfant va ainsi comprendre l'importance des selles et de son action dessus, véritable levier relationnel et communicationnel. La personne âgée atteinte d'un syndrome démentiel et encoprétique* ne peut ni garder pour elle, ni s'opposer, ni donner en cadeau, ni exprimer son agressivité par la contention ou l'expulsion volontaire. La copromanie, en tant que régression au stade anal, serait une tentative de retrouver ces pouvoirs perdus, du fait de la sénescence, de la maladie, et de l'incontinence. Pour finir, le stade anal joue un rôle narcissisant* pour l'enfant puisqu'il lui fait prendre conscience de ses capacités et de son pouvoir sur son corps et sur les autres. Dans un contexte de perte narcissique, la copromanie, comme moyen de réassurance et de réaffirmation de son pouvoir, pourrait permettre une renarcissisation.

Maintenant, tentons de dégager les causes possibles de cette régression au stade anal. Rappelons d'abord que la régression est un retour à une phase antérieure du développement libidinal, se manifestant par la recherche de satisfactions pulsionnelles²⁶ qui ne tiennent pas compte de l'âge réel de la personne (J. Laplanche et J-B. Pontalis, 2002). Je m'attacherai à fournir des explications d'origines diverses, issues de courants psychanalytique, sociologique, neuro-psycho-pathologique et comportemental.

La régression au stade anal, étant du côté de la pulsion de vie²⁷, de la lutte pour la maîtrise, pourrait être une défense contre la dépression. Selon R. Chemama et B. Vandermersch (2009, p 496) c'est pour se « *protéger de frustrations intolérables et retrouver une dimension fantasmatique* » que la personne régresse. Le plus souvent c'est le stade fixé dans l'enfance qui ré-émerge à travers la régression, car il a apporté réconfort et sécurité par rapport au stade suivant marqué par d'intenses conflits. Selon E. Pireyre (2015), certains facteurs psychocorporels favoriseraient la fixation à un stade psychosexuel antérieur. Ils sont au nombre de huit : un sentiment de continuité d'existence atteint, une identité fragile, une enveloppe non contenante, un langage non

²⁶ La pulsion est une force biopsychique inconsciente créant dans l'organisme un état de tension, propre à orienter sa vie fantasmatique et relationnelle, et suscitant des besoins dont la satisfaction est nécessaire pour que la tension diminue.

²⁷ La copromanie est du côté de la vie car c'est un mode de défense et de survie. Notons d'ailleurs que D. Winnicott associe l'agressivité à une « force de vie » chez le tout petit enfant.

verbal prédominant, des seuils émotionnels aberrants, la présence d'angoisses corporelles fortes, une impression que ces patients fonctionnent « comme des bébés » (fonctionnement sous-cortical*), et des préoccupations très archaïques révélées par leur comportement. Notons que les personnes âgées démentes présentent ces facteurs cliniques prédisposants, et qu'il n'est donc pas étonnant de retrouver chez elles des phénomènes de régression-fixation.

Une vision sociologique de la régression est apportée par J. Maisondieu (2018), qui fait un lien avec le rejet des personnes âgées dans la société. La régression permettrait un retour dans le passé, à un âge où le monde et le moi étaient idéaux. Il n'y avait alors pas d'exclusion, de rejet, tout avait de la valeur, elles étaient jeunes, fortes et libres. Selon lui, la régression est une forme de renoncement aux acquis de l'éducation et de la culture, et notamment de la notion d'interdit.

Plusieurs auteurs attribuent une étiologie, au moins en partie, neurologique à la survenue d'un épisode de régression au stade anal. La copromanie serait une conséquence de la désinhibition neurocognitive et comportementale observée dans les démences du fait des lésions neurologiques. Cette levée de l'inhibition entraînant une expression et un comportement désocialisé, presque instinctif, donnerait à voir de la « matière psychique brute ». Le contenu de l'inconscient pourrait alors s'observer par une expression désinhibée de la pulsion anale. P. Deboves et J-M. Vives (2014), ajoutent en s'inspirant du modèle de la théorie de l'involution de Jackson, Ey., que la régression s'observe chez le sujet dément car les structures plus archaïques, seules restantes à la fin, se dévoilent. Cela résulterait de la levée de leur inhibition par les structures du système nerveux dernièrement acquises dans le développement, et donc premièrement atteintes dans la maladie. G. Le Gouès (2000), dans la même idée, explique que la régression structurelle²⁸ observée dans la démence rend la personne observatrice, plus traversée par les pulsions que capable de les canaliser.

Pour terminer, je souhaiterais m'attarder sur la question de l'agressivité au stade anal. Dans nos représentations symboliques inconscientes, l'excrément est associé négativement à quelque chose de dangereux et à la colère. Cela vient du fait que lorsque le tout petit a faim, froid, ou est douloureux, il ressent une émotion négative, notamment de la colère, et qu'en même temps son tonus²⁹ augmente (hypertonie* d'appel), la tension augmente dans tout son corps et comme il n'a pas encore le contrôle de ses sphincters, tout ce qu'il a dans les intestins va sortir par son anus. Ainsi, dès le

²⁸ L'auteur fait ici référence à la régression du moi, de la capacité à être acteur.

²⁹ État de tension des muscles dépendant de la maturation neurologique, des réflexes, de la motricité volontaire, de l'état de vigilance et des émotions.

plus jeune âge, l'être humain va réaliser une association inconsciente entre les déjections (la matière, sa texture, son odeur) et l'émotion de la colère, le mal-être.

On observe effectivement que le comportement copromaniaque est lié à une intense colère des personnes atteintes. On remarque une auto et une hétéro-agressivité. D'abord contre son corps handicapé, que l'on voudrait parfois détruire³⁰. J'ai pu observer cette détestation du corps chez Mr H, qui ne pouvait accepter ses mains plissées et tâchées par le temps, pouvant utiliser des mots très forts pour décrire l'animosité qu'il éprouvait envers son corps. Une intense colère contre les autres est aussi observable chez ces personnes. Les raisons sont nombreuses : institutionnalisation, faible nombre de visites, conflits relationnels ou familiaux, environnement (matériel et humain) inadapté. Parfois, l'hétéro-agressivité peut être issue d'un conflit interne projeté sur l'autre dans un mécanisme archaïque de défense par clivage introjection-projection³¹. Une solution trouvée serait alors d'exprimer sa colère et de la canaliser par un retour anal, où zone et matière du corps sont inconsciemment rattachées à cette émotion négative.

d) Autres hypothèses psychopathologiques

La copromanie pourrait être un moyen de réinvestir corporellement la zone urogénitale et fécale peu stimulée chez la personne âgée. En effet, l'inexistence des rapports sexuels et du contrôle sphinctérien provoque une anesthésie sensorielle de cette zone corporelle, avant source de plaisir. Cette théorie rencontre, celle psychanalytique, qui considère que le stade anal est réactivé par la diminution (le désinvestissement) des stades suivants, phallique et génital, chez la personne.

Une autre hypothèse consiste à considérer la copromanie, au même titre que d'autres troubles du comportement, comme un exutoire à l'angoisse. E. Pireyre (2015), nomme à ce sujet les angoisses archaïques*. Ce sont des angoisses corporelles d'effondrement, de liquéfaction, de morcellement ou encore de dévoration, retrouvées chez les personnes psychotiques, ayant des TSA, atteintes de démence, ainsi que les tous petits. Il explique que l'on observe en clinique dans le cas de ces angoisses, et pour lutter contre elles, des fixations sur des zones corporelles (comme la région anale). Ce serait un mode défensif d'investissement du corps visant à préserver l'image du corps. En plus d'exutoire, ce comportement agi serait un appel à l'aide pour apaiser l'angoisse que le sujet ne peut alléger seul. La personne appelée va ainsi suppléer la défaillance

³⁰ Cf. *supra.*, IV. 1. c), p. 28.

³¹ Mécanisme de défense par lequel la personne met en dedans de soi le bon, et se refuse le mauvais en l'attribuant à l'autre.

de la fonction d'auto-apaisement de la personne copromaniaque, par sa propre capacité d'apaisement et d'élaboration. Elle va prêter à l'autre sa capacité à digérer, par la parole notamment, les éléments bruts inacceptables pour cette dernière. C'est ce que W. R. Bion (1962) appelle la fonction alpha, fonction protectrice de la mère, qui par son appareil à penser, donne du sens au vécu de son bébé.

Pour finir, étudions les hypothèses en lien avec l'approche de la mort. J. Maisondieu (2018, p 187) propose une explication en lien avec l'angoisse de mort « *cette panique psychique née de l'idée insoutenable et irreprésentable de notre propre décomposition corporelle* ». Suivant l'idée de la copromanie comme lutte contre la dépression³², J. Maisondieu l'envisage comme lutte contre l'angoisse de mort. C'est un processus défensif et apaisant, allant à l'encontre du laisser-aller, de l'abandon et de la passivité mortifère. Il écrit : « *sous la pression de l'exécration, la fécalisation est le mécanisme ultime que la psyché met en œuvre dans son incapacité à réaliser l'imposture de l'ordre symbolique et son échec à protéger de la mort* » (2018, p 297). Certaines personnes atteintes de copromanie vont chercher les selles à l'intérieur de leur anus, pour lui, c'est : « *s'arracher la mort des tripes, extraire la pourriture de ses entrailles* » (*Ibid.*). L'objectif poursuivi serait de se détacher du corps mourant, sénile et sale, afin de, et même si cela peut paraître contradictoire, rester digne, propre, et vivant.

Ce même auteur, apporte une autre explication à la survenue de la copromanie, en lien avec le deuil du moi éternel. Le comportement s'inscrirait dans un mouvement transgressif libertaire au vu de la mort qui approche. Ces personnes qui ont toujours religieusement respecté les lois et les règles de bonne conduite, et qui malgré cela sont tombées malades et vont maintenant mourir, voudraient alors se révolter et savourer les choses de la vie qui leur ont été proscrites. Pourtant, la copromanie semble être un comportement involontaire, presque inconscient. En effet, nous allons le voir, la plupart des personnes interrogées sur leur comportement copromaniaque répondent « je ne sais pas », « je ne comprends pas », ou encore « ce n'est pas moi ». Selon J. Maisondieu ces réponses déroutantes ne s'expliquent pas par la détérioration neurologique seule, mais également par le refoulement d'un comportement inacceptable psychologiquement :

« Personne ne pourra admettre l'intentionnalité inconsciente de son inconduite. Chacun, et lui comme les autres préférera penser qu'il n'y est pour rien, que sa main s'est égarée parce qu'il a complètement perdu la tête, non sous l'effet d'un réveil du désir mais à la suite d'une atteinte du cerveau » (2018, p 298).

³² Cf. *supra*, IV. 2. c), p. 35.

La copromanie semble donc être un comportement reflétant une impossibilité à réaliser les deuils liés à la sénescence et à la maladie. Il s'inscrit dans une volonté de se battre pour continuer malgré tout à rester digne, à être écouté, s'exprimer, être en relation, mais aussi contre la dépression et la mort. Ces hypothèses de compréhension sont inspirées d'horizons variés. Je vous propose maintenant d'apporter un éclairage spécifiquement psychomoteur au sujet.

3) Psychomotricité et copromanie

a) Une légitimité à travailler auprès de ces patients

A. Ciccone (cité par B. Robinson, 2014) définit le métier de psychomotricien comme un ensemble de pratiques qui utilisent l'activité corporelle comme médiateur, pour obtenir des effets psychothérapeutiques sur la subjectivité* du patient.

De nombreux psychomotriciens travaillent en gériatrie. Les plans Alzheimer³³ ont établi l'importance de notre travail auprès de ces personnes souffrant de SPCD. De multiples études³⁴, dont le rapport de la HAS (2009), recommandent en première intention les traitements non pharmacologiques, dont la stimulation et le renforcement sensori-moteur, et le travail sur les émotions et la communication, dans la prise en charge des SPCD. Leur impact sur l'anxiété, la dépression, l'agitation, l'agressivité, la déambulation et les troubles du sommeil a d'ailleurs été prouvé³⁵. Le décret de compétence de la profession³⁶, stipule notamment, que le psychomotricien peut utiliser des moyens d'expression corporelle ou plastique, et la stimulation psychomotrice, afin d'agir sur les troubles des régulations émotionnelles et relationnelles, et des troubles de la représentation du corps. B. Aucouturier (1984, p 149), précise d'ailleurs que « *Le psychomotricien est le spécialiste du développement du plaisir sensori-moteur* ».

b) Besoins de base et besoins psychomoteurs

Précédemment, nous avons appris que la copromanie était notamment un mécanisme de survie. De fait, nous pouvons émettre l'hypothèse que les besoins vitaux des personnes atteintes ne sont pas assouvis. Pourtant, leurs besoins physiologiques

³³ Quatre plans pilotés par la HAS : 2001-2005, 2004-2008, 2008-2012, 2014-2019.

³⁴ J-C. Monfort et al. (s. d.), R. David (dir.) (2014), P. Deboves et al. (2017) et The International Psychogeriatric Association.

³⁵ Études de Teri et al., Thomas et al., Clark et al., Gerdner, et Ragneskog et al. in R. David. (dir.), 2014.

³⁶ Disponible sur legifrance.gouv.fr

(respirer, manger, boire, éliminer, etc.) sont comblés. Il existerait donc d'autres besoins vitaux non satisfaits chez ces personnes.

Sont souvent cités dans la littérature³⁷ les besoins : d'estime, d'appartenance, de se sentir sécurisée, utile, et de l'accomplissement de soi. Cependant, ils y sont considérés comme secondaires, bien qu'importants. C'est l'étude des besoins du bébé, et il faudra attendre 1945 avec l'étude de *l'hospitalisme*³⁸, pour découvrir l'existence de nombreux autres besoins primaires, que l'on pourra qualifier de psychomoteurs. En effet, la nourriture affective est un besoin vital pour l'enfant. D. Winnicott (1989), théorise les besoins de *holding* et de *handling* du bébé, qui sont la nécessité d'être porté à la fois physiquement, durant les soins, et psychiquement par la figure maternelle. Pour ne pas mourir, le tout petit a besoin d'être pensé, aimé, touché, et en relation. Cette contenance psychocorporelle va lui permettre de développer sa sécurité de base mais aussi la conscience du moi et de son enveloppe (psycho)corporelle. « *Tout enfant a besoin de se sentir pensé pour s'éprouver pensant. Le « je pense donc je suis » n'advient que dans un « je suis pensé pour être »* » (J-C Cébula, 2009, p 15).

Les besoins sensorimoteurs et d'expérimentation ont également été décrits par de très nombreux auteurs³⁹, dont D. Anzieu (1994, p 12-13) « *il n'y a rien dans l'esprit qui ne soit passé par les sens et la motricité* ». Ils sont indispensables au développement psychomoteur de l'enfant et notamment au développement du moi et de l'intelligence (J. Piaget, 2012 ; H. Wallon, 1963). On peut se poser la question : « *ce qui est vital pour un nourrisson n'est-il pas, à un moindre degré, nécessaire à d'autres âges de la vie ?* » (J-C. Cébula, 2009, p 15). Dans son chapitre *L'angoisse associée à l'insécurité* (1989, p. 198-202), D. Winnicott écrit « *un bébé seul, ça n'existe pas* ». On peut alors se demander : est-ce qu'une personne âgée seule (coupée du monde, peu en relation), mais aussi, avec peu d'expériences sensori-motrices, et peu touchée (au sens du toucher contenant, aimant) ça existe ?

La copromanie serait alors un moyen de faire l'expérience de ces besoins psychomoteurs fondamentaux non assouvis. Ces derniers peuvent être mis en lien avec des items psychomoteurs. Je vous propose donc maintenant de les étudier, afin de dégager ceux qui font défaut chez la personne âgée démente atteinte de copromanie.

³⁷ Pyramide d'A. Maslow (1943). *A Theory of Human Motivation*.

³⁸ Terme théorisé par R. Spitz : graves perturbations psychiques (voire mort) observées chez les nourrissons bénéficiant de soins physiques adéquats mais impersonnels (pas de soins affectifs).

³⁹ A. Bullinger (2004), S. Freud (2011), B. Lesage (2012) ...

c) Les items psychomoteurs concernés

Selon C. Lefèvre (2019), la plupart des troubles observés dans la maladie d'Alzheimer sont des troubles psychomoteurs. Ils sont issus du vieillissement physiologique, des remaniements psychologiques et des pertes cognitives. Les atteintes vont dépendre des zones du cerveau concernées par les lésions neuronales et de leur intensité. Au stade modéré⁴⁰ de la DTA (Démence de Type Alzheimer), on observe toujours une réduction de l'autonomie et une dépendance, c'est-à-dire une baisse des capacités à fois intellectuelles et fonctionnelles.

On observe une amnésie, une altération des fonctions exécutives* et instrumentales*, des troubles émotionnels (difficulté de régulation des émotions, dépression, anxiété) et des troubles du comportement. Les autres troubles majeurs dus aux pertes cognitives dans la démence sont les troubles relationnels et de la communication. Les difficultés de régulation émotionnelle, de langage verbal (aphasie, manque du mot, etc.), et d'élaboration limitent fortement la compréhension, l'expression, et l'entrée en relation. On observe un repli sur soi⁴¹. Chez les personnes copromaniaques, on remarque en plus un besoin de maîtrise de la relation et une ambivalence relationnelle. La perte de contact avec l'environnement est plus globale, puisque ces personnes présentent une désorientation ainsi qu'une déstructuration spatio-temporelle. La perception de l'espace-temps, par contre, reste conservée plus longtemps.

La motricité est également altérée. D'abord, par le processus de vieillissement qui génère : une hypertonie plastique*, une réduction de l'amplitude articulaire, une diminution des réflexes, et une lenteur. Ces limitations sont parfois majorées dans la DTA par une hypertonie d'opposition et une posture en recroquevillement. Cette dernière est une carapace de protection. La posture en enroulement est antalgique et rassurante, elle diminue la sensation de vide, et permet de mieux sentir son corps par la contraction, et car il paraît moins lointain. On peut également observer une agitation psychomotrice ou une apathie motrice. Concernant les praxies, l'apraxie peut survenir tôt ou tard dans la maladie. Elle touche notamment l'écriture, l'habillage, et la toilette (J-M. Albaret et E. Aubert, 2001). La réduction de l'activité entraîne un appauvrissement des informations sensorimotrices, déjà réduites par les déficits sensoriels des pathologies liées à la personne âgée. Cette atteinte des fonctions sensorielles proprioceptives, kinesthésiques*, visuelles, auditives, et

⁴⁰ Je me réfère à ce stade en particulier car c'est celui auquel sont affiliés les sujets de la présente étude.

⁴¹ Également dû à l'insatisfaction des besoins fondamentaux et à la déstructuration du schéma corporel et de l'image du corps.

tactiles⁴² détériore les représentations corporelles des personnes âgées, que sont le schéma corporel et l'image du corps.

Le schéma corporel est le modèle perceptif du corps, permanent mais évolutif. Il comprend la connaissance du nom et de la localisation des différentes parties du corps (somatognosies), de leur agencement, taille, forme, mais aussi des capacités fonctionnelles du corps (souplesse, force, etc.). Il est notre point de référence pour nous situer, nous orienter, et être en relation à l'autre et au monde. Selon F. Dolto (1984), il se différencie de l'image du corps car il est conscient, et environ le même pour les individus d'une même espèce. J. De Ajuriaguerra (1970, p 236), le définit ainsi :

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

Selon lui, c'est le croisement des sensations internes, de la surface de la peau, et du mouvement du corps qui vont permettre la conscience de soi, puis la création d'une représentation de soi. D. Anzieu (1995) accorde une importance toute particulière à la fonction de la peau, qui à travers le toucher, va permettre la première représentation du corps circulaire, constitué d'une enveloppe qui distingue le moi (l'intérieur), du non moi (extérieur). La peau va ainsi permettre l'unification du corps en rassemblant à l'intérieur les différents segments corporels. L'intéroception*, et notamment la proprioception, joue également un rôle primordial dans la structuration de la représentation de soi. Elle permet de sentir le contenu de cette enveloppe, c'est-à-dire l'intérieur du corps. E. Pireyre (2015), inclut d'ailleurs la sensibilité somato-viscérale dans la représentation de soi. Les personnes âgées atteintes de DTA souffrent d'une déstructuration du schéma corporel dans toutes ses dimensions, mais aussi d'une difficulté de perception globale du corps. Le corps est perçu et vécu comme desunifié, voire morcelé, et son enveloppe comme poreuse. Ce défaut de contenance est accentué par la perte du contrôle des sphincters dans l'encoprésie.

Ces représentations pathologiques sont très en lien avec l'image du corps, qui est également défaillante chez ces personnes. C'est un terme d'origine psychanalytique, désignant la représentation inconsciente que l'on a de notre propre corps. Elle est propre à chacun. Elle se construit à partir du schéma corporel⁴³, de la psychologie de

⁴² Le sens du toucher reste intact mais ces personnes sont moins touchées et touchent moins du fait des pertes relationnelles et instrumentales.

⁴³ Certains auteurs regroupent les deux notions (P. Schilder, 1923), d'autres les distinguent (F. Dolto, 1984), d'autres incluent le schéma corporel dans l'image du corps (E. Pireyre, 2015 ; B. Lesage, 2012).

la personne, de ses relations à l'autre et de son vécu. Elle est donc en perpétuel remaniement. Elle est à la fois corporelle et psychique, et est à la base de la construction de l'appareil psychique. E. Pireyre (2015), la nomme *image composite du corps*. Selon lui elle inclut : la sensorialité, la peau, le tonus, l'intérieur du corps, les compétences communicationnelles du corps, les angoisses corporelles archaïques, la continuité d'existence, l'investissement du corps (système psychoaffectif), et les limites corporelles (dont les orifices). Il expose également son interdépendance avec la notion d'identité, tout comme F. Dolto (1984). Cette dernière inclut les stades prégénitaux dans l'image du corps. Pour elle, les différentes sensations et relations vécues durant les stades oral et anal seraient mises en mémoire de manière inconsciente afin de former *l'image inconsciente du corps*. Le retour au stade anal dans la copromanie s'opérerait pour combler cette image déstructurée.

E. Pireyre propose une explication psychanalytique de la défaillance de l'image du corps dans la démence et la vieillesse. Selon lui, l'inconscient contient la souffrance et les images du corps négatives refoulées, maintenues par des mécanismes de défense. Or, ceux-ci sont coûteux en énergie et s'affaiblissent lorsque la personne est affaiblie psychiquement, comme dans le cas de la vieillesse ou des démences. Les mécanismes de défense étant diminués, ils n'assureraient plus leur fonction de refoulement des images du corps négatives, et l'image du corps se détériorerait. A cause de la déstructuration corporopsychique, du défaut représentatif ne permettant pas de comprendre les ressentis et émotions vécues, et du manque de sécurité interne, on observe chez ces personnes des angoisses corporelles archaïques. On retrouve la crainte (ou la sensation réelle) de liquéfaction, qui est l'impression que l'enveloppe est peu solide, poreuse, ou qu'elle peut disparaître. La perte de force musculaire, de solidité osseuse, et l'amincissement de la peau chez la personne âgée peuvent favoriser cette angoisse. On retrouve également l'angoisse de morcellement caractérisée par la confusion entre les parties du corps ou l'impression qu'elles sont disjointes. Cette angoisse est favorisée par les déséquilibres sensoriels et les différences d'investissement affectif et émotionnel entre les parties du corps.

L'angoisse de vide, équivalent de l'angoisse de mort, s'observe aussi. Elle est liée à la peur de la mort, et au désinvestissement corporel. Les parties du corps sont tellement mises à distance, et peu investies et mobilisées, que la personne a l'impression qu'elles ne lui appartiennent plus, voire que le corps est vide, mort. C'est le *sentiment d'étrangeté* décrit par L. Barnich et C. Removille (2019). Plus généralement, la pathologie des limites vient questionner la mort. En effet, la limite c'est jusqu'où on peut aller, et c'est aussi la zone des orifices, où tant qu'il y a du passage c'est qu'il y a de la vie. La mise à distance du corps mourant que l'on veut oublier ou

détruire vient rompre chez ces personnes l'unité psychocorporelle, en clivant ce que l'on appelle esprit et corps. Il y a alors atteinte de l'instance moiïque*.

La dégradation des représentations corporelles altère également ce que D. Winnicott (1989) nomme le *sentiment continu d'exister* (SELF). C'est le sentiment d'être, à la seconde d'après, toujours vivant et toujours le même. C'est un sentiment de sécurité interne à la base du développement du moi. Sa défaillance laisse place aux *menaces d'annihilation*. F. Dolto (1984) l'appelle *image de base*, et A. Damasio (1999) *conscience noyau*. Elle dépend selon lui des noyaux du tronc cérébral et du cortex somatosensoriel. L'atteinte de ces structures dans la maladie neurodégénérative pourra diminuer cette proto-conscience. Selon B. Lesage, (2012, p 23), la déstructuration corporelle affecte la « *continuité temporelle du sujet* », c'est-à-dire à la fois son sentiment de continuité d'existence, mais aussi sa mémoire des souvenirs et son repérage dans le temps. D. Le Breton écrit en 2008 qu'exister, c'est pouvoir agir sur le monde efficacement, comprendre son environnement et ce que l'on vit, être intelligible, être en relation, et pouvoir répondre aux attentes et aux codes communs. Il n'est pas étonnant alors, d'observer dans la démence une perte du sentiment continu d'exister.

Une autre atteinte de l'image du corps observable chez la personne âgée démente est celle de l'identité. E. Pireyre (2015) évoque ainsi les nombreuses *angoisses identitaires* vécues par ces personnes, et notamment la dépersonnalisation*. L'identité est le sentiment conscient d'être une personne unique. Elle dépend de la perception de l'unité de soi, de la continuité de sa propre existence, et de la perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité. Avec l'âge et la maladie, de nombreux changements vont s'opérer et venir questionner l'identité de la personne. Sa démarche, sa gestuelle, sa voix, mais aussi son physique et parfois son caractère vont se modifier. La personne n'est plus définie par son métier ou sa famille, et elle est parfois réduite à sa pathologie ou à son numéro de chambre. Cette perte d'identification à l'autre comme un semblable, ce manque de considération, de reconnaissance, et d'amour déshumanise la personne et majore la crise identitaire.

Enfin, l'image du corps et l'identité sont très proches de la notion de narcissisme, et l'incluent. La personne âgée démente copromaniaque possède une atteinte de l'amour de soi et de l'estime de soi.⁴⁴ On observe une perte de confiance en soi et un dégoût de soi, du fait de la perte du moi idéal et de ses capacités. La personne

⁴⁴ L'estime de soi se définit comme une attitude d'approbation ou de désapprobation, qu'un individu a de lui-même et indique le degré selon lequel il se croit lui-même capable, important et méritant. Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-Esteem*.

se sent généralement inutile, et souvent, elle ne se définit que par sa vie passée. On observe alors chez elle une perte de l'élan vital, qui vient majorer l'ensemble des troubles de l'image du corps.

Comment alors renforcer les représentations corporelles ? Même si les capacités perceptives et représentatives sont altérées dans le cas du syndrome démentiel, on peut réactualiser l'image du corps (F. Dolto, 1984), notamment en s'appuyant sur le toucher, sens peu altéré et qui reste fonctionnel jusqu'à la mort, et sur les mémoires corporelle, sensorielle et émotionnelle qui sont également préservées. Selon E. Pireyre (2015), il faut pour cela : sentir la sensation, la repérer comme appartenant à soi, la localiser, puis sentir une émotion en lien avec cette sensation et cette perception, et enfin la repérer comme appartenant également à soi. Le thérapeute joue alors un rôle majeur car il fait tiers, aide à mettre en mots, et à faire des liens. Il permet ainsi la symbolisation et la corticalisation, c'est-à-dire l'inscription de ces nouvelles données dans le cerveau et la réactualisation des représentations corporelles.

Une autre piste de réflexion thérapeutique est fournie par D. Le Breton (2008). Comme tous les auteurs s'accordent à dire que l'image du corps se construit premièrement en relation à l'autre, dans les interactions, en fonction des vécus, et du regard de l'autre, son renforcement consisterait avant tout en un travail relationnel. La personne qui pourrait à nouveau s'exprimer, être adaptée dans la relation, en confiance, se sentir utile, considérée, et aimée, améliorerait toutes les composantes de son image du corps. On retrouve là les liens fondamentaux entre copromanie, relation et représentation de soi...

Les items cités ci-dessus vont constituer les axes thérapeutiques du travail auprès des personnes âgées copromaniaques atteintes d'un syndrome démentiel. Les objectifs seront donc de répondre aux besoins psychomoteurs fondamentaux de ces personnes, mais également d'opérer une terminaison du travail de deuil lié à la perte des états corporels, et enfin de soutenir « *la relance objectale en remobilisant l'énergie psychique* » (C. Lefèvre, 2019, p 374). Ce mieux-être corporopsychique ayant pour finalité la diminution du comportement copromaniaque. Pour cela, la médiation utilisée sera le *toucher terre*.

Partie 2 - PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE CES PATIENTS

Maintenant que le contexte de la recherche et la théorie qui la sous-tend ont été exposés, passons à la clinique...

I. 1^{ère} étape : Exploration préalable – Les entretiens cliniques

1) Pourquoi réaliser des entretiens

Avant de pouvoir me lancer dans ce projet de recherche, j'avais besoin de savoir s'il était réellement réalisable. L'enquête auprès des aides-soignants, AMP, agents d'entretiens, et de la psychologue, m'a permis de réunir les données essentielles à la réalisation de l'étude. Tout d'abord, je devais savoir si plusieurs résidents étaient effectivement copromaniaques, et si oui, si le comportement était assez répandu pour mériter d'être étudié. Un des objectifs était aussi de mieux connaître le comportement, et les détails de sa survenue afin de déterminer si la psychomotricité pouvait être recommandée ou non. Cela s'inscrivait également dans le cadre des recommandations de la HAS de mai 2009, concernant la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs dans les Démences de Type Alzheimer (DTA) : « *La prise en charge des troubles du comportement nécessite : leur description précise ; la recherche de leurs causes ; l'analyse des attitudes préalables des aidants et des professionnels face à ces troubles* ». Enfin, ces entretiens visaient également à cibler le public de ma recherche et les futurs patients pris en charge.

2) Entretiens avec le personnel de l'EHPAD

En tout, treize entretiens⁴⁵ ont été réalisés entre le 08/11/2019 et le 10/01/2020, avec dix-huit soignants s'étant portés volontaires pour contribuer à la recherche. Ils concernent au total seize résidents. Voici une partie des données recueillies lors des différents entretiens. Elles concernent les trois résidents que j'ai rencontrés et avec qui j'ai travaillé afin de réaliser la recherche. Le détail des données recueillies sur l'ensemble des résidents se trouve en annexe VI, p. IX. Dans le tableau suivant, lorsqu'un nouveau tiret apparaît, c'est que le narrateur change. Dans un souci de clarté, lorsque les réponses étaient identiques pour plusieurs soignants, j'ai écrit « x2 » ou « x3 » selon le nombre de personnes ayant fourni la même réponse. Les éléments colorés en bleus sont issus du dossier patient du résident.

⁴⁵ Questionnaire des entretiens semi-directifs cf. *infra*, annexe I, p I.

Tableau synthétisant les réponses des soignants à trois entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de l'exploration préalable de la copromanie à l'EHPAD

	Mme D 91 ans	Mme T 91 ans	Mr H 81 ans
Description du comportement	<ul style="list-style-type: none"> - « On la retrouve complètement nue, en a mis partout sur elle et dans sa chambre - Va chercher les selles dures dans son anus quand elle est constipée, joue avec ses selles - Dans les cheveux et masque sur le visage, partout - Selles normales, cherche dans sa protection, peint partout, dans les plis, les creux, en massage sur les mains » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Prend dans sa protection et tartine sur les murs et son lit. - Réalise des petits tas partout avec ses excréments, ça fait comme un sanctuaire dans la chambre, on ne sait pas par où commencer » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Enlève sa protection, prend ses excréments et en met partout. » - « Il badigeonne, même quand il n'a pas eu de selles il enlève sa protection, la déchire et en fout partout » - « Il met ses excréments dans son lit ou sa chambre puis s'essuie les mains, il n'étale pas sur lui et ne s'amuse pas. Il pisse partout » - « En met dans son bol »
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> - « Toutes les nuits (x2), 3 fois par nuit - Tous les matins quand elle n'a pas sa combinaison qui l'empêche de le faire » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Toutes les nuits, plusieurs fois par nuit (quand non constipée) - Toutes les nuits et tôt le matin » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Souvent - Au moins 3 fois par semaine - Moins maintenant, là ça fait un moment, avant quand il marchait s'était pire, il était plus énervé et moins fatigué, il faisait caca en marchant »
Lieu	<ul style="list-style-type: none"> - « Sa chambre uniquement (x4). - Lit, matelas, sol, barreaux, cheveux, corps, visage, mains ». 	<ul style="list-style-type: none"> - « Sa chambre exclusivement, les lit, murs » (x2) 	<ul style="list-style-type: none"> - « Dans sa chambre seulement (x2), dans son lit. - Par terre, sur les murs, draps »
Moment	<ul style="list-style-type: none"> - « Seulement la nuit (unanime) - Depuis longtemps » 	<ul style="list-style-type: none"> - « La nuit, dès 19h, les filles sont folles ! - Les nuits et tôt le matin » 	<ul style="list-style-type: none"> - « La nuit (x3) - Et le matin (x2), quand il a accès à sa protection, qu'il est au lit, avant ou après le déjeuner (x2) - Quand il est seul, il attend qu'on parte. - Depuis toujours » (x3)
Grenouillère	<ul style="list-style-type: none"> « Oui quand on en a de disponible, avant parfois ça suffisait pas, elle arrivait, on ne sait pas comment, à l'enlever » 	<ul style="list-style-type: none"> « Quand elle n'est pas constipée et qu'elle le fait souvent, parfois elle l'arrachait » 	Non
Verbalisations du résident	<ul style="list-style-type: none"> - « Ce n'est pas moi - Je n'en sais rien - Je ne comprends rien » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Elle nie, dit que ce n'est pas elle, qu'elle ne ferait jamais ça, qu'elle est propre, jeune et belle » - « De quoi ? Ce n'est pas moi » 	<ul style="list-style-type: none"> - « Nettoyez, vous êtes là pour quoi, moi je paye, il faut travailler ! » Mais ne veut pas être changé. « Vous n'êtes pas gentils, les filles me battent » - « C'est de la merde, je vous entendais rire là-bas, tout le monde rit et moi je suis malheureux » - « Demain de toute façon je vais chier dans le lit, vous allez bien travailler ! Ou « vous

			allez voir ce que je vais vous faire ». « Ce n'est pas moi (x2), je ne sais pas, qu'est-ce qu'ils ont foutu ? »
Pathologie du résident	Troubles cognitifs non étiquetés avec éléments de persécution, aggravés par déficit sensoriel et syndrome anxiodépressif - « Hétéro agressivité physique. - Je ne sais pas (x3), c'est pas à nous qu'il faut demander ça »	Maladie d'Alzheimer, insomnie, Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age, quasi cécité - « Invente des histoires, désorientée, se croit dans le passé (jeune fille belle et intelligente, gymnaste, Bac mention TB) »	Démence de type Alzheimer, cardiopathie, anxiété chronique, épisodes dépressifs. - « Il comprend, il a toute sa tête mais a baissé » - « Je ne sais pas »
Hypothèses de compréhension des soignants	- « Je ne sais pas, je ne comprends pas, ça doit être la maladie (x3) - Car n'ont pas sommeil, s'ennuient, jouent avec ce qu'ils ont. Elle se rend compte que c'est ses selles, mais c'est plus fort qu'elle. - Elle cherche quelqu'un, de l'aide ? Ou car angoisse de mort, de nuit, de dormir. Donc pour faire quelque chose, être active : ça diminue l'angoisse. Aussi cela veut dire : « j'existe, je suis là, occupez-vous de moi », et peut-être le seul moyen d'être touchée et qu'on s'occupe d'elle ».	- « En ce moment est constipée donc pas de problème. Elle se croit plus haut que nous avec son Bac mention TB. Relation avec les équipes compliquée, en ont marre de nettoyer, ne comprennent pas pourquoi elle fait ça. - Je pense que les boulettes sont des éléments de sa vie qu'elle trie, elle fait comme un bilan, elle range - C'est à cause de la maladie, de l'âge. C'est comme si ce n'était pas eux, qu'ils n'en étaient pas conscients. Je ne sais pas comment elle fait, ce n'est pas possible, des fois je me demande si c'est vraiment elle qui a fait ça, elle est en fauteuil et dépendante pour tous les transferts ! »	- « Pour se venger d'être là (x4), car il se sent mal (ici), pour exprimer sa colère, pour enmerder les soignants, il y a peut-être autre chose, pas pour jouer (x2) » - « Par pure méchanceté » - « Pour nous embêter, car contrarié. Car constipé » - « Je ne savais pas qu'il faisait ça, ça m'étonne beaucoup, il n'était pas du genre à embêter le monde et était plutôt solitaire, discret et déprimé surtout. Sa maladie a dû beaucoup avancer »
Remarques	- « Elle peut discuter » - « Selles normales »	- « Ce sera très bien pour elle, et intéressant » (la PEC Toucher Terre) (x2) - « Tu penses pas que ton suivis ça peut empirer le comportement, surtout ne réalise pas la séance dans sa chambre, ça pourrait lui donner des idées ! »	- « Quand il n'était pas encore en fauteuil, il faisait pipi dans les couloirs. » - « Sec et froid, caractère particulier » - « Solitaire, ne va sûrement pas adhérer à la PEC (x3). » - « J'ai peur de lui, de ce qu'il va me faire cette fois ça, alors je suis très gentille avec lui, car j'ai peur de le fâcher. Il est méchant le matin »

3) Les données recueillies

Les données recueillies sont de trois types :

- Qualitatives pures. Elles concernent la qualité des réponses aux questions posées pour chaque résident.

- Mixtes : qualitatives et quantitatives. Elles concernant la copromanie à l'EHPAD d'une manière plus générale.
- Additionnelles : données supplémentaires apportées par les soignants lors des entretiens, ce sont des questions ou des commentaires.

Ce sont les données mixtes et additionnelles que je vais traiter. Les données spécifiques aux trois résidents ci-dessus seront analysées ultérieurement. La première observation possible est que peu de réponses ont été apportées aux questions 3, 12, et 14⁴⁶. Aux questions 3 et 14, les soignants me répondaient « je ne sais pas » ou « non pas spécialement ». Il semblerait que ce soit car la question 3 était peu claire, et d'un vocabulaire inadapté aux soignants interrogés ; et que la 14 était trop spécifique à l'usage du psychomotricien. Concernant la question 12, la réponse était toujours strictement la même « non allons le laver et le changer ».

Un résident fait l'objet d'un entretien lorsqu'il manipule ses selles, dépiaute sa protection souillée, ou est retrouvé avec des selles hors de sa protection. Parmi les seize d'entre eux, et sur les cent-trente résidents de l'EHPAD⁴⁷, dix ont été reconnus copromaniaques. Pour deux résidents, nous n'avons pas recueilli assez d'information pour déterminer s'il s'agissait de copromanie ou non, et quatre résidents n'ont pas été reconnus copromaniaques. Les différents critères d'exclusion, et qui justifient qu'une personne peut être retrouvée les mains souillées sans pour autant être copromaniaque, ont été : « ne supporte pas la protection », « douleur liée à une constipation », et pour trois d'entre eux « ne trouve pas les toilettes pour cause de désorientation, et ne peut l'exprimer (aphasie) ».

Concentrons-nous maintenant sur les dix personnes copromaniaques et leur comportement. Trois d'entre elles étaient des hommes, et sept des femmes. Leur âge s'étend de 82 à 102 ans, pour une moyenne de 91,2 ans. Six d'entre eux présentaient une démence de type Alzheimer au stade modéré à sévère ; deux, des troubles cognitifs importants non étiquetés ; et deux, des troubles cognitifs non étiquetés ou une démence, associée à une pathologie psychiatrique. Ils possédaient presque tous des déficits sensoriels, ainsi que des troubles du sommeil, et pour la moitié d'entre eux, des troubles ou un syndrome anxio-dépressif. Plus du $\frac{3}{4}$ des aides-soignantes interrogées ne connaissaient pas la pathologie du résident dont nous parlions. Ne connaissant pas les remaniements et symptômes psycho-comportementaux dans les démences, elles avaient du mal à discerner chez le résident, ce qui est de l'ordre de l'intentionnel et du pathologique. Ceci pouvait entraîner une incompréhension de leur part envers le

⁴⁶ Cf. *infra*, Annexe I, p I.

⁴⁷ Ils sont 141 au total, mais l'une des unités de l'EHPAD n'a pas participé à l'étude.

résident et ses comportements, un sentiment de désespoir et d'incompétence, de l'énervement, voire de la maltraitance. Elles étaient à ce propos, pour la plupart intéressées par mon point de vue et en demande de formation.

Je vais maintenant exposer les réponses des soignants quant aux questions posées sur les caractéristiques de la copromanie. Concernant l'item « *description du comportement* », il a été décrit pour les dix personnes copromaniaques : « étale », « barbouille » ou « met sur ». Il a été précisé pour trois personnes sur les dix « joue », pour deux sur dix « étale sur elle », et de manière individuelle « va chercher dans son anus quand est constipée », « fait des traces, des dessins », « fait des boules, et les range dans du papier dans son armoire », « fait des boules, les trie, et en fait des tas ».

Concernant la *durée* du comportement, la copromanie serait chronique chez huit personnes, et les deux autres auraient réalisé un « épisode copromaniaque », suite à leur institutionnalisation. Concernant les personnes « copromaniaques chroniques », les soignants précisent qu'elles « l'ont toujours fait », mais que c'est « par périodes ». Afin de vous présenter les résultats des items « *moment* », « *lieu* » et « *fréquence* » le plus clairement possible, voici trois tableaux de données.

Tableau de répartition du nombre de résidents réalisant la copromanie en fonction du moment de la journée

Moment	Nuit exclusivement	Nuit + pleine journée	Lorsque le résident est dans sa chambre ⁴⁸
Nombre de résidents/10	2	2	6

Tableau du nombre de résidents réalisant la copromanie en fonction des lieux ou endroits de survenue du comportement

Lieux/endroits	Sa chambre exclusivement	Chambre et parties communes	Sur objets ou sol	Sur le lit	Sur mur ou porte	Sur son corps
Nombre de résidents	9	1	7	9	3	2

⁴⁸ Soit la nuit, au lever et au coucher.

Tableau de répartition du nombre de résidents copromaniaques en fonction de la fréquence de leur comportement

Fréquence	Plusieurs fois par jour/nuit	Tous les jours/nuits	Une à plusieurs fois par semaine	« Souvent »
Nombre de résidents/10	2	3	4	1

Concernant l’item « *verbalisations des résidents* », les soignants m’ont communiqué que, sur les dix résidents copromaniaques, six verbalisent au sujet de leur comportement et un ne verbalise pas. Pour les trois autres résidents, je n’ai pas les informations en ma possession pour pouvoir répondre. Parmi ces six patients, quatre d’entre eux disent à propos de leur comportement « je ne sais pas/ce n’est pas moi », et de manière individuelle, on retrouve les différents propos : « c’est du chocolat », « on m’a guidé, on me l’a imposé », « ah bon c’est moi, je suis désolé », et « au boulot ! /nettoyez, c’est de la merde/les filles me battent/je suis malheureux ». A propos de la question de la contention, la moitié des résidents copromaniaques se voient mettre une grenouillère. Les soignantes me précisent : « on n’en a pas beaucoup, on en met à ceux qui en ont le plus besoin ».

Les *hypothèses d’explication de la copromanie* fournies par les soignants lors des entretiens sont nombreuses et varient en fonction du résident. Les réponses les plus fréquentes à cet item sont regroupées dans le tableau suivant. Les autres hypothèses, évoquées une seule fois chacune sont : « le seul moyen d’être touchée », « pensée imposée », « n’ont pas sommeil », « pour être en action », « l’entrée à l’EHPAD, il ne comprenait pas où il était ni pourquoi », « pour exprimer sa colère/car contrarié », « recherche de liberté », et « pour dire : j’existe ! ».

Tableau des principales hypothèses des soignants et leur nombre de fois évoquées

Hypothèses	« C’est l’âge, la maladie »	« Je ne sais pas »	« Ils s’en-nuient »	« Est gêné par la protection »	« Elle cherche de l’aide »	« Pour diminuer l’angoisse »	« Pour avoir de l’attention »	« En lien avec son histoire de vie »	« Pour nous faire chier ».
Nombre de fois évoquée	8	6	3	3	2	2	2	2	2

En remarque, il m’a été transmis pour nombre de ces personnes qu’elles « ont du caractère », et cela avant même la déclaration de leur maladie et leur arrivée à l’EHPAD ; que plusieurs d’entre elles aiment manger avec les mains et manipuler les textures ; et certaines sont décrites comme « ambivalentes ». Pour finir concernant l’analyse des données mixtes, un « cas clinique » a relevé mon attention, et je souhaitais

vous le partager. C'est celui de Mr F (annexe VI, p XIII-XIV). Il aurait cessé son comportement copromaniaque juste après qu'une soignante ait pris le temps d'en discuter avec lui en l'écoutant, essayant d'en comprendre les raisons, et lui expliquant pourquoi ce n'est pas bien et pourquoi il doit arrêter. Cela m'a beaucoup étonnée mais en effet, certaines recherches⁴⁹ sur le sujet préconisent ce mode d'approche.

Terminons par les données additionnelles recueillies. Un questionnaire des soignants qui est souvent revenu est : comment font-ils pour enlever leur grenouillère, ou étaler leurs excréments dans toute leur chambre alors qu'ils sont totalement dépendants ? Une hypothèse serait que la copromanie est si empreinte de la pulsion de vie, et si importante pour eux, qu'elle leur permettrait de se dépasser. Une autre question qui m'a beaucoup été posée est : en sont-ils conscients, se rendent-ils compte que c'est leurs excréments ? Il est difficile d'y répondre, sans doute y-a-t-il une part de conscient⁵⁰ et une part d'inconscient, de pulsionnel. Je pense qu'ils savent que ce sont leurs excréments, que c'est d'ailleurs en partie pour cela qu'ils les manipulent, et que la représentation apprise socialement du « sale » et du « puant » n'est plus présente chez eux. La dernière donnée additionnelle est une remarque des soignants, et je la laisserai telle quelle : « on dirait qu'ils y prennent du plaisir ! ».

4) Analyse des données et conclusions possibles de ces entretiens

Rappelons que les données recueillies précédemment concernent strictement l'EHPAD dans lequel j'ai réalisé mon stage, et qu'elles sont valables pour l'instant T où les entretiens ont été réalisés. Les conclusions qu'il est possible d'en tirer sont donc à considérer dans ce strict cadre. Il serait intéressant de réaliser, dans les mêmes conditions, ces entretiens dans d'autres EHPAD afin d'en comparer les résultats.

Tout d'abord, sur seize résidents suspectés de copromanie, dix en étaient réellement atteints. Toutes les autres étiologies possibles doivent donc être étudiées et écartées, et notamment les causes somatiques et le syndrome confusionnel. Il est important de différencier une personne qui essuie ses mains souillées sur les murs, sur elle, etc., d'une personne copromaniaque⁵¹. Ces dernières sont plutôt des femmes. Cette donnée n'est pas étonnante étant donné que la proportion de femmes dans la population âgée est supérieure à celle d'hommes⁵². Les personnes copromaniaques ont

⁴⁹ *Copromanie et coprophagie chez les résidents atteints de maladie d'Alzheimer à un stade sévère : de l'agir au dire* (P. Deboves et al, 2017).

⁵⁰ Part plus importante qu'elle n'y paraît selon J. Maisondieu, cf. *supra*, Partie 1, IV. 2. d), p. 38.

⁵¹ En se référant bien à la définition du terme.

⁵² Selon l'Insee, l'espérance de vie en 2019 en France métropolitaine est de 79,8 ans pour les hommes, contre 85,7 ans pour les femmes.

en moyenne 91,2 ans, et présentent toutes des troubles cognitifs importants avec troubles du comportement⁵³, dont une démence Alzheimer diagnostiquée pour plus de la moitié d'entre eux. Le comportement concernerait donc les personnes très âgées, très dépendantes, et avec de faibles capacités cognitives, ce qui confirme les données de la littérature exposées plus haut.

Le comportement se manifeste de façon variée selon les résidents, en fonction de leur histoire personnelle et de leurs besoins propres. On note cependant que 9/10 d'entre eux le font strictement dans leur chambre, lorsqu'ils sont seuls, et « étalent sur leur lit ». Ce peut être car seuls ils perdent leurs repères et les codes sociaux, pour une raison pratique (plus facile en position allongée, meilleur accès), d'intimité, ou encore dans une volonté de délimiter leur espace personnel. Cette dernière hypothèse s'applique *a fortiori* pour les personnes qui étalent leur excréments sur les murs, les portes, ou sur leur corps. Pour les personnes enveloppant entièrement leur corps d'une couche de leurs excréments, les hypothèses des angoisses corporelles archaïques, et du défaut de contenance et des limites semblent prédominantes. La copromanie est majoritairement chronique, mais elle peut se manifester temporairement, notamment lors de la période critique de l'institutionnalisation. Le comportement permettrait alors de fuir la réalité difficile, de se protéger des frustrations intolérables et d'exprimer sa colère, mais aussi de tenter de maîtriser quelque chose alors que tous les repères s'écroulent, et de diminuer ainsi l'angoisse.

La copromanie se réalise majoritairement la nuit, ainsi qu'au lever et au coucher. Cette prédominance vespérale et nocturne vient questionner l'angoisse de vide, de mort, et le sentiment continu d'exister de ces personnes. Lorsqu'elle se réalise en plein jour, c'est dans les parties communes, soit car la personne était fortement gênée par sa protection, soit pour « nous embêter, protester et exprimer sa colère ». Cette dernière étiologie, nous renvoie à la théorie psychanalytique précédemment étudiée⁵⁴, qui parle de l'agressivité au stade anal et de la représentation des fèces. Concernant la fréquence du comportement, elle varie en fonction des personnes, et semble fluctuer dans le temps. Selon les soignants interrogés, en fonction des résidents elle varie de plusieurs fois par jour maximum à une fois par semaine minimum.

Les verbalisations des résidents quant à leur comportement sont variées, ce qui revient le plus est « je ne sais pas/ce n'est pas moi/je ne comprends pas ». Certains résidents semblent tenir ces propos par défaut de compréhension de l'interlocuteur,

⁵³ En plus de la copromanie.

⁵⁴ Cf. *supra*. Partie 1. IV. 2. c), p. 34.

certaines autres par déni, comme le suggère J. Maisondieu⁵⁵. Concernant le port de la grenouillère, on m'explique que la politique de l'établissement est de minimiser les contentions, c'est pourquoi « elles sont réservées aux plus durs ». Les aides-soignantes et AMP, elles, y sont plutôt favorables car elles trouvent cela pratique, mais également pour « la bonne cohésion des équipes ». En effet, elles m'expliquent qu'il est important de mettre la grenouillère, car sinon l'équipe d'après devra tout nettoyer, et cela peut générer des conflits. Enfin, une autre observation que j'ai pu faire est que la copromanie est tabou, inacceptable socialement. En conséquence les soignantes n'osent pas en parler en réunion, et on observe une volonté d'éradiquer le comportement avant de chercher à le comprendre. Les hypothèses des soignants quant à sa survenue sont variées, malgré les nombreux « je ne sais pas/je ne comprends pas » recueillis. Celles qui reviennent le plus sont « c'est la maladie », « la protection la gêne » et « ils s'ennuient ». Certaines, moins citées, sont très fines et rejoignent les hypothèses théoriques énoncées en première partie du mémoire.

Pour finir, ces entretiens m'ont permis de déterminer les trois résidents que j'allais prendre en charge en psychomotricité dans le cadre de cette étude. Pour cela, je suis allée rencontrer les différentes personnes copromaniaques, et je me suis basée sur les conseils et remarques des différents soignants. J'ai ainsi pu déterminer lesquels avaient le plus besoin d'aide, étaient disponibles le jour de ma présence à l'EHPAD, et étaient intéressés pour un suivi en psychomotricité avec moi. Les trois patients ainsi choisis furent : Mme D, Mr H et Mme T.

II. 2^{ème} étape : Le choix du toucher terre comme médiation

1) L'idée de cette médiation

Une médiation en psychomotricité, aura globalement la même fonction qu'un *médiateur*, au sens général du terme, c'est-à-dire celle de faire tiers et de faciliter l'accordage et la résolution de conflits entre des personnes. Selon F. Giromini (in B. Lesage, 2012, p 255), 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* ». En effet, même si le psychomotricien doit bien maîtriser la médiation qu'il propose, l'objectif poursuivi n'est pas la performance, et elle doit être adaptée selon la population, la personne prise en charge, et les objectifs thérapeutiques définis.

⁵⁵ Cf. *supra*, Partie 1. IV. 2. d), p. 38.

C'est au détour de mes expériences durant l'option « *toucher terre* » proposée par l'IFP, que l'idée de cette médiation m'est venue. J'avais en tête qu'avec les personnes de faible autonomie, ayant des difficultés mnésiques, praxiques, gnosiques, et de communication verbale, le travail corporel et sensoriel était recommandé. En effet, le corps, par ses capacités communicationnelles infra-verbales, est le premier et le dernier organe de la relation ; et aussi, le passage par la mémoire sensorielle du corps est un des derniers canaux permettant de reconstituer, dans la démence modérée à profonde, la boucle sensation-perception-émotion-représentation. En outre, ce travail faisant ressurgir des souvenirs ou ressentis archaïques, permet une « régression accompagnée » du patient, il est donc tout particulièrement indiqué dans le cas des comportements régressifs comme la copromanie.

En TD⁵⁶ d'option, plusieurs ressentis personnels ou réflexions groupales m'ont orientée vers le choix de la médiation *toucher terre* : l'homologie entre terre et excréments, et le fait qu'elle nous y fasse penser ; ainsi que la ressemblance entre les activités « barbotine », de modelage, mais aussi de massage et d'enveloppement de terre, et la copromanie. Ces similitudes m'ont conduit à la réflexion suivante : offrir aux personnes copromaniaques un espace-temps sécuritaire où ils pourraient « re-produire » le comportement, permettrait de satisfaire les besoins qu'ils tentent de combler en le réalisant, et de transformer le comportement régressif en une activité corporelle impulsive, expressive et créatrice par le processus de sublimation⁵⁷ que permet l'accompagnement thérapeutique.

2) Théorie autour de la médiation

a) La terre dans le toucher terre

P. Deboves et al. (2017, p 380), recommandent de « *proposer au sujet dément [atteint de copromanie] des ateliers de création (peinture, modelage, etc.)* », voyons pourquoi. Que ce soit sur le plan historique, biologique, ou architectural, la terre est un élément essentiel. Elle est le constituant solide de notre planète, qui possède d'ailleurs son nom, elle est une substance essentielle à la vie, et est la base de toute construction⁵⁸. Elle représente donc la solidité, l'ancrage et le vivant.

⁵⁶ Travail Dirigé : groupe de pratique corporelle, enseigné dans le cadre de la formation à l'IFP.

⁵⁷ Terme d'origine psychanalytique : transfert de la pulsion d'un objet vers un autre, socialement plus valorisé. Ici : sublimation du caractère anal dans la copromanie, en l'activité secondarisée et socialement acceptée qu'est le toucher terre.

⁵⁸ Elle est à la fois la surface solide sur laquelle l'homme bâtit, mais également la matière première ayant servi à la construction des objets essentiels à la vie quotidienne durant plusieurs siècles.

Selon D. De Montmollin (1999), la terre nous renvoie au sale et aux excréments par sa ressemblance de texture et de couleur. De plus, se rapportant à l'origine du monde et de l'être vivant, mais aussi à l'enfance et ses souvenirs de barbotage dans l'eau et la boue, elle favoriserait le retour archaïque et la réminiscence. M. Constant. Troussard (2015, p 2) le confirme : « *toucher l'argile rend présentes les expériences très précoces et inconscientes* ». Les propriétés de l'argile sont intéressantes sur le plan thérapeutique. D'abord, c'est une matière, avec une certaine consistance. Sa manipulation fait sentir en retour la consistance du corps, sa densité interne. Elle donne ainsi des afférences intéroceptives et proprioceptives, mais aussi kinesthésiques, odorantes, thermiques, et tactiles. Selon M. Merleau-Ponty (cité par M. Constant. Troussard), c'est l'ensemble de ces sensations qui va permettre de vivre « *la présence au monde et à soi-même* » (*ibid.*). C'est cette présence « *dynamique et sensible* » (D. de Montmollin, 1999, p 88), advenant du mouvement physique et psychique sans besoin des fonctions cognitives, qui va permettre de se sentir sujet et dans une continuité d'existence.

L'argile est une matière malléable, mais résistante. Elle se soumet à nos désirs, et permet ainsi de revivre la sensation de toute puissance infantile, mais aussi celle d'agentivité et de liberté. En même temps, sa résistance permet un retour au principe de réalité. La terre répond à des règles, aux lois de la physique notamment, et toutes les réalisations ne sont pas possibles. Cette résistance de l'argile demande donc en retour une résistance et une affirmation de son utilisateur, notamment par le « *bon usage de l'agressivité* » (D. de Montmollin, 1999, p 95). Cette malléabilité permet des allers-retours entre l'action de la personne sur la terre et son propre intérieur. Chaque action va entraîner des états psycho-émotionnels et les modifier, de même que chaque image, pensée ou émotion va s'exprimer par le mouvement et s'imprimer dans la terre. Lesage, B. (2012, p 120) évoque ce processus : « *la création répond ainsi à un rythme dedans/dehors qui permet à l'artiste de pêcher en eaux profondes puis de construire à ciel ouvert* ». L'argile réagit donc comme un miroir de soi, et (re)lie les pensées et les actions, permettant l'unité corporopsychique si fragile chez les personnes âgées démentes copromaniaques. D. De Montmollin (1999, p 107) écrit ainsi : « *la terre façonnée nous façonne* ».

L'argile est une matière qui change d'état, de consistance et donc de propriétés en fonction de la quantité d'eau qu'elle contient. Elle permet ainsi des expériences variées en fonction des besoins du patient, de ses envies, et de ses capacités. Elle est un objet *médium malléable* (R. Roussillon, 2009), pouvant prendre la forme et incarner différentes choses pour le patient, selon son souhait, ce dont il a besoin qu'elle

symbolise psychiquement. La rencontre de la matière permet également, selon E. Pireyre (2015, p 63) de constituer l'enveloppe corporelle : « *tout se joue au niveau des surfaces de rencontre entre le corps et les objets du monde extérieur. Les sensorialités déterminent les contours de la personne* ». Il ajoute ensuite en citant M. Boubli (2002), que la perception peut entre autres renforcer l'identité.

Les propositions de *toucher terre* en thérapie sont variées. Elles peuvent être plus ou moins libres, dirigées, avec un thème ou non, les yeux ouverts ou fermés, et avec ou sans support musical. L'ensemble de ces choix se fera en fonction des objectifs thérapeutiques poursuivis, et du patient. En voici quelques-unes.

De nombreux jeux d'empreintes sont possibles. La terre garde l'empreinte grâce à sa propriété plastique. Cette dernière étant un reflet du soi, ces jeux permettent de développer la conscience de soi, le schéma corporel, et sollicitent l'image du corps. L'empreinte est une trace, la sienne, c'est donc une marque de soi, en lien avec la notion d'identité. Elle permet d'inscrire sa présence actuelle, et donc de sentir son existence, mais aussi de la manifester aux autres. En effet, la trace est toujours à destination de quelqu'un, elle laisse une marque derrière soi, signe de son existence. Selon M-A. Du Pasquier (2012, p 76), elle « *comporte toujours cette double polarité d'être active et passive, tout comme elle est absente et présente* ». Elle assure ainsi une continuité temporelle. Chez les personnes âgées démentes, c'est peut-être quelque chose qui reste là où tout se perd ou s'efface. Le travail de la trace permet ainsi un travail sur le deuil des pertes, et notamment de la sienne. C'est également une marque d'expression et d'affirmation. Elle permet de matérialiser les émotions, de les partager, et ainsi de mieux les comprendre.

Un travail d'exploration des formes possibles peut être réalisé. La création de formes comme les boules et les creux fait revivre l'expérience du plein, du vide, du contenant et du contenu. Cela permet de redélimiter l'enveloppe et de ressentir le contenu du corps par le prisme de la matière terre, véritable miroir du corps. Le sujet peut ressentir la contenance du *handling*⁵⁹, et revivre les expériences de portage de la mère qui apaise. C'est un vécu agréable et sécurisant. Cette exploration des formes est en lien avec l'histoire vécue, et permet d'« *exprimer une situation actuelle et de la dépasser* » (M. Constant. Troussard, 2015, p 5). Selon D. De Montmollin, ces formes de modelage sont des formes primordiales, à la base de notre construction corporelle, et en lien avec les contenus psychiques inconscients refoulés. Le travail de l'argile permet

⁵⁹ Notion Winnicottienne, développée cf. *supra*. Partie 1, IV. 3. b), p. 40.

de figurer ces formes et de mobiliser les émotions liées à ses « *représentations fondamentales de structures psycho-affectives de base* » (D. De Montmollin, 1999, p 72).

Une autre proposition possible, est celle des créations. Elles peuvent être imaginées à l'avance, puis créées, ou bien advenir au fur et à mesure de la rencontre de la terre. La propriété durcissante de la terre rend possible la réalisation de créations durables dans le temps, et donc un ancrage temporel. C'est un repère stable, durable, et propre à soi. A propos de ces créations, G. Quitaud (2004, p 156) remarque que « *les personnes [âgées] peignent, dessinent, modèlent ce qui, dans l'urgence, est le plus affectif. Elles vont immédiatement à l'essentiel pour traiter le plus enfoui et le plus douloureux* ». La question de la mort notamment, dans les créations artistiques de la personne âgée est « *presque inévitable* » (*Ibid.*, p 158). La figuration de ces problématiques douloureuses, conflits intrapsychiques ou angoisses, permet de mettre du sens dessus, de mieux les accepter, et de les apaiser. Enfin, cette activité permettrait selon S. Freud (cité par P. Deboves et al., 2017), de passer de la création primaire qu'est l'excrément, et de sa manipulation, à une création secondaire car ennoblie, structurée, et adaptée socialement. En plus d'être structurants, le processus créateur et sa valorisation sont renarcissisants. Ils pourraient permettre de panser la blessure narcissique due à la perte de sa création primaire, blessure d'autant plus forte quand cette création est associée à une partie de soi, ou à des conflits psychiques ou traumatismes non digérés.

L'exploration libre est une autre proposition possible. Il n'y a pas de consigne donnée à part de « laisser faire les mains ». Elle permet la réalisation de toutes les expériences imaginables, du moment qu'elles restent sécurisées, et dans le cadre thérapeutique déterminé. La personne ne réfléchit pas mais apprend en découvrant. La « *main ouvrière* » devient « *main libérée* » (D. De Montmollin, 1999, p 79), et transforme ainsi l'expérience d'un corps instrumentalisé en corps sujet, acteur, expressif et créatif. Il précise que l'intense plaisir généré par cette « *danse des mains* » (*Ibid.*) va réconcilier le sujet, qui reprend confiance en lui en se découvrant un potentiel ignoré. L'exploration libre permet d'expérimenter les différentes propriétés de densité, malléabilité, résistance, et de changement d'état de la terre en fonction de ses besoins, et de vivre ce qu'elles mobilisent sur le plan thérapeutique. Les *systèmes corporels* (B. Lesage, 2012) ostéo-articulaire, musculaire, organique et de la peau vont pouvoir être contactés, en fonction des expérimentations.

Le système os permet de sentir le solide en soi, mais aussi la structure globale du corps. Il conduit les vibrations, et sera donc sollicité par les actions de pousser, presser, taper la terre, et de lui donner son poids. Le système muscle permet de sentir

le mouvement, la force et la souplesse du corps, mais aussi ses émotions, car il est en lien avec le système psycho-affectif. Il est stimulé par le mouvement, notamment excentrique qui permet l'étirement des récepteurs profonds, mais aussi par un toucher appuyé. Le système peau permet de sentir les limites du corps et de l'unifier, il est lié au système relationnel. Il est sollicité par les sensations à la surface du corps, le toucher, et notamment l'effleurement ou la caresse de la terre, mais aussi les étirements qui permettent de sentir son élasticité. Enfin, le système organique concerne les organes du corps. Il permet de sentir le corps vivant, et le contenu du corps. Il est selon B. Lesage (2012) lié aux pulsions et aux émotions. C'est la manipulation de la matière qui permet de le sentir, mais aussi de l'activer car elle stimule la digestion.

Pour finir, l'argile peut s'utiliser dans un projet de toucher thérapeutique ou d'enveloppement. Elle stimule alors particulièrement les récepteurs haptiques et les fonctions de la peau⁶⁰, mais aussi les systèmes muscle et os. Elle produit notamment un « effet seconde peau » apaisant, et restructurant pour l'image du corps de la personne qui se sent contenue dans une enveloppe solide et unifiée, la séparant de l'extérieur. M. Constant. Troussard (2015, p 4) a observé dans sa pratique de clinicienne un autre bénéfice du massage à l'argile : « étaler de la terre sur les mains et les avant-bras et vivre cette expérience permet chez certaines personnes de « panser » des blessures vécues au sens propre comme au sens figuré ». Le toucher thérapeutique avec la terre permettrait alors d'apaiser les angoisses corporelles, de se sentir exister et de réparer les blessures psychoaffectives non guéries.

Dans le cas de la copromanie, le *toucher terre* permet de canaliser l'agressivité, en l'externalisant par les divers mouvements d'enfoncer, de frapper la matière, etc., mais aussi par la régulation tonique requise et permise par la proposition. Ces processus de régulation tonico-émotionnelle⁶¹ et de symbolisation, en plus de la douceur sensorielle de la terre, apaisent la colère et l'angoisse. B. Aucouturier (cité par B. Robinson, 2014), explique que ce plaisir sensorimoteur permet l'investissement de soi en même temps qu'il apaise. Cette diminution de la colère s'accompagnerait donc d'un réinvestissement positif du corps, et diminuerait chez les personnes copromaniaques la volonté de le détruire⁶².

En plus du travail relationnel et de restructuration des représentations corporelles, le *toucher terre* peut permettre d'améliorer la posture, l'ancrage, les praxies, les coordinations fines, la régulation tonique, et de développer l'axialité, le

⁶⁰ Fonctions développées dans la partie suivante.

⁶¹ Notion également développée dans la partie suivante.

⁶² Volonté inconsciente décrite par J. Maisondieu, cf. *supra*. Partie 1. IV. 1. c), p. 28.

rythme, et l'attention. Ces diverses propositions thérapeutiques d'expérimentation avec la terre vont impliquer le toucher, avec la matière terre, mais également pour certaines propositions, le toucher du psychomotricien. Explorons maintenant les enjeux et bénéfiques thérapeutiques de cette rencontre de la peau et du toucher.

b) Le toucher dans le toucher terre

« *Peut-on vivre sans toucher ou être touché ?* » (P. Prayez et J. Savatofski, 2017, p 5). Nous avons tous déjà ressenti, à de nombreuses reprises le besoin d'être touché, caressé, cajolé. Dès la naissance, que ce soit chez les humains ou les autres animaux, le petit a besoin d'être blotti contre le corps de ses parents pour avoir chaud, se sentir aimé et en sécurité. Le toucher est le premier sens à se mettre en place et le dernier à disparaître (*Ibid.*). La réponse est donc non : « *seul sens indispensable à la vie, le toucher est la souche fondatrice du rapport de l'homme au monde* » (D. Le Breton, 2008, p 178). Ainsi, les enfants privés tôt de contact physique peuvent mourir ou devenir plus fragiles. Les répercussions sont nombreuses : troubles psychomoteurs, affectifs, psychosomatiques, mais aussi dermatologiques et physiologiques (B. Lesage, s. d.). En effet, la peau a un rôle thermorégulateur, immunologique, et elle est impliquée dans la croissance pondérale et osseuse. Si elle n'est pas stimulée, ces fonctions se développent mal.

P. Prayez et al. (2017, p 53) nous disent : « *Priver une personne âgée de contact, c'est comme la priver de nourriture !* », mais pourquoi ? Avec l'âge et la réduction de l'autonomie, on observe une diminution des stimulations tactiles, mais aussi proprioceptives et kinesthésiques, qui diminuent l'activité des zones du cerveau dédiées à ces parties corporelles. Au final, ces zones peu stimulées vont être moins senties et perçues par la personne, ce qui dégrade ses représentations corporelles et laisse place aux angoisses. Le toucher contenant physiquement et psychiquement, empathique et intentionné dans le toucher thérapeutique, restaure les perceptions et représentations de la personne. Cela lui permet de sentir à nouveau son corps comme contenant, contenu, limité et unifié. Ce toucher permet de pallier au toucher avant tout fonctionnel, gestes parfois « *impersonnels et exécutés trop machinalement* » (P. Prayez et al., 2017, p 51) que vivent ces personnes âgées au quotidien lors des soins. Considérer la personne dans son unicité à travers ce dialogue intime à deux soutient son identité, son estime de soi, et permet la relance objectale.

Le toucher permet la sensation de continuité d'existence car il est le sens du réel. On a besoin de se toucher et d'être touché pour continuer à être sûr que l'on vit bien, que l'on est présent et entier : « *sans point d'appui, sans limite autour de soi pour*

ressaisir le sens de la présence, l'homme se dissout dans l'espace il glisse en apesanteur » (D. Le Breton, 2008, p 178). Le massage de la personne âgée « *aura des conséquences psychologiques inestimables, autant sur son sentiment de solitude et sa crainte de la mort que sur le besoin inavoué d'être touché* » (P. Prayez et al., 2017, p 52). Il pourrait donc soulager les angoisses de vide et de mort.

Le toucher massage psychomoteur permet de contacter les différents *systèmes corporels*⁶³ par les divers mouvements de lisser, presser, palper, tapoter, etc. Je vais maintenant préciser certaines fonctions du système peau décrites par D. Anzieu (1995), au sein desquelles il fait le parallèle entre peau physique et psychique. En effet, c'est le toucher physique de la peau dans les premières relations avec la *mère*, qui va « *former le socle sur lequel viendront ultérieurement s'étayer le Moi et les fonctions psychiques secondaires* » (P. Prayez et al., 2017, p 106). La première fonction est celle de *maintenance* du psychisme par le corps. La peau en tant qu'enveloppe assure également la *contenance* physique et psychique. Elle possède une fonction de *pare-excitation* qui protège, et apaise lors du toucher. Une quatrième fonction est celle de *différenciation* entre les corps étrangers et l'individu. Le toucher soutient ainsi l'individuation de la personne âgée.

La peau possède également une fonction *d'intersensorialité*. En réalisant le lien entre les différentes sensations, elle améliore la conscience corporelle, consolide le schéma corporel et diminue les angoisses de morcellement. Elle est un lieu de *l'inscription* des traces sensorielles et tactiles, et engramme donc les expériences vécues qui vont constituer la mémoire corporelle. Pour finir, elle est le lieu de *l'excitation sexuelle*. Le toucher massage se déroule dans l'espace intime (E. T. Hall, 2014) de la personne, et lui apporte donc protection, réconfort et tendresse, mais c'est aussi le lieu de la lutte et de l'acte sexuel. Ces notions sont donc à avoir en tête, sans pour autant avoir peur de menacer ou d'érotiser, car nous allons le voir, l'autre ressent les peurs et les intentions du thérapeute par le toucher (et inversement).

« *On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même* » (P. Prayez et al., 2017, p 96). En effet, le toucher est affectif, et les émotions vécues lors de cet échange au contact de la peau constituent une part de ce que J. De Ajuriaguerra (1970) a appelé le *dialogue tonico-émotionnel*. Le tonus de fond, degré de contraction des muscles au repos, est la toile de fond des émotions. H. Wallon (*Ibid.*) développe le concept de dialogue tonique, puis J. De Ajuriaguerra reprend ces travaux et l'élargit au *dialogue tonico-émotionnel*. C'est en étudiant la relation mère-nourrisson, qu'il observe ce tout

⁶³ Les systèmes os, peau, muscle, organe, et proprioceptif décrits par B. Lesage cf. *supra*. p. 58.

premier dialogue, préverbal, issu de l'accordage rythmique, affectif, tonique et postural des deux partenaires. C'est un échange réciproque où les réactions de l'un conditionnent celles de l'autre. Il comprend les mimiques, l'activité motrice, les modifications toniques fines ou généralisées, les attitudes corporelles et les réactions de prestance*.

Lors du toucher thérapeutique, la bonne posturation, la détente des tensions musculaires et la disponibilité psychique du thérapeute sont donc indispensables car elles sont ressenties par le patient et l'influencent. La juste distance du psychomotricien est également nécessaire. Une mise à distance corporelle ou affective de l'autre dans le cadre d'un toucher technique ne permet pas l'instauration d'un dialogue tonico-émotionnel. A l'inverse, la fusion avec le patient, dans une trop grande implication émotionnelle est dangereuse, elle rend la séparation difficile voire destructrice, et elle est contre thérapeutique. Enfin, le clinicien doit être à l'écoute de ses sensations et émotions, dans le contre-transfert (corporel) qui se joue. Notons pour finir que cet échange relationnel via le toucher est particulièrement recommandé auprès des personnes atteintes d'une démence à un stade avancé, car il réinstaura de la communication et de la relation là où il n'y en a plus, et cette expérience, parce qu'elle est sensori-affective va s'inscrire psychiquement malgré les défauts d'intégrations.

En plus de cette fonction *communicationnelle*, le toucher possède deux autres fonctions thérapeutiques (E. Charpentier et A. Gatecel, 2014). Celle de *réparation*, qui vient du fait que l'être humain a besoin de nourriture affective pour vivre, et que la carence des fonctions d'attachement et de sécurité de base seraient à l'origine de pathologies. Le maternage permis par le toucher permettrait de réparer ces carences. La dernière fonction est *l'érogénèse contenantante*. Le corps est investi par la libido, énergie liante, qui permet la création des enveloppes psychiques. M. Guiose (cité par E. Charpentier, *ibid.*, p 46) explique ainsi que le toucher favorise « *l'accès à la communication émotionnelle et à l'archaïque [...], et maintient l'érotisation dans des limites contenantantes* ».

3) Le cadre et le dispositif de la médiation toucher terre

Maintenant que la médiation *toucher terre* vous a été présentée, définissons le cadre thérapeutique dans lequel elle s'est déroulée. Il se compose du lieu, de la durée, fréquence, et de l'organisation de l'espace et du temps de la séance, mais aussi du thérapeute et de son cadre interne : « *le psychomotricien fait partie intégrante du cadre thérapeutique. Sa stabilité, sa solidité et son adaptation lui permettent d'être en empathie avec les personnes âgées* » (J. Roux et A. Brandilly, 2019, p 355).

Les séances de psychomotricité avec Mme D, Mr H et Mme T se sont déroulées entre fin décembre 2019 et mi-mars 2020, à raison de 45 minutes par semaine. Le jour, le lieu et l'heure étaient fixes. Cette stabilité temporo-spatiale est nécessaire à l'investissement du patient dans le suivi, à la création d'une alliance, et assure des repères fixes et sécurisants. Les difficultés que j'ai pu rencontrer aux retours de vacances avec certains patients témoignent de l'importance de cette continuité et constance thérapeutique. Pour Mr H et Mme T, les séances se sont déroulées dans une salle polyvalente au rez-de-chaussée. Les séances de Mme D s'effectuaient dans la salle commune de son UVP, un changement de lieu lui aurait fait perdre ses repères, majorant ainsi sa désorientation temporo-spatiale et son anxiété. D'ailleurs, elle s'y refusait.

Chaque prise en charge était individuelle. Les difficultés relationnelles et attentionnelles de ces personnes nécessitaient un étayage verbal et corporel, ainsi qu'une grande disponibilité psychocorporelle, une écoute et un accordage fin et contenant, possibles seulement en relation duelle. De plus, les propositions de toucher terre, ont ainsi pu être personnalisées en fonction des besoins spécifiques de chacun, et de son histoire personnelle. Enfin, ce dispositif permettait de répondre à la grande demande relationnelle et d'écoute de ces personnes.

Concernant ma posture thérapeutique, j'ai accordé une grande importance à ma posture et à mon regard, à ma voix (douce, grave, et contenant), ainsi qu'à mon langage (phrases courtes et articulées), et j'ai été attentive à ne pas générer de dystimulations*. J'ai également été vigilante à respecter les codes du toucher et de la proxémie, définis par E. T. Hall (2014) et intégrés à la méthode de soin *Humanitude* (J. Pellissier, 2007). J'ai veillé à avoir un toucher contenant et une intention précise et juste. Je me suis également inspirée du travail de G. Quitaud (2004, p 156) dans ma pratique, pour qui notre rôle est d'accompagner les conflits refoulés et « *tout ce qui reste irrésolu* » sans les susciter, ni les accentuer.

Je vais maintenant vous présenter le dispositif de la médiation. Il a été pensé dans le cadre de la présente recherche, vous verrez⁶⁴ qu'il a ensuite été sujet à de nombreux ajustements. La terre utilisée était de l'argile blanche naturelle, lisse. Elle était ainsi moins repoussante qu'une terre rouge, douce au toucher, malléable, et non toxique si ingérée. Cette argile permet les massages et enveloppements, ce qui a été réalisé avec Mme D. Le dispositif pensé pour Mr H et Mme T était le même : l'exploration libre⁶⁵ de l'argile molle sur un plateau délimitant l'espace d'exploration.

⁶⁴ Cf. *infra*. Partie 2, III. 5., p. 72.

⁶⁵ Détail de cette proposition thérapeutique exposée cf. *supra*. p. 58.

En fonction des réactions, types d'explorations, de mouvements et systèmes contactés, des propositions davantage guidées peuvent être proposées, afin de diversifier les expériences, et d'orienter le travail sur les besoins que la personne semble manifester dans son rapport à la terre. Les patients peuvent garder les yeux ouverts ou les fermer, et un fond musical est possible s'il n'est ni désorganisant, ni surstimulant pour la personne. En fin de séance, je reformule, avec l'aide de la personne si elle le peut, ce qui s'est passé durant la séance, ce que j'ai pu observer sur le plan corporel, et les verbalisations ; par exemple, nous pouvons aborder ce qui a semblé détendre, faire du bien, ou être plus difficile, etc.

III. 3^{ème} étape : Enquête sur le terrain

L'enquête se compose du déroulé des trois prises en charge en psychomotricité que j'ai réalisées. Seuls les éléments cliniques nécessaires à la recherche seront exposés, bien qu'il aurait été intéressant de détailler la richesse de ce que le travail auprès de ces patients m'a apporté.

1) Présentation des patients pris en soin

Tableau de présentation des trois patients suivis en psychomotricité dans le cadre de la recherche

	Mme D 91 ans	Mme T 91 ans	Mr H 81 ans
Présentation générale	C'est une petite dame fine aux cheveux gris-blancs, très voutée, avec une voix rauque. Quand j'arrive à l'UVP, je la retrouve souvent seule, essayant de se lever de son fauteuil roulant en poussant à l'aide de ses mains sur une table en U, qui l'empêche de tomber et de se déplacer. Parfois, elle est avec les autres résidents à une table, et somnole. Elle est donc spontanément très peu en relation avec les autres, mais répond lorsqu'on lui pose une question, et s'éveille et s'ouvre aux autres lors des activités.	C'est une dame toujours habillée en robe ou jupe (sans collants), qui se tient droite dans son fauteuil roulant où elle est assise un peu à l'écart des autres personnes à sa demande. Quand elle ne somnole pas elle passe de temps en temps ses mains d'une manière machinale dans ses cheveux gris, qui sont alors totalement décoiffés. Elle possède aussi un tic bucco-linguo-facial. Ses habits sont toujours très salis quand je viens la voir pour la séance après manger, sûrement du fait qu'elle mange avec ses mains.	C'est un monsieur plutôt renfermé et à l'air triste, mais qui s'ouvre assez rapidement si la personne qui vient le rencontrer est calme et à l'écoute. Après s'être livré, il peut même devenir souriant et blagueur, avec qui prend le temps de le connaître. Il est en fauteuil, porte toujours sa casquette, et des chaussons orthopédiques qui soulagent ses douleurs podales.
Pathologies	Troubles cognitifs importants non étiquetés avec éléments de persécution aggravés par déficits sensoriels : quasi cécité car Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age* et troubles auditifs. Syndrome anxio-dépressif*.	Démence de type Alzheimer (maladie d'Alzheimer diagnostiquée à ses 79 ans), quasi cécité car Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age, hypertension artérielle, insomnie,	Démence de type Alzheimer, fibrillation auriculaire chronique*, épisodes d'insuffisance respiratoire, épisodes dépressifs troubles auditifs, peur de la chute,

	Chutes à répétition. Constipation chronique. Restrictions ostéo articulaires et amyotrophie*. Arthrose. Hypertension artérielle RGO ⁶⁶ . Problème de thyroïde. Insuffisance rénale chronique.	peur de la chute.	douleurs lombaires,
S P C D	Troubles affectifs de type dépression et anxiété ; agressivité verbale et physique (non observé personnellement mais inscrit dans son dossier), apathie*; conduite régressive de type copromanie ; instabilité psychomotrice de type tasikinésie* et acathisie*, troubles du sommeil et sphinctériens.	Troubles émotionnels et de la motivation de type agressivité verbale et physique, apathie ; conduite régressive de type copromanie ; troubles des conduites élémentaires (sphinctériens, sommeil).	Troubles affectifs de type dépression et anxiété ; troubles émotionnels et de la motivation de type agressivité verbale et physique, apathie ; conduite régressive de type copromanie ; troubles des conduites élémentaires (sphinctériens, sommeil).
Anamnèse et antécédents médicaux	Mme D est née au Portugal et vit en France depuis ses 30 ans. Est Sœur depuis ses 37 ans, a vécu dans trois communautés de Sœurs. Entrée à l'EHPAD le 22/01/2015 pour cause de perte d'autonomie suite à une diminution de son acuité visuelle. ATCD médicaux : infections tuberculeuses, cataracte bilatérale* opérée, glaucome* ; AVC ischémique* (2015) sans séquelles sensitivomotrices, avec aphasie de Broca* secondairement résorbée ; Maladie de Barlow* (2015) ; Épisodes de délire de persécution (2016) ; Œsophagite* de garde 3 avec hémorragie digestive (2017) ; Fractures des deux cols du fémur et du radius gauche (2017-18) ; épisodes de dénutrition sévères, Hospitalisée pour syndrome confusionnel* sur Pyélonéphrite aiguë* (2018).	Travaillait pour les parfumeries Lanvin. Est divorcée, a une fille, une petite fille, et un fils décédé. A vécu la guerre. Entrée à l'EHPAD : 10/12/2013 pour cause de perte d'autonomie dans le cadre de sa maladie d'Alzheimer. ATCD médicaux : Hystérectomie* à ses 27 ans, Cataracte bilatérale opérée Chute février 2016 fracture inter trochantérienne fémur droit et pose de vis et plaque. Ostéosynthèse de la cheville droite Pemphigoïde bulleuse* diagnostiquée en octobre 2018 avec rémission complète juillet 2019. Évaluations : MMSE à 7/27 en Septembre 2013	Est divorcé. A deux filles mais les voit peu. A eu de nombreux métiers, dont chanteur dans les croisières auprès de personnalités, ce qu'il a adoré. Il voyageait beaucoup. ATCD médicaux : Entrée à l'EHPAD le 04/11/2015 car refus d'hospitalisation et retour au domicile difficile. Dépression à la suite de l'institutionnalisation, il pleurait alors beaucoup, et souffrait de ne « plus voir personne », il voulait partir. Déambulation avec chutes à répétition Évaluations : MMSE à 7/30 le 09/06/2015. Test des 5 mots de Dubois 4/10 avec intrusions.
Traitements	Médicamenteux : Dexeryl, Doliprane 500mg 6x/j, Inexium 40mg 1x/j, Lercan 10mg 1x/j, Levetiracet EG 500 mg 2x/ j, Levothyrox 75 mg 1x/j, Macrogol 4000 10g 1x/j, Mianserine arrow 30 mg 1x/j, Risperdal 1mg ½ 1x/ j, Seresta 10mg ½ 3x/j, Uvedose 2ml 1 fois tous les 90 j, Xalatan 50 mg/ml 1x/ j + Séroplex quand épisodes dépressifs. Non médicamenteux : Contention à 14h et au coucher tous les jours, régime al. spécifique, Kinésithérapie 30min	Médicamenteux : Dafalgan 500mg 6x/j, Déxeryl crème 1x/j, Duphalac 10g/15ml 1x/j, Mianserine arrow 30mg 1x/j, Preterax 2,5mg/0,625mg 1x/j, Uvedose ampoule 2ml un le matin tous les 90 j. Non médicamenteux : Barrières de lit au coucher tous les jours, Al. Régime hypercalorique HP 20 3x/j. Psychologie et kinésithérapie révolu. Car « <i>douleur trop importante pour la</i>	Médicamenteux : Bisoce 1,25 mg 1x/j, Doliprane 500mg 6x/j, Effexor LP 37,5 mg à libération prolongée 1x/j, Eliquis 2,5 mg 2x/j, Inexium 40mg 1x/j, Lasilix faible 20mg 1 x/j, Mianserine arrow 30 mg 1x/j, Modopar 125 3x/j, Movicol 2x/j, Uvedose 2ml un le matin tous les 90 jours Non médicamenteux : Régime al. Spécifique Kinésithérapie deux fois par semaine (marche, renforcement musculaire),

⁶⁶ Reflux gastro-œsophagien*

	2x/s (marche), art thérapie et zoothérapie 1h 2x/mois, groupe sensorimoteur 1h hebdomadaire	<i>verticalisation, évite l'appui, et refus par peur. »</i> Groupe de danse 1h 2x/mois (où elle chante surtout)	Groupe de danse (regarde, écoute, apprécie le groupe et raconte des souvenirs)
A V Q	Repas : aide à découper, besoin de stimulation, manger-main seule. Toilette : aide totale, porte une protection.	Toilette au lit. Repas : refus quand n'aime pas le menu, manger-main seule, très lentement, aide pour couper les aliments. Transferts : aide totale	Repas : mange avec ses couverts. Toilette au lavabo. Aide pour les transferts.
A savoir	Visites de sœurs tous les jeudis . Elle apprécie parler avec elles. Aime la pâtisserie, la télévision, musique (chanson française) et les jeux de ballon. Appréciait la lecture et l'écriture. Elle était demandeuse d'être en relation et d'être accompagnée, prise en soin. La cohabitation avec les autres résidents et les soignants était difficile. Elle priait plusieurs fois par jour, accordait de l'importance à garder son indépendance et à faire par soi-même (gérer papiers, mails, ordonnances, linge, etc.).	Visites de sa petite fille tous les 2-3 mois. Participe régulièrement aux animations. Aime beaucoup la musique et le chant, cela lui rappelle des souvenirs. Apporte une grande importance à la famille, à la rigueur et au travail. Porte une protection. Manifeste qu'elle est agacée de ne rien voir. Mme T dit faire des cauchemars en lien avec sa vie.	Visites de son ex-femme une fois tous les 4-5 mois, et d'une amie aux occasions : Noël, Pâques, anniversaire. Va aux animations de temps en temps où il peut participer. A son arrivée refusait d'y aller. Aime beaucoup la musique et le chant, surtout les chanteurs qu'il a rencontrés. Adorait danser, faire la fête, se faire beau et plaire aux femmes. Porte une protection, dit être gêné de se faire dessus mais avoir du mal à se retenir, et que cela gâche ses nuits.

2) Leur bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est un outil de travail indispensable au psychomotricien. Dans le cadre de la recherche, il est un outil méthodologique précieux, sa définition et son rôle ont été exposés précédemment⁶⁷. J-M. Albaret et E. Aubert (2001) nous disent que la sémiologie psychomotrice dans les démences de type Alzheimer est difficile à évaluer en raison des conduites d'évitement, voire d'opposition, et des nombreux refus. En effet, que ce soit avec Mme D, Mr H, ou Mme T, et malgré les précautions⁶⁸ prises, j'ai essuyé de nombreux refus dans la passation des tests standardisés. Les résultats des bilans psychomoteurs de chacun, présentés dans le tableau suivant, résultent donc de la passation de certains items de l'EGP (Examen Géro-onto Psychomoteur), parfois de leur inspiration lorsqu'ils devaient être adaptés, mais aussi d'observations qualitatives, à la fois spontanées (en milieu écologique et lors du bilan), et dirigées dans le cadre de propositions à visée évaluative.

⁶⁷ Cf. *supra*. Partie 1. III. 2., p. 18.

⁶⁸ Ensemble des points de vigilance indispensables au respect de la personne dans son intégrité, et qui permettent d'éviter l'apparition de troubles du comportement : décrits cf. *supra*, p. 63.

Tableau précisant la qualité des items psychomoteurs pour les trois résidents suivis

	Mme D	Mme T	Mr H
Sensorialité	Quasi cécité qui renforce sont agnosie*, ouïe conservée en partie, conservation de la sensation haptique, thermique et gustative. Mme D est en recherche sensorielle et principalement tactile.	Quasi cécité et déficit auditif, sur le plan tactile elle est très en demande, elle me touche très régulièrement la main lors du bilan, voire les cheveux et se touche elle-même.	Mr H possède un déficit auditif.
Relation et communication	Peu en relation spontanée à l'autre du fait de ses pathologies, mais est en demande relationnelle lorsqu'elle est disponible. C'est une dame attentionnée et courtoise. Elle présente une apathie, et une asthénie* qui limitent son expressivité émotionnelle faciale. Elle communique de manière non verbale par le regard, la posture, et les mimiques. Sur le plan verbal : aphasia globale, répond majoritairement par oui ou non, peut parfois faire des phrases courtes. Elle utilise aussi les cris pour s'exprimer, quand elle est en colère ou douloureuse. Capacité de compréhension en partie préservée, possible à certaines conditions : articuler, faire des phrases simples et très courtes, exagérer les mimiques faciales et les intonations et capter son regard.	Elle communique par le langage verbal et non verbal. Elle présente un manque du mot mais trouve des stratégies de compensation. Le langage non verbal riche et adapté, elle est expressive. Elle est bavarde et son discours est redondant, parfois désorganisé et incohérent. Il concerne sa vie passée. Elle possède des difficultés de compréhension. La séparation est un moment parfois difficile, elle peut alors me supplier ou me rejeter. Elle dit qu'elle aimerait que nous nous voyions plus souvent et plus longtemps. Concernant le toucher elle est très « tactile » : se touche beaucoup et me touche, mais n'aime pas être touchée. Elle est très ambivalente d'une manière générale dans la relation.	Monsieur courtois et blagueur mais méfiant au début. Il est adapté dans la relation. Sa communication à la fois verbale et infra verbale est riche. Les phrases sont construites et logiques, cependant il présente un manque du mot et peut prendre un mot pour un autre, il s'en rend compte et s'excuse, trouve une stratégie de compensation, et parfois s'énerve. Il est bavard et aime raconter sa vie. Sa pathologie dépressive se ressent dans son discours très négatif. Il présente un sentiment d'incurabilité marqué. Il vit très mal sa dépendance grandissante, son apparence corporelle qui change, son impuissance et son manque de liberté. Il est en colère contre les soignants. Il dit être prêt à mourir.
Tonus et posture	Tonus de fond : hypertonie du haut du corps et hypotonie buccale (ouverte). Postural : rétractations importantes au niveau du cou, et des épaules. Lorsqu'elle somnole elle est enfoncée dans son fauteuil, le buste en arrière en appui sur le dossier, avec une cyphose globale et cervicale très prononcée. Hypertonie* d'action. Présence de dysharmonies toniques* et de difficultés de régulation tonique. Cette hypertonie à la fois physiologique et pathologique engendre des douleurs, et une perception corporelle non unifiée. Mme D est capable de relâchement musculaire en situation de toucher thérapeutique et de régulation tonique lors de lancers de ballon.	Tonus de fond et de posture plutôt adapté, et d'action plutôt élevé avec des gestes rapides mais fluides. Il y a peu de restriction de mobilité en actif au niveau des articulations supérieures, plus au niveau inférieur ; elle ne semble pas présenter de douleurs à la mobilisation. Sa posture est très variable en fonction des jours. Elle peut se tenir droite comme affaissée. Elle ne peut que très légèrement corriger sa posture seule du fait d'un bassin peu mobile. Elle ajuste sa posture en relation en se tournant vers moi, elle peut alors être complètement penchée en bloc d'un côté, ou réaliser une torsion du tronc.	Hypertonie globale du corps, sauf la bouche qui est hypotonique* (reste ouverte). Difficulté à donner son poids lors de l'examen. Il est capable de régulation tonique (dans le sens de l'abaissement du seuil) quelques secondes au toucher et avec étayage verbal. Posture de base : se tient droit, bras joints au niveau du bas du ventre, cyphose cervicale. Tonus d'action : hypertonie des membres supérieurs comme inférieurs, difficultés de régulation lors du mouvement qui est saccadé. J'observe des dystonies*. Après plusieurs répétitions le mouvement se fluidifie et l'amplitude articulaire augmente.
	Le mouvement est très important pour Mme D. Schèmes du relever et de la marche conservés, chaque articulation est mobilisable	Elle est capable de se lever avec appuis sur ses accoudoirs et étayage verbal et corporel, et peut marcher sur quelques	Il apprécie la gym et dit que c'est important pour se conserver. Bonne amplitude articulaire de genoux et des

Motricité globale et fine	<p>activement mais son amplitude est faible. L'épaule, le poignet et les doigts ne peuvent réaliser en actif que des micromouvements. Le mouvement est très lent et le temps de latence important. Elle possède un ralentissement psychomoteur global. Pas de dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne. Équilibre statique : bipodal plus de 5s avec un appui main ; unipodal possible avec appui sur ses deux mains. Dynamique : marche avec appui sur la barre. Les praxies complexes et fines sont perdues, les gestes très automatisés comme essuyer la table, et les gestes sociaux sont préservés.</p>	<p>mètres en se tenant à une barre, mais depuis peu, sa peur de chuter l'en empêche. Concernant les membres inférieurs, elle mobilise préférentiellement l'articulation du genou et refuse de mobiliser hanches et chevilles. Les praxies complexes et fines sont perdues, les gestes sociaux sont préservés. Une certaine capacité de dextérité manuelle est préservée : elle peut mobiliser ses doigts des deux mains pour réaliser certains signes. Les coordinations oculo-manuelles sont rendues difficiles par la cécité.</p>	<p>coudes. Sont inférieures à 45° pour l'épaule, le poignet, la cheville et la hanche. Ses capacités de coordination et de dissociation des membres en position assise sont bonnes. Pas de dissociation des ceintures. Son équilibre est précaire. Avec entraînement, ses capacités de viser-atraper et de coordination ballon oculo-manuelle sont bonnes lors des lancers de ballon. Il peut bouger tous les doigts et les plier, le pianotage est difficile mais possible pour l'index et le majeur, pour certains doigts la dissociation motrice semble difficile et douloureuse.</p>
Représentations corporelles	<p>Schéma corporel : seules les principales parties du corps simples sont encore connues et localisables. Elle connaît sa droite et sa gauche. Localisation topographique de la sensation est difficile. Difficultés représentatives du fait des pertes cognitives, et perception probablement morcelée du fait de la douleur et les dysharmonies toniques. Concernant l'image du corps, elle possède une très faible estime de soi et se dévalorise, ainsi qu'une fragilité identitaire. Ces observations sont en lien avec sa perte d'autonomie, ses difficultés à faire le deuil de ses états corporels perdus, ainsi que son syndrome dépressif. Les limites de son enveloppe corporelle semblent perçues comme peu fiable. Elle présente probablement des angoisses psychiques et corporelles importantes, ainsi qu'une atteinte du sentiment continu d'exister vu son besoin constant d'être en mouvement.</p>	<p>Schéma corporel : elle peut montrer et nommer les quatre membres, les mains, les pieds, le visage et les cheveux. Concernant son image du corps, elle se renarcissise beaucoup et peut donner l'impression de quelqu'un de fier, voire de méprisant. Cela cache une très faible estime d'elle-même, qui entraîne une ambivalence du discours. Elle possède un besoin d'être écoutée, rassurée et valorisée. Son corps est identifié comme peu fiable, elle n'a pas confiance en ses capacités. Elle met son corps et ses ressentis à distance, concernant la douleur et la maladie, la vieillesse. Elle utilise de nombreuses antiphrases. Elle nie ses difficultés qui semblent très difficiles à accepter et peut se montrer agressive lorsque quelqu'un lui fait remarquer ou la met en difficulté. Elle est en situation de perte identitaire. Ses limites corporelles sont vécues comme peu fiables.</p>	<p>Son schéma corporel est structuré : les imitations de postures et de mouvements sont globalement bien réussies. Somatognosies : il peut montrer et nommer les parties, son aphasie partielle impacte sur sa réussite. Visage et membres supérieurs réussis, les parties du tronc nécessitent un indiciage, les membres inférieurs sont confondus. Image du corps : faible estime de soi, grande dévalorisation, est déprimé et en colère car son apparence devient « moche » et à cause de sa perte d'autonomie. Il est ambivalent par rapport à son corps, un corps objet : il dit ne pas l'aimer et peut le mettre à distance, idem concernant ses ressentis, et simultanément vouloir le faire « travailler » pour « aller mieux ». Il semble ne pas présenter d'angoisses corporelles et posséder une bonne perception globale de son corps.</p>
Espace - Temps	<p>Perte de la représentation et désorientation temporo-spatiale, dues à la maladie, mais aussi à son immobilité.</p>	<p>Espace autocentré : connaît sa droite et sa gauche ; Désorientation temporo-spatiale importante avec quelques repères temporels conservés.</p>	<p>Désorientation temporo-spatiale présente, avec certains repères conservés.</p>
Fonctions cognitives	<p>Pertes cognitives importantes, amnésie* globale, mémoire procédurale* en partie préservée, difficultés d'attention et persévérances motrices.</p>	<p>Déficit cognitif important, amnésie globale, surtout antérograde*, agnosie partielle et aphasie partielle. Anosognosie*</p>	<p>Anosognosie « c'est la vieillesse ». Agnosie partielle, amnésie surtout antérograde, difficulté de compréhension et d'attention, bradypsychie*.</p>

3) Les hypothèses pour expliquer leur copromanie

Maintenant que nous avons tous les éléments en notre possession, je vous propose de tenter de comprendre les raisons de la copromanie de ces trois patients. Toutes les hypothèses déjà citées dans la partie théorique sont évidemment valables, mais il faut maintenant y ajouter des hypothèses personnelles liées à l'histoire de ces personnes, à la spécificité de leur comportement, et aux conclusions de leur bilan psychomoteur. J. Maisondieu (2018, p 303) précise l'importance d'essayer de comprendre ces comportements : « *De la qualité de la traduction peut dépendre, même si c'est faiblement, l'évolution. [...] entériner purement et simplement son incurie et ses troubles sphinctériens comme des symptômes de la maladie c'est prendre le risque qu'il se sente lui-même traité en déchet d'humanité inintelligible* ».

Mme D recouvre tout son corps et ses cheveux de ses excréments. Selon moi c'est une tentative de reconstruction d'une perception et d'une représentation corporelle unifiée, contenante, et de son enveloppe corporelle, fragilisées par sa maladie, ses troubles sensoriels, et son immobilité. Je pense que cela vise aussi à répondre à ses besoins vitaux relationnel, d'expression, et de toucher, non assouvis à cause de la vieillesse et des troubles cognitifs, dans un mouvement actif de lutte pour la vie en lien avec son tempérament combatif.

Mme T crée des boules avec ses excréments, et les dispose de façon ordonnée afin de réaliser différents tas. Selon moi, c'est une façon d'essayer de faire le bilan de sa vie, de ce qui est réalisé et de ce qu'il reste à faire, de tenter de régler les traumatismes ou conflits enfouis qui refont surface, mais aussi d'ordonner ses souvenirs et pensées afin de vérifier que tout y est. Ce comportement de contrôle viserait à diminuer son anxiété et à soutenir son identité. Elle étalerait également ses excréments afin d'exprimer son désaccord, et sa colère. Elle me dit d'ailleurs un jour « je ne me laisse pas faire, leur dis MERDE, MERDE [épelle] M-E-R-D-E ! ».

Mr H sort les excréments de sa protection et les répand. La dimension relationnelle semble prédominante dans l'explication de sa copromanie. Elle lui permettrait d'exprimer sa colère et de communiquer son mécontentement et son mal-être dus à son impuissance et aux pertes subies. Elle serait une tentative de reprendre le contrôle de sa vie et peut-être, une façon maladroite d'appeler à l'aide.

Ces hypothèses de compréhension de la copromanie de Mme D, Mme T, et Mr H, aident finalement à mieux comprendre ces personnes et à cibler leurs besoins spécifiques. Elles vont donc servir à préciser les axes thérapeutiques.

4) Le projet thérapeutique de chacun

Le projet thérapeutique est défini à partir de plusieurs données : l'indication* de la prise en charge, l'anamnèse, le bilan psychomoteur, et les besoins de la personne dans sa vie quotidienne. Il comprend le cadre de la prise en charge⁶⁹, mais aussi ses objectifs globaux, ici communs aux trois patients car dépendant de leur pathologie et de la raison commune de leur suivi : la copromanie. Ces derniers ont été développés dans la partie items psychomoteurs, et concernent la conscience corporelle, l'image du corps, le schéma corporel et la relation, mais aussi l'importance de redevenir sujet, et d'avoir un espace d'expression et de symbolisation des éprouvés, des traumatismes et des conflits psychiques. Le projet thérapeutique comprend également la médiation, ainsi que les raisons de son choix⁷⁰. Enfin, il contient les axes thérapeutiques spécifiques à chaque patient. Ce sont ces derniers, que je vais donc maintenant définir.

Tous les aspects psychomoteurs sont à soutenir. Certains items semblent être à stimuler préférentiellement car ils sont indispensables à une qualité de vie décente, répondent à des besoins vitaux, ou parce qu'ils entrent en jeu dans le comportement copromaniaque. Voici les axes thérapeutiques de chaque patient.

Mme D :

- Répondre à son besoin relationnel et d'être touchée, et soutenir ses capacités relationnelles et communicationnelles verbales et non verbales.
- Soutenir ses capacités de régulation tonico-émotionnelle par le toucher afin de diminuer les douleurs, de permettre un apaisement psychocorporel et d'harmoniser la perception corporelle.
- Renforcer son schéma corporel : en nommant les différentes parties du corps touchées et grâce au toucher qui unifie l'enveloppe et relie les différentes parties du corps entre elles.
- Soutenir son estime de soi et son investissement corporel : grâce aux nouvelles sensations positives de plaisir et de détente associées au corps lors du toucher massage. Dans la relation intime et attentionnée du dialogue tonico-émotionnel, une image positive de soi se recrée.
- Renforcer le sentiment d'une enveloppe corporelle bien délimitée, solide, et souple.
- Restaurer le sentiment de contenance : grâce au toucher, au regard et la parole contenant, qui créent une deuxième enveloppe sensorielle pare-excitatrice.
- Soutenir le sentiment continu d'exister et diminuer les angoisses de vide et de mort par l'intégration des différentes sensations corporelles.

⁶⁹ Décrit précédemment cf. *supra*. Partie 2. II. 3, p. 62.

⁷⁰ Décrite précédemment cf. *supra*. Partie 2. II. 2, p. 55.

Mme T :

- Répondre à sa demande relationnelle importante et à son besoin tactile, et soutenir ses capacités relationnelles et communicationnelles verbales et non verbales.
- L'aider à traiter les traumatismes et conflits et qui l'animent, et à faire le bilan de sa vie grâce à la figuration, l'expression, la mémoire sensorielle, mais aussi par la présence et l'écoute soutenue et contenante du thérapeute : « *Il nous faut aider ces sujets en souffrance à réactualiser ce qui peut l'être, tout en les aidant à contrôler ce débit souvent intempestif et douloureux* » (G. Quitaud, 2004, p 156).

Renforcer ses représentations corporelles :

- Soutenir son schéma corporel par un travail sensoriel et de conscience corporelle.
- Soutenir son identité : grâce à un travail d'expressivité et de conscience corporelle, en relation et dans lequel elle se sent sujet et actrice.
- Soutenir son estime de soi, sa renarcissisation et son investissement corporel : par un travail corporel et sensoriel où le corps ne sera plus seulement vécu comme un poids source de souffrances, mais comme un lieu de plaisir, possédant encore des capacités instrumentales et relationnelles.

Mr H :

- Répondre à son besoin relationnel, et d'être écouté et compris.
- Soutenir ses capacités relationnelles et communicationnelles verbales et non verbales.
- Soutenir son schéma corporel par un travail sensoriel et de conscience corporelle.
- Améliorer ses capacités de régulation tonico-émotionnelle afin de diminuer ses douleurs et difficultés respiratoires, de soutenir une représentation corporelle unifiée, et de permettre un apaisement psychocorporel.
- L'aider à apaiser sa colère (et son agressivité) envers lui-même et les autres par son expression, sa figuration, et l'écoute empathique.
- Soutenir sa relance objectale en remobilisation son énergie psychique : l'aider à passer du 3^e stade du deuil, qu'est la dépression et de la colère, au stade suivant du deuil achevé faisant place à l'élan de vie. L'aider à trouver le juste équilibre entre prendre conscience de ses capacités réelles restantes et faire le deuil des pertes et remaniements subis.
- Soutenir son estime de soi grâce à un travail corporel et perceptif, où le corps ne sera plus seulement vécu comme un poids source de souffrances, mais comme un lieu de plaisir, possédant encore des capacités instrumentales et relationnelles.

L'objectif final est de tenter de répondre à leurs besoins primaires psychomoteurs, et de les aider à réaliser un processus de sublimation de leur comportement copromaniaque, afin de diminuer leur copromanie.

5) Le déroulement et l'évolution des prises en charge⁷¹

J'ai rencontré Mme D le premier jour de mon stage, le 26/09/19 lors de l'atelier pâtisserie du vendredi matin à l'UVP. Nous nous sommes vues dans ce cadre jusqu'aux vacances de Noël. A partir de la rentrée 2020, le suivi individuel a commencé. Nous avons réalisé huit séances de toucher terre ensemble entre le 17/01 et le 13/03. Les prises en charge ont dû se stopper mi-mars compte tenu de la crise sanitaire due au coronavirus. Les deux premières séances ont permis à Mme D une prise de contact avec la terre et l'eau. Lors de ces courtes explorations libres elle a pu verbaliser, et j'ai pu observer qu'elle appréciait mettre ses mains dans l'eau tiède, mais pas dans la terre, plus froide et plus dure. Malgré son attirance certaine pour la matière, elle l'explore peu, notamment car son faible tonus digital rend l'entreprise difficile et extrêmement coûteuse en énergie, même lorsque la terre est liquide. Le chaud renvoie à la vie, à la douceur et au maternage, il est enveloppant et sécurisant. Je propose donc à Mme D une expérience reposante et maternante pour les prochaines séances : le toucher massage des mains et des avant-bras, puis leur enveloppement. Elle accepte.

Elle semble grandement apprécier ce temps juste pour elle, et grâce au dialogue tonico-émotionnel, elle parvient au fur et à mesure des séances à donner son poids et à réguler son tonus. J'observe d'abord une amélioration au niveau des mains, qui s'ouvrent et se tournent vers le plafond, alors qu'en début de séance elles étaient fermées et rétractées en pronation. Lors des séances suivantes, je remarque : une augmentation de la souplesse et des amplitudes au niveau articulaire lors de leur mobilisation, un relâchement possible de la mâchoire et des muscles du cou, des épaules également qui s'abaissent, et je sens ses bras habituellement figés en flexion, qui se détendent et prennent du poids. Mme D semble particulièrement sensible aux mobilisations amples et rythmées qui permettent de sentir la souplesse et le mouvement du corps. Elles s'accompagnent souvent d'un très léger rictus, et d'une respiration qui s'amplifie, se régularise, et s'entend du thorax au ventre et aux épaules. La détente physique observée s'accompagne d'une détente psychique et émotionnelle. Les séances lui ont ainsi permis d'expérimenter « d'être ni en mouvement, ni totalement passive », mais dans l'entre deux où le sujet advient, parce qu'il parvient malgré l'immobilité, à être acteur dans la relation et à l'écoute de ses ressentis.

Dès la troisième séance, durant le temps de mise en disponibilité consacré à la rencontre de l'eau et de la terre, Mme D évoque la question « de se lever ». Effectivement, durant la séance elle continue parfois à se lever puis s'asseoir. Ce jour-

⁷¹ Écrit élaboré à partir de l'outil méthodologique « observation participative » Ex. cf. *infra*. Annexe II, p. II.

là c'était le cas. Elle me confie « je n'arrive pas à me lever ». Je tente alors d'accueillir sa verbalisation, en mettant des mots sur l'importance d'être debout et en mouvement pour elle, et en validant sa difficulté tout en soulignant sa réussite. Par la suite, sa tasikinésie et son acathisie vont diminuer lors des séances, jusqu'à cesser totalement. Au fur et à mesure elle intègre certains repères : elle me reconnaît lorsque j'arrive, s'assied et me présente ses mains pour que je les masse. Elle prend également confiance en moi et en elle : elle accepte désormais que nous allions à une table seules pour être « plus tranquilles », et peut fermer les yeux durant le toucher thérapeutique. Le fait qu'elle parvienne à se poser témoigne de la diminution de ses angoisses corporelles de vide et de mort et de l'amélioration de son sentiment continu d'exister.

Parfois la séance l'endort, parfois à l'inverse elle lui permet de s'éveiller, et la rend davantage disponible relationnellement, mais aussi plus performante sur le plan moteur. L'effet positif du toucher sur sa conscience corporelle a pu s'observer dans ses actions de repositionnement en fin de séances, témoins d'une perception proprioceptive et d'une représentation posturale du corps améliorées lors de celle-ci. J'ai également pu observer plusieurs fois qu'elle était davantage expressive en fin de séance qu'au début, avec une augmentation des mimiques faciales et une diminution de l'apathie. Enfin, elle a pu verbaliser et exprimer corporellement de nombreuses fois le plaisir ressenti durant le massage, vécu positif du corps permettant son réinvestissement et l'amélioration du narcissisme.

J'ai rencontré Mme T le 29/11/19 suite aux entretiens avec les soignants, afin de voir si un suivi en psychomotricité était envisageable. A sa demande, nous nous revoyons chaque vendredi de décembre. J'effectue son bilan psychomoteur le 20/12 et le 10/01/20. A partir du 17/01 la prise en charge par le toucher terre commence. Elle prendra fin le 16/03/20, nous avons donc réalisé neuf séances ensemble. Les trois premières séances sont dédiées à la rencontre de la terre et de l'eau. Mme T est peu attirée par la matière, elle la touche à ma demande mais elle dit ne pas aimer, et que cela la dégoûte. Malgré de nombreuses tentatives d'approche, avec une terre présentée sous différentes formes et textures, les refus perdurent « non merci, c'est pas trop mon truc ». Nous réalisons donc à la séance suivante un essai à la pâte à sel, matière également malléable, mais qui ne salit pas les mains, et qui renvoie moins au sale et aux fèces que la terre. De plus, elle ne refroidit pas et n'évoque donc pas la mort. L'essai n'est pas concluant. A partir du 14/02, face aux refus de Mme T et à sa demande récurrente de chanter ensemble, nous décidons de changer de médiation. Nous utiliserons la musique et chant, et nous conserverons un temps d'exploration sensorielle de divers objets et matières en début de séance.

Durant la séance d'exploration de la pâte à sel et sur ma proposition, Mme T la serre pour créer l'empreinte de ses doigts. En la découvrant, elle la regarde un instant, rit, puis change de sujet, en refusant d'explorer davantage. Cela montre la fragilité de son image du corps et sa difficulté de s'y confronter. D'une manière générale, elle met à distance son corps et ses ressentis : elle refuse les exercices moteurs, ainsi que les propositions sensorielles et de conscience corporelle. En début de suivi, elle niait ses difficultés et évitait les sujets difficiles. Elle possédait également une très faible estime d'elle-même : « c'est moche, comme mon gros nez » « je chante mal » « je n'ai que des défauts », etc. Le plaisir corporel et relationnel qu'elle a éprouvé et verbalisé durant les séances musicales, a permis un réinvestissement positif d'elle-même et a ainsi diminué sa mise à distance corporelle. Au fil du temps, elle a davantage investi les propositions sensorielles, et a même pu initier un automassage et des lancers de balle, choses totalement inenvisageables en début de prise en charge. Mme T a également pris confiance en elle et dans la relation. Elle me considère peu à peu comme un repère stable et fiable : elle descend plus facilement en bas pour la séance à condition que je reste bien avec elle, et ses grandes difficultés de séparation liées à la peur de la perte du lien créé diminuent. Elle ose également peu à peu chanter ou fredonner lorsqu'elle ne connaît pas les paroles de la chanson écoutée.

La relation est très importante pour elle, elle a pu verbaliser que ce lien thérapeutique créé était précieux, et qu'elle était « considérée, écoutée et respectée comme avant ». Le suivi en psychomotricité a permis de répondre à son besoin affectif et tactile. Un dialogue tonico-émotionnel a pu s'établir à plusieurs reprises : en me racontant les éléments de sa vie que lui rappelaient les chansons, elle me serrait presque à chaque fois la main, et, lors d'une séance elle a souhaité me masser le bras avec une balle en tissu. Cette contenance qu'elle est venue chercher chez moi en me touchant lui a permis de s'apaiser émotionnellement, et de réussir à mettre en mots certains conflits et vécus refoulés car source de souffrance, comme par exemple son traumatisme de guerre, et certains regrets qu'elle a.

A ce propos, la musique en stimulant sa mémoire sensorielle, a favorisé la verbalisation de nombreuses souffrances, et a ainsi soutenu le processus de deuil et l'amélioration de son image du corps. Elle a pu exprimer à travers ses propositions de chants Bretons, l'importance pour elle de ses origines et de la famille, tous deux perdus et pourtant constitutifs de son identité. Ses angoisses de vide et de mort massives, repérées sous la forme de blagues sur le thème de la mort, et dans son besoin irrépensible de combler tout « blanc » ou toute inactivité, ont pu s'exprimer également : « je ne suis pas morte » et « je ne veux pas mourir » lorsque nous écoutons

Édith Piaf chanter « *mon cœur qui...baaaaat* ». Le chant lui a également permis de s'exprimer. Elle criait certaines phrases comme « je ne suis pas si vilaine » au lieu de les chanter, en tapant son poing sur la table comme pour s'affirmer, mais aussi évacuer une intense colère.

La conservation du temps d'exploration sensorielle en début de séance lui a finalement permis de revivre certaines expériences. Elle a reproduit avec la pâte à sel l'action réalisée dans sa copromanie de former des boules avec la matière, puis de les trier en tas. Elle a également refait l'expérience du dedans-dehors et de sortir la matière, en explorant une balle molle comportant un trou duquel elle a extrait l'ensemble des protubérances élastiques qu'il contenait. Lors de la dernière séance, Mme T évoque un souvenir jamais partagé et très différent des sujets de d'habitude. Elle me raconte une période de sa vie où elle se serait occupée d'un petit garçon de trois ans, qu'elle consolait lorsqu'il était triste et à qui elle donnait des gâteaux à manger. Dans l'histoire on lui dit que c'est elle la mère, mais elle ne l'admet pas. Évoquait-elle à ce moment son jeune fils décédé, dont elle ne m'a jamais parlé avant ?

J'ai pu finalement remarquer que pour Mme T, ce n'était pas la médiation ou la proposition qui comptait, mais la relation, l'importance d'être écoutée et accompagnée dans ce long et difficile travail de deuil et d'acceptation, loin d'être terminé : « On peut faire tout ce que vous voulez du moment qu'on est ensemble ».

J'ai rencontré Mr H le 13/12/19. A sa demande, nous continuons de nous voir chaque vendredi de décembre. Le bilan psychomoteur est réalisé le 17/01/20. La prise en charge par le toucher terre débute donc le 24/01, pour cinq séances seulement car Mr H a été hospitalisé du 4 au 9 Mars pour insuffisance respiratoire, puis en confinement pendant deux semaines par mesure de prévention. Lors de la première séance, Mr H accepte de contacter la terre. Il plonge ses mains dedans et explore un peu. J'observe qu'il se crispe, et ses mimiques faciales témoignent qu'il n'apprécie pas. Il me demande de lui enlever la terre des mains en m'avouant timidement : « on pourrait faire autre chose la prochaine fois, je n'aime pas trop ». Nous retentons l'expérience les deux séances suivantes avec de la terre moins liquide et de la pâte à sel mais il refuse, et me demande à chaque fois de réaliser des exercices de respiration car il dit avoir du mal à respirer. Il aimerait aussi écouter de la musique, ce que nous faisons donc. Il est très investi dans sa prise en soin et souhaite « travailler », il propose à chaque séance de nouveaux exercices et souhaite que nous nous voyions plus longtemps et plus souvent. Ces refus du toucher terre sont pour moi un signe positif de son affirmation en tant d'individu acteur de sa vie et capable d'exprimer ses besoins.

Mr H est lucide par rapport à sa maladie et a besoin de parler de ce qui ne va pas. En début de prise en charge, il m'explique à de nombreuses reprises être très gêné par son énurésie et son encoprésie, et la relation de dépendance aux soignantes que cela entraîne. Il associe cette perte de contrôle du corps à son dépérissement et me dit que la fin est proche. Il est en colère contre lui mais aussi contre les soignantes qui lui « font du mal ». Il dit être traité comme un animal et ne pas se laisser faire. Il verbalise ses difficultés, mais c'est un discours machinal et de surface. Les séances de psychomotricité nous ont permis d'aller plus en profondeur et de mettre des mots sur ce qu'il restait à traiter, en passant par un travail corporel sensoriel et respiratoire, faisant appel aux émotions et à la mémoire des souvenirs. Il exprime que l'écoute musicale et le travail respiratoire lui font du bien, mais que c'est très « dur ». Cela lui rappelle les bons souvenirs de sa « vie d'avant » et l'émeut beaucoup. Me raconter ses souvenirs l'aide à faire le *bilan de sa vie* et il dit que cela lui « fait du bien ». Il peut exprimer : « Ça fait beaucoup. D'un coup presque, il n'y a plus rien, en plus j'ai perdu beaucoup de monde » et « c'est dur à accepter, de vieillir, mais il faut ».

En parallèle de ces progrès, l'état général de Mr H se dégrade, il est de plus en plus fatigué et a du mal à respirer. Il chute le 13/02, ce qui majore sa dépression, sa désorientation et sa fatigue. Son apathie et son asthénie rendent plus difficile l'amorce de la séance, mais elles diminuent au cours de celle-ci en même temps que sa jovialité, et son investissement corporel augmentent. Sa respiration également s'amplifie et se régularise grâce aux exercices respiratoires, rythmiques, et au chant. Mr H arrive de mieux en mieux à exprimer ses ressentis et le suivi l'aide à réaliser le *deuil d'un moi idéal*, et à accepter l'approche de la mort. Il dit : « Je suis prêt à mourir vous savez, j'ai fait ma vie, je n'ai plus peur », et il me donne des conseils concernant la vie qu'il me reste à vivre et me souhaite d'en profiter comme il l'a fait.

Nous nous revoyons pour la dernière fois le 13/03 alors qu'il est en confinement dans sa chambre depuis son retour d'hospitalisation. Il est épuisé, confus, mais aussi déprimé et en colère « d'être faible » et qu'on lui ait « fait du mal » à l'hôpital. En effet, lorsqu'il rentre d'hospitalisation, il porte des contentions aux bras et aux chevilles, et il est décrit comme « agité et agressif ». Il ne souhaite pas écouter de musique, ni réaliser d'exercices respiratoires mais demande de « discuter ». Cette dernière séance lui permet de verbaliser son vécu traumatique de l'hospitalisation et du confinement en chambre. Au fur et à mesure de la séance, son discours est plus structuré et le manque du mot diminue, il reprend contact avec son corps qu'il « ne sentait plus » et il me demande de l'aider à se reposturer et de « bouger ». Nous réalisons donc à sa demande un échauffement articulaire. Il verbalise que ses douleurs diminuent et que ça « se

déverrouille ». L'apathie laisse place à l'expressivité et à de nombreux sourires. En fin de séance je lui annonce que c'était sûrement la dernière, compte tenu du contexte sanitaire, il me répond « Vous serez toujours la bienvenue ici, merci beaucoup ». Mr H est décédé fin Mars. Cette prise en charge a été courte mais intense, à la fois émotionnellement et sur le plan du travail réalisé.

IV. 4^{ème} étape : Analyse des données récoltées

Une fois l'enquête sur le terrain réalisée, il nous faut analyser son impact. Trois outils méthodologiques ont donc été mis en place. Ils permettent de recueillir des données objectives concernant l'état psychocorporel et la copromanie des trois résidents testés au court du temps, et donc d'observer leur évolution au fur et à mesure de la prise en charge.

1. Bilan psychomoteur de fin d'étude

Devant l'arrêt précipité des prises en charges dû à la crise sanitaire actuelle, les bilans psychomoteurs de fin d'étude de Mme D, Mme T, et Mr H n'ont pas pu être réalisés. Ils visaient à recueillir des données précises sur leur état psychomoteur, afin de pouvoir comparer les résultats obtenus à chaque item psychomoteur entre l'examen de fin de prise en charge et celui de début. Nous avons pu remarquer qu'il existait une corrélation entre copromanie et : besoins primaires insatisfaits, difficultés relationnelles, communicationnelles, expressives, de régulation émotionnelle, de représentation de soi, et à réaliser les deuils liés à la maladie et à la sénescence. L'idée était donc de déterminer si la psychomotricité permettait ou non d'améliorer ces fonctions, afin de mettre en lien dans un deuxième temps, l'évolution de l'état psychomoteur du sujet, avec l'évolution de son comportement copromaniaque⁷². Malgré l'absence de bilan psychomoteur, je pense que nous pouvons humblement établir, au regard des observations réalisées précédemment dans la partie « déroulement et évolution des prises en charge », que la prise en charge psychomotrice a permis de combler certains besoins fondamentaux, et d'améliorer certaines fonctions psychomotrices chez les trois patients suivis.

2. Entretiens de fin d'étude avec le personnel de l'EHPAD

Les présents entretiens devaient se dérouler en avril, ils n'ont pas pu être réalisés. Le personnel vivant un état de crise pour cause d'épidémie de coronavirus, il n'était pas disponible pour les entretiens. Nous devons réitérer les entretiens de début

⁷² Grâce à l'analyse des grilles d'évolution de la copromanie et des entretiens de fin d'étude avec les soignants.

d'étude concernant le comportement copromaniaque de Mme D, Mme T, et Mr H. L'objectif était, une fois encore, de pouvoir comparer les données recueillies en amont et en aval de la prise en charge psychomotrice afin de repérer les éventuels changements dans le comportement des résidents suivis. Ces résultats auraient pu être confrontés avec ceux recueillis grâce aux grilles d'évolution de la copromanie⁷³.

3. Grilles d'évolution de la copromanie

Les grilles ont été affichées dans les postes de soin de l'EHPAD du 17/01/20 au 14/03/20 afin qu'elles soient remplies par les soignants. Pour rappel, elles ont permis de suivre quotidiennement le comportement copromaniaque des trois patients pris en soins, mais aussi de Mme F, sujet témoin également atteint de copromanie mais non pris en charge en psychomotricité. J'ai croisé les données ainsi recueillies avec celles du logiciel de transmission de l'EHPAD dans lequel les équipes, et notamment celles de nuit, ont bien voulu à ma demande notifier les occurrences du comportement copromaniaque et les informations qu'il leur semblait important de me transmettre. Ceci m'a permis d'obtenir les informations les plus justes et précises possibles malgré ma présence restreinte sur le lieu de recherche, mais également de connaître l'évolution de la copromanie dès décembre, avant même le début des prises en charge et l'instauration des grilles d'évolution de la copromanie. Le détail des données recueillies se trouve en annexe VII p. XVIII. Je vous propose maintenant de les analyser.

L'analyse sera à la fois qualitative : qualité de la réponse à la question posée, jour, heure, remarques ; et quantitative : fréquence d'apparition et évolution globale. Pour chacun des quatre sujets de l'étude, la synthèse des données recueillies se présentera sous la forme d'un tableau, puis fera l'objet d'une analyse.

Tableau synthétisant les données recueillies de l'évolution de la copromanie de Mme D

	Décembre	Janvier	Février	Mars
Survenue (nbre de fois)	4	3	0	4
Jour et heure	- Jeudi 5 nuit et matin - Vendredi 13 nuit - Samedi 14 à 5h45 - Jeudi 19 nuit (2x)	- Mardi 7 à 0h32 - Vendredi 10 nuit et 5h32 - Jeudi 30 nuit et 5h53		- Samedi 7 à 8h30 - Dimanche 8 matin - Lundi 9 nuit et matin - Lundi 16 matin (2x)
Remarques			- Grille peu remplie par les soignants - Le 9 Malaise - Le 23 Chute	- RDV Hôpital le 7 - Malaise et asthénie le 14 → Alitement et mise en quarantaine - 16 Mars : Arrêt étude

⁷³ Outil méthodologique présenté cf. *supra*. Partie 1. III. 2., p. 18 ; et consultable cf. *infra*. Annexe III, p. V.

D'après les données recueillies, il semble qu'à chaque fois que le comportement survient, Mme D ne porte pas de grenouillère. Nous notons qu'au cours de l'étude la forme et le mode d'apparition du comportement sont constants : elle étale sur son corps et sur les objets, la nuit ou tôt le matin, de plusieurs fois par jours à plusieurs fois par mois. Au fur et à mesure de la prise en charge on ne constate ni majoration, ni minoration du comportement. Les jours d'apparition varient, on remarque cependant que cinq fois, sur onze au total, le comportement s'est déroulé le jeudi ou dans la nuit précédant ou suivant le jeudi. Peut-être y a-t-il un lien avec le fait que le jeudi soit son jour de visite. On peut souligner l'absence du comportement au mois de février, peut-être lié à son important affaiblissement physique ce mois-ci. En mars Mme D réalise de la copromanie trois jours à la suite, ce qui coïncide avec la date de son rendez-vous pour sa radiologie à l'hôpital. Peut-être ce dernier l'a-t-il désorientée, la copromanie aurait alors été un signe de désorientation massive réactionnelle, ou une tentative de reprise de repères et de maîtrise.

Tableau synthétisant les données recueillies de l'évolution de la copromanie de Mme T

	Décembre	Janvier	Février	Mars
Survenue	0	2	3	4
Jour et heure		- Mercredi 8 matin - Lundi 20 nuit	- Mardi 18 matin - Vendredi 21 matin - Dimanche 23 matin	- Mardi 3 à 23h54 - Mercredi 4 nuit - Lundi 9 matin - Samedi 14 matin
Remarques	Alerte surveillance des selles 0, constipée ++		« De plus en plus calme, moins agressive »	- 16 Mars : Arrêt de l'étude

Nous remarquons qu'au cours de l'étude la forme du comportement varie : les données recueillies montrent que Mme T ne réalise plus de boule ni de tas qu'elle répand dans sa chambre, mais elle étale désormais ses excréments dans son lit. Cela peut être dû au fait qu'elle ne marche plus depuis décembre, mais aussi en lien avec notre travail. Le moment d'apparition n'a pas changé : c'est tard le soir, la nuit, ou le matin. Les jours d'apparition sont variables et plus ou moins espacés. La fréquence d'apparition a très légèrement augmenté au fil du temps, mais avec les éléments à notre disposition, nous ne pouvons rien en conclure. Les soignants notent une amélioration relationnelle chez Mme T au fur et à mesure de la prise en charge psychomotrice.

Tableau synthétisant les données recueillies de l'évolution de la copromanie de Mr H

	Décembre	Janvier	Février	Mars
Survenue	?	2	2	0
Jour et heure		- Mardi 21 matin - Vendredi 24 matin	- Dimanche 23 matin - Vendredi 28 matin	
Remarques	Les soignants de Mr H ne sont pas encore prévenus de l'étude en cours.	Très fatigué, essoufflé, douloureux	- Chute le 13 - « De plus en plus calme »	- Hospitalisé du 4 au 9 - En quarantaine à partir du 10 - 16 mars : Arrêt étude

Concernant le mois de décembre, je n'ai pas pu recueillir les informations nécessaires, n'étant pas encore en contact avec l'équipe soignante s'occupant de Mr H. Le comportement copromaniaque de Mr H est plutôt stable dans sa fréquence d'apparition et dans sa forme de survenue. Nous ne pouvons établir de lien entre le suivi en psychomotricité et l'évolution de sa copromanie, cependant deux fois sur quatre le comportement survient le vendredi matin avant la prise en charge. En janvier, les deux fois où Mr H a réalisé de la copromanie correspondent exactement avec les dates d'apparition de son épisode d'insuffisance respiratoire. Peut-être que la copromanie a été une tentative de lutter, et de contrôler son corps qui le lâche, mais aussi une façon d'exprimer sa colère et son angoisse. Durant la première quinzaine de mars aucune occurrence n'est recensée, cela peut être dû à sa grande fatigue psychocorporelle, et aussi au fait que l'étude n'a pas pu être menée du 4 au 9 du fait de son hospitalisation. Enfin, les soignants notifient dans la grille que Mr H est de moins en moins agressif avec eux lors des soins.

Le tableau synthétisant les données recueillies de l'évolution de la copromanie de Mme F, ainsi que son analyse se trouvent en annexe VIII p. XXXIV. Ils révèlent un comportement dont la fréquence est fluctuante. Nous n'observons pas de différence significative entre l'évolution du comportement copromaniaque de Mme F et celui des patients suivis en psychomotricité, au fur et à mesure de l'avancée de la prise en charge. La copromanie est un comportement dont la fréquence fluctue grandement. Elle survient par périodes, et semble très liée au contexte environnemental de la personne et à son état psychocorporel et somatique du moment.

Il aurait été intéressant de pouvoir présenter les résultats de l'étude aux soignants qui y ont participé, afin de les remercier d'abord, mais aussi de recueillir leur point de vue. Nous aurions également pu confronter leurs impressions personnelles avec les résultats obtenus, mais aussi apprécier l'évolution probable de leur rapport à la copromanie et aux résidents atteints.

Partie 3 -RESULTATS DE LA RECHERCHE ET DISCUSSION

I. Conclusion de la recherche

D'après les résultats de l'analyse précédente, on peut conclure⁷⁴ qu'une prise en charge psychomotrice par le toucher terre ou la médiation musique et chant de quarante-cinq minutes par semaine sur deux mois et demi ne permet pas une diminution du comportement copromaniaque des personnes âgées qui en sont atteintes. Nous n'observons pas d'augmentation non plus. Les fluctuations observées dans la fréquence du comportement semblent être liées à d'autres facteurs. On constate un lien avec certains évènements de la vie quotidienne de la personne, et notamment ceux ayant un fort impact émotionnel et relationnel comme les visites. Certains évènements peuvent majorer le comportement : annonce diagnostic, évènements portant atteinte à l'intégrité psychocorporelle de la personne ou rendant impossible l'assouvissement des besoins fondamentaux : hospitalisation, mise en quarantaine, alitement. D'autres facteurs peuvent, chez certaines personnes, diminuer la copromanie : fatigue psychocorporelle extrême ou perte des capacités motrices. La copromanie survient donc par période, et sa manifestation (forme, fréquence) varie beaucoup entre les individus, car elle dépend de leur propre histoire et sensibilité.

La réponse à la problématique de la recherche : « **La prise en charge psychomotrice par le toucher terre peut-elle diminuer le comportement copromaniaque des personnes âgées qui en sont atteintes ?** » est donc : nous n'avons pas pu établir de relation de cause à effet. Dans la présente étude, l'unique prise en charge par le *toucher terre* qui a été réalisée n'a pas diminué le comportement copromaniaque de la personne atteinte. Cependant, l'étude a montré que cette médiation est tout à fait adaptée aux besoins de ces personnes, et qu'elle présente pour eux de nombreux avantages.

L'étude présente nous a fourni d'autres éléments de réponse. Elle révèle que la prise en charge psychomotrice auprès de la personnes âgées copromaniaque semble pouvoir faire varier la forme de son comportement. Par exemple, passer de la création de boules avec ses excréments et de leur répartition en tas, à un simple étalage. Cela signifie qu'elle peut avoir un impact sur le comportement. Si la prise en charge avait perduré, peut-être que d'autres effets sur la copromanie auraient pu s'observer. L'étude montre par ailleurs, que les lieux et horaires de réalisation du comportement sont constants avec ou sans prise en charge. Enfin, la recherche démontre les effets positifs de la prise en charge psychomotrice des personnes âgées copromaniaques sur

⁷⁴ Dans le strict cadre de cette étude.

elles-mêmes, et sur les soignants. Elle apporte une régulation tonico-émotionnelle permettant une diminution de l'agressivité et une meilleure adaptation relationnelle des personnes suivies. Selon les soignants ayant participé à l'étude, cela permet d'améliorer le déroulement des soins quotidiens, la qualité de vie des personnes copromaniaques, mais aussi les conditions de travail et la satisfaction personnelle d'être un « bon soignant ».

J'ai pu remarquer lors de l'enquête, que certaines personnes copromaniaques (Mme D) et d'autres l'ayant été (Mme L, Mme V) présentaient un attrait particulier pour l'exploration de l'argile. Cette expérimentation semblait leur procurer un grand plaisir et répondre à certains de leurs besoins. A l'inverse, à mon grand étonnement, j'ai pu découvrir que l'argile pouvait dégoûter certaines personnes copromaniaques. Son mode de présentation ainsi que les propositions peuvent alors être adaptées : terre plus ou moins dure, lisse, liquide, présentée en boule ou répartie dans un contenant, utilisée avec ou sans outils, etc. La pâte à sel peut également être recommandée. Une autre alternative possible est la médiation musique et chant. Elle est très adaptée aux personnes âgées atteintes de démence, présente de nombreux avantages et permet des propositions variées. La médiation est au final un outil de travail, et c'est le psychomotricien qui la rend thérapeutique de par sa formation professionnelle.

La présente recherche atteste de l'intérêt certain de la médiation *toucher terre* auprès des personnes âgées copromaniaques. L'enquête sur le terrain a montré qu'elle était un outil soutenant la réactualisation des représentations corporelles, la symbolisation et l'inscription des vécus, qu'elle supportait la réunification psychocorporelle et aidait la réalisation des nombreux deuils liés à la sénescence et à la démence. Cependant, l'étude révèle également ses limites. Elle requiert pour une expérimentation sous sa forme solide, un déliement et un tonus digital suffisants. La manipulation de la terre demande également de la force, une certaine qualité d'écoute, et une vitalité conservée en fin de séance pour se laver les mains. Le défaut de proprioception ainsi que la parésie* et la fatigabilité de la personne âgée limitent l'exploration. Le lavage des mains après la rencontre avec la terre est souvent long avec les personnes âgées, il est donc à prendre en compte dans le temps de la séance. Il peut d'ailleurs en faire partie intégrante et constituer un temps d'automassage, de conscience corporelle, ou de toucher thérapeutique. Il faut aussi savoir que c'est une médiation chronophage, car un temps de préparation de l'argile est nécessaire en amont afin de la chauffer, de la rendre malléable et de lui donner sa forme, mais aussi en aval, car elle demande un nettoyage important.

Enfin, je souhaiterais terminer par une question importante pour moi et qui s'est posée dès les prémices de la recherche, celle de la contention, et plus précisément de la grenouillère. L'étude a révélé qu'elle est difficilement supprimable car c'est l'un des seuls moyens efficaces contre la copromanie. Elle empêche efficacement sa réalisation et supprime ainsi la vision du comportement et de tout ce qu'il nous renvoie, mais aussi les tâches désagréables et ardues que sont la confrontation avec la personne copromaniaque et le vaste lavage nécessaire. Je pense que cette problématique est à discuter en équipe après avoir mis des mots sur la pathologie du patient et avoir réfléchi au comportement copromaniaque de cette personne et à ses besoins spécifiques. Il faut ensuite essayer de mettre en place d'autres moyens afin de tenter de diminuer la fréquence du comportement copromaniaque.

II. Retour sur cette étude

Cette partie a pour but de repenser les difficultés et questionnements rencontrés au cours de cette recherche, et d'en dégager les points à améliorer. Elle vise également à vous faire part de mon vécu de cette aventure humaine, à la fois professionnelle et personnelle. L'écoute de ses propres ressentis et leur analyse est inhérente au travail du psychomotricien et elle a été essentielle pour moi durant cette étude car elle m'a aidé à prendre du recul, à savoir m'écouter mais pas trop, et à avancer malgré les difficultés. Un autre objectif est de partager mes découvertes et questionnements, dans un but de transmission d'expérience à la communauté soignante confrontée à la copromanie.

1. Les difficultés rencontrées

Je vais d'abord vous présenter les difficultés rencontrées dans le cadre des prises en charge psychomotrices. D'abord, comme vous le savez, j'ai essuyé de nombreux refus des patients dans la passation du bilan psychomoteur. Cela a été une étape difficile à vivre car remettant en question mes compétences et ma confiance en moi dans ma capacité à devenir psychomotricienne. Mon sentiment d'impuissance était accentué par mon incompréhension de la situation : pourquoi refusent-ils alors que je prends toutes les précautions nécessaires à leur approbation ? Cela m'a ennuyée et stressée car je sais l'importance de l'utilisation d'outils standardisés dans le bilan psychomoteur. Une autre difficulté a été la peur de me lancer dans des prises en charge psychomotrices seule en début de 3^{ème} année. J'avais peu confiance en moi et la sensation de ne pas avoir toutes les clefs étant donné que les cours théoriques de gériatrie ne débutaient qu'en janvier. Heureusement, j'avais déjà réalisé un stage en gériatrie, et ma maître de stage était là pour m'aider et me soutenir.

Une autre difficulté a été de réussir à garder espoir et à rebondir malgré les refus de la médiation toucher terre de Mme T et de Mr H, vécus comme un deuxième échec après celui des bilans. J'ai alors hésité à abandonner la recherche, mais j'ai finalement souhaité continuer car même si la recherche serait sûrement à conclusion négative, elle permettrait probablement d'apporter des éléments de réponse et de partager le travail de réflexion fourni autour de la question de la copromanie. Enfin, elle montrerait la nécessité de l'adaptation constante du psychomotricien en relation au patient.

J'ai également rencontré des difficultés liées au projet de recherche. D'abord, celle de l'intégration dans une grande institution, et auprès d'équipes soignantes déjà très occupées, et avec d'autres problèmes « plus importants » à gérer que celui de la copromanie. Une autre de mes préoccupations majeures a été que le processus de recherche allait à l'inverse de ma façon de penser la clinique psychomotrice. Premièrement, elle partait de la constatation d'un comportement gênant pour les soignants et non de l'observation d'un trouble psychomoteur chez une personne. Cela m'a amené à me demander : la psychomotricité dans le cadre de l'étude vise au bénéfice des patients ou des soignants ? Le deuxième point gênant était que la recherche nécessitait « d'imposer » une médiation au patient alors qu'il est important pour moi de partir de sa demande. Un autre point fâcheux était que l'hypothèse de départ de la recherche sous-tendait le fait que ce soit LE toucher terre qui allait permettre la diminution de la copromanie, alors que l'on sait que ce n'est pas de la médiation que dépend l'effet thérapeutique. Enfin, la recherche crée une attente de résultat, alors qu'en psychomotricité nous laissons le temps au patient de progresser à son rythme et nous l'accompagnons là où il nous emmène en fonction de ses besoins.

Ce travail de recherche a donc été aussi riche que déroutant pour moi, car il a re-questionné mes acquis, certitudes et les fondements du métier de soignant. Malgré mon identité professionnelle en construction, j'ai dû laisser mes *a priori* et mes habitudes de côté afin de réfléchir autrement, toujours dans l'intérêt premier du patient, mais avec des enjeux supplémentaires. Il fallait concilier l'humanité, la subjectivité et la souplesse que demande le soin, avec l'objectivité et la rigueur que requiert la recherche.

Je souhaite vous faire part pour terminer, de l'impact sur le plan personnel et émotionnel qu'a eu sur moi le travail auprès de personnes âgées atteintes d'un syndrome démentiel. Je trouve qu'il est difficile avec ces personnes, de réussir à se protéger tout en s'engageant pleinement et humainement dans la relation avec elles. Les personnes âgées nous touchent en plein cœur, et nous amènent aux questionnements existentiels de la vie et de la mort. On observe parfois une

banalisation de ces questions dans les EHPAD, mais la confrontation quotidienne à la vieillesse, à la dégradation et à la pathologie n'est pas sans conséquences. Personnellement, elle m'a renvoyée à ma propre mortalité, mais surtout à celle de mon père encore jeune et fort, mais vieillissant, et à la peur qu'il soit pris du même mal que celui dont sont victimes nos patients. Selon moi, être soignant nécessite donc d'être à l'écoute de ses ressentis même les plus sombres, et de réaliser un travail supervisé permettant leur mise en mots.

2. Les écarts entre ce qui a été pensé et réalisé

Le projet de recherche était à l'origine plus vaste que celui que je viens de vous présenter. Je souhaitais vraiment faire avancer la recherche dans ce domaine et je pensais naïvement pouvoir y parvenir. J'avais commencé à réaliser des entretiens avec des stagiaires et des soignants en EHPAD confrontés à la copromanie, afin de recueillir des données suffisantes me permettant d'affirmer des vérités générales concernant la copromanie. Évidemment, le projet étant trop ambitieux compte tenu du temps à notre disposition, il a été avorté. Un autre projet pensé mais réalisé seulement en partie est celui de la prise en charge des patients par le toucher terre. Comme vous le savez, pour deux des trois patients suivis c'est la médiation musique et chant qui a été utilisée. Un autre projet annulé était celui de faire passer des NPI-ES⁷⁵ aux patients pris en charge en psychomotricité afin d'observer l'évolution ou non de leurs troubles du comportement au fur et à mesure de celle-ci. Face à la réalité temporelle et clinique de l'étude, j'ai donc dû faire le deuil de la recherche idéale. Évidemment, la déception de devoir abandonner certains projets était présente et un certain stress advenait de l'incertitude de l'issue de la recherche, mais il en ressort du positif : cela m'a permis de développer davantage mes capacités d'adaptation et de self-control.

3. Les limites et améliorations possibles

Une des limites de cette étude est d'abord l'indéfinition de « *(jouer à) répandre ses urines* » et son indifférenciation avec la copromanie. En effet, lors des entretiens avec les soignants, plusieurs d'entre eux englobaient *ce comportement* dans la copromanie. Difficile de dire s'il en fait partie ou non, selon certaines définitions de la copromanie ce serait le cas car elles emploient le mot « excrément » qui peut englober les urines. Dans cette étude j'ai choisi de ne pas l'englober car la plupart des définitions de la copromanie renvoient spécifiquement aux selles et car rares sont les résidents qui « jouent » ou manipulent réellement les urines, souvent leur répandage est lié à une

⁷⁵ Inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante visant à recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence.

incontinence associée à une désorientation. Une autre limite de l'étude est la difficulté à attribuer de façon certaine la diminution du comportement copromaniaque (s'il y avait eu) à la prise en charge psychomotrice. Les thérapies, par leur essence même, rendent difficile l'obtention de preuves de leur efficacité sur les Symptômes Psycho-Comportementaux dans les Démences (P. Charazac, 2006). La psychomotricité, en considérant la personne dans sa globalité stimule de nombreux aspects également influencés par d'autres facteurs. L'étude de son impact sur un comportement, requiert donc une exploration causale différentielle minutieuse et une grande rigueur. Une autre limite a été le manque de temps, à la fois sur le terrain de recherche et dans sa durée. L'arrêt précipité de l'étude en mars a accentué la difficulté de la réaliser en un temps très court, qui devait pourtant comprendre : découverte, observation, réflexion, mise en place, rencontre des patients, création de l'alliance, puis observation des bénéfices ou des changements éventuels. Cet écourtement du stage a aussi comme vous le savez empêché la réalisation des bilans psychomoteurs et des entretiens de fin d'étude, qui auraient pu enrichir davantage la recherche.

Enfin, plusieurs études ont montré que pour observer les effets des thérapies corporelles sur les troubles du comportement, il fallait qu'elles soient régulières (A. Deudon et al., 2014). De plus, on sait que les effets du toucher et de la terre sont immédiats et donc possiblement peu durables dans le temps. Enfin, un comportement peut être long à se modifier, surtout s'il est inscrit depuis des années. Il aurait donc été préférable de réaliser une étude plus longue, avec un suivi en psychomotricité plus fréquent, mais aussi avec davantage de sujets test et témoins, et sans port de grenouillère afin de pouvoir répondre à la problématique posée de façon certaine.

III. Apports cliniques de la recherche

1. Le travail pluridisciplinaire

La présente recherche a nécessité un travail multidisciplinaire, notamment lors de la réalisation des entretiens et de l'établissement des grilles d'évolution de la copromanie. C'est un travail difficile, riche et formateur, qui peut améliorer la communication interprofessionnelle. Il m'a permis d'être mieux intégrée dans l'équipe et a généré un partage de connaissances améliorant la prise en charge des patients. Lors de nos échanges, j'ai pu appréhender le vécu quotidien des aides-soignantes et AMP, et notamment percevoir la difficulté de leur travail et combien elles se sentent parfois seules et démunies. J'ai pu voir combien se sentir écoutées leur faisait du bien et cela m'a permis de me dégager d'une posture jugeante à leur égard, notamment vis-à-vis de certains comportements inadaptés selon moi. J'ai remarqué qu'elles étaient

extrêmement compétentes dans leur domaine et qu'elles faisaient de leur mieux. Certaines sont épuisées et la plupart d'entre elles sont en demande d'être formées et d'apprendre à mieux faire. De plus, ces échanges ont été extrêmement formateurs pour moi en tant que future psychomotricienne. D'abord j'ai reçu des informations et des conseils quant au fonctionnement de l'institution, des équipes, et de certains patients. J'ai aussi appris à me présenter à une équipe, à différents professionnels et à leur expliquer mon métier et mon projet avec des mots justes, mais aussi à trouver ma place et à me faire connaître en étant stagiaire et présente seulement une journée par semaine. Enfin, j'ai appris à écouter et à être patiente. Une aide-soignante débordée de travail prendra le temps d'écouter et de s'intéresser, mais d'abord il faudra l'écouter elle, s'intéresser à elle, et tenter de la comprendre. C'est seulement ainsi que j'ai pu susciter l'intérêt des soignants, et grâce à cela ils m'ont aidé dans ma recherche et ont mieux cerné le métier de psychomotricien et son utilité.

2. Incidence sur les soignants

La présente étude a permis aux soignantes de mettre un mot sur ce comportement difficile et épuisant auquel elles sont confrontées : la copromanie. Rattacher un terme à un vécu permet de le penser, mais cette mise en mot a d'abord servi à confirmer que ce n'était pas rien, que ça existait, et qu'elles n'étaient pas les seules à le vivre. Cela a permis d'en parler librement, sans avoir peur et ainsi de se délivrer du tabou. Cette lexicalisation a permis de poser une définition et ainsi de mieux distinguer les différents comportements.

Lors de nos discussions, j'ai pu leur dire qu'elles n'étaient pas les seules à ne pas comprendre et à être désemparées, ce qui les a rassurées et apaisées. Parler ensemble de la copromanie a permis d'aller au-delà de la vision répugnante qu'elle procure et de la tentative d'abolir le comportement. Essayer de le comprendre apporte un autre regard dessus et sur la personne qui le réalise. Ainsi, la simple discussion a parfois permis la résolution de certains problèmes. Cette meilleure compréhension du trouble aide à tolérer les comportements difficiles à gérer et diminue ainsi l'agressivité générée. Elle est en cela un outil de prévention contre la maltraitance et permet un meilleur climat de travail pour les soignants et de vie pour les patients. Les bénéfices secondaires de cette étude ont donc été nombreux, et j'en retiendrai personnellement l'enrichissement permis par le travail pluriprofessionnel.

IV. Réflexions thérapeutiques concernant la copromanie

La présente recherche consistait à évaluer l'intérêt de la prise en charge psychomotrice par le toucher terre dans la diminution du comportement copromaniaque des personnes âgées atteintes de démence. R. Schnydrig (citée par B. Robinson, 2014, p 37) explique que : « *les perturbations constatées signifiaient autre chose que le simple déficit localisé d'une fonction, et qu'il était illusoire de croire qu'une technique appropriée visant la réduction du trouble apporterait la solution* ». Nous avons vu que la copromanie est d'origine multifactorielle et qu'elle s'inscrit dans le fonctionnement global de la personne et de son histoire. Le toucher terre et les médiations sensorielles plus généralement constituent donc une approche possible, mais de nombreuses autres méthodes devraient également permettre d'agir sur ce comportement. Voici quelques pistes de réflexion.

D'abord, sur le plan thérapeutique, il semblerait que toutes les médiations qui permettent de travailler la régulation tonico-émotionnelle, la communication, les représentations corporelles, l'expressivité, et surtout qui plaisent à la personne et lui permettent d'être actrice dans la relation soient recommandées. Je pense particulièrement aux médiations artistiques, mais aussi à la balnéothérapie qui répond au besoin tactile, stimule la mémoire sensorielle et les vécus archaïques corporels et soutient une perception et une représentation corporelle contenante et unifiée. P. Deboves et al. (2017) proposent eux une approche comportementale préconisant le dialogue, le réapprentissage de ce qui est sale et propre et le renforcement perceptif du goût, de l'odorat et du toucher. Cette méthode me paraît particulièrement adaptée aux personnes ayant conscience de leur comportement et pouvant le verbaliser. Ces approches sont à visée curative et se basent sur le caractère endogène* du comportement. Les abords préventifs et s'intéressant aux facteurs exogènes* apportent un autre éclairage.

Afin de prévenir le comportement, il est impératif de tout mettre en œuvre pour que les personnes âgées atteintes de démence soient respectées dans leur intimité et leur humanité. Lors d'un entretien dans le cadre de l'étude, un agent d'entretien me rapporte concernant une patiente copromaniaque : « elle ne peut plus rien faire à part manger, excréter, manipuler ses selles et insulter ». On imagine alors l'importance pour ces personnes de rester actrices et en relation malgré les pertes subies. Permettre aux personnes âgées de faire des choix et respecter leurs habitudes de vie est donc une nécessité. Les préalables au toucher (J. Pellissier et Y. Gineste, 2007) doivent également être respectés. Il est nécessaire de soutenir les repères identitaires et spatio-temporels de ces personnes en leur offrant des repères fixes et personnels. Les groupes

de danse, ateliers sensorimoteurs et cognitifs et les parcours d'équilibre constituent également un moyen de prévention parce qu'ils soutiennent le schéma corporel, permettent de conserver l'autonomie et d'être en relation à l'autre. Toutes les activités permettant de soutenir le narcissisme, le sentiment d'identité propre, de reconnaissance sociale et d'humanité sont également recommandées.

Les Nouvelles Thérapies Non Médicamenteuses (NTNM) telles que la thérapie du voyage, le chariot flash ou les animaux robotisés ont montré leur efficacité dans la prévention et la diminution des SPCD (A. Deudon et al., 2014). Ces thérapies issues des nouvelles technologies pourraient peut-être avoir un intérêt auprès des personnes âgées atteintes de copromanie. Selon la présente recherche, celle-ci se déroule majoritairement la nuit et concerne des personnes ayant des troubles du sommeil. Une première idée pour prévenir son apparition serait de diminuer les réveils nocturnes et de faciliter l'endormissement en améliorant la qualité du sommeil. Selon A. Deudon et al. (2014), cette amélioration est permise par la luminothérapie, les balades en extérieur, l'augmentation des activités sociales et physiques et la suppression des facteurs perturbant le sommeil. Une deuxième idée est la proposition de collations nocturnes. Ces dernières diminueraient les réveils ainsi que les troubles du comportement nocturnes majorés par la sensation de faim. Le plaid sensoriel (NTNM) en diminuant les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et en permettant un apaisement et un endormissement rapide pourrait également réduire la copromanie nocturne. Enfin, certaines études en cours coordonnées par l'ARS (Agence Régionale de Santé) concernant la mise en place expérimentale de PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) de soirée révèlent leur efficacité dans la diminution des troubles du comportement à prédominance vespérale et nocturne.

Enfin, il pourrait exister des solutions pharmacologiques. L'étude réalisée par P. Deboves et al. en 2017 révèle que la prescription de laxatifs chez les personnes copromaniaques constipées s'est accompagnée d'un arrêt de manipulation des selles. Plus largement, plusieurs études (P. Balard et R. David, 2014) ont montré que la mélatonine* permettait de diminuer les troubles du comportement nocturnes et d'améliorer la qualité du sommeil. Peut-être, par conséquent, qu'elle pourrait avoir un effet sur la copromanie. Ces traitements pharmacologiques sont efficaces et rapides mais toujours indiqués en dernière intention, notamment du fait de leurs effets secondaires indésirables. Il existe donc de nombreuses pistes thérapeutiques de prise en charge des personnes âgées copromaniaques atteintes d'un syndrome démentiel ; reste à les explorer, et à trouver pour chaque personne concernée l'approche la plus adaptée selon sa sensibilité, sa singularité et ses besoins.

CONCLUSION

Au commencement de cette recherche, de nombreuses questions se sont posées sur ce comportement aussi déconcertant que mystérieux qu'est la copromanie ; d'abord « qu'est-ce que c'est ? », puis rapidement : « quelles sont les raisons de sa survenue ? », « pourquoi ces personnes précisément » et « quels liens possibles avec la psychomotricité ? ». La recherche a permis d'apporter des éléments de réponse à la plupart de ces questions.

La copromanie observée chez certaines personnes âgées appartiendrait aux Symptômes Psychologiques et Comportementaux dans les Démences (SPCD) et serait un comportement régressif lié à un mécanisme de défense. Son étiologie est multifactorielle. Elle est d'abord liée à la pathologie démentielle en elle-même et s'observe majoritairement chez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les facteurs de risque sont notamment la perte cognitive importante, l'altération des capacités relationnelles, de compréhension et d'expression, mais aussi l'appauvrissement du schéma corporel, la déstructuration de l'image du corps, et la perte d'estime de soi. La copromanie s'observe préférentiellement chez des personnes dont le caractère et l'histoire de vie révèlent une grande maîtrise de leur corps et de la relation, et pour qui il est alors impossible d'accepter cette perte d'autonomie, des libertés et du pouvoir. Elle surviendrait alors dans une tentative de maîtriser à nouveau son corps qui fait défaut et de retrouver son pouvoir relationnel, mais aussi de sentir et de restructurer ce corps qui ne (re)tient plus, et de lutter contre les angoisses irrépessibles et notamment celle de mourir. Cette perte de contrôle engendre une intense colère contre soi et l'autre qui s'exprime à travers la copromanie, comportement ambivalent qui tente dans un mouvement défensif de détruire le corps pour survivre. Cet autre avec qui l'on a le besoin de continuer à communiquer et qui permet de répondre aux besoins vitaux d'être touché, estimé et humanisé est donc à la fois appelé et repoussé.

Nous avons ensuite souhaité comprendre plus précisément comment la copromanie se manifestait, sous quelle forme, et à quelle fréquence. Nous avons découvert grâce à l'étude que c'est un comportement à prédominance vespérale et nocturne qui survient par périodes, chez des personnes en situation de perte quasi totale de l'autonomie décrites comme ayant été durant leur vie des personnes respectées, courageuses, mais aussi exigeantes. La copromanie se manifeste de manières diverses, la façon de manipuler la matière semble très liée à l'histoire de vie de la personne et à ses besoins, et sa survenue dépend de multiples facteurs à la fois

endogènes et exogènes. C'est donc un comportement complexe, qui nécessite une prise en charge personnalisée, pluriprofessionnelle et prenant en compte la personne dans sa globalité. La psychomotricité semble donc particulièrement indiquée. La copromanie est un comportement du côté de la vie, qu'il faut tenter de comprendre et de transformer plutôt que d'abolir. Justement, un des objectifs de la recherche était de trouver comment répondre aux besoins de ces personnes et de les aider à diminuer leur copromanie grâce à la psychomotricité. La littérature nous a donné quelques pistes, puis le travail d'enquête sur le terrain nous a permis de tester nos hypothèses, afin d'y répondre en partie.

Nous avons pu observer que la psychomotricité apportait de nombreux bénéfices aux personnes âgées copromaniaques atteintes d'un syndrome démentiel. L'approche par la médiation du *toucher terre*, mais aussi de la musique et du chant a su répondre aux besoins vitaux relationnels et de toucher des patients. Elle a permis d'améliorer leurs capacités communicationnelles et de régulation tonico-émotionnelle, facilitant ainsi la réalisation des soins quotidiens et améliorant globalement leur qualité de vie. Nous avons également pu observer l'amélioration des représentations corporelles des patients, et notamment une diminution de la mise à distance du corps et un réinvestissement positif de soi. Elle a également permis d'aborder la question de la mort, et d'aider les patients à réaliser les deuils liés aux pertes subies et à faire le bilan de leur vie. Nous avons également remarqué que la prise en charge psychomotrice pouvait avoir un impact sur la forme d'expression de la copromanie. De nombreuses questions restent en suspens : quelle approche est la plus appropriée ? La prise en charge psychomotrice pourrait-elle permettre de diminuer la copromanie si elle était plus fréquente et durable ? Quelle fréquence et quelle durée de suivi sont nécessaires ? Il serait également intéressant de réaliser des études semblables dans d'autres structures gériatriques afin de comparer les résultats et d'améliorer l'accompagnement des personnes atteintes.

J'espère que cette recherche aura permis d'ouvrir un champ de réflexion autour du comportement encore tabou qu'est la copromanie, et peut-être d'en inspirer de nouvelles pour ne laisser personne de côté, même pas celles qui nous renvoient à nos propres fragilités, celles-là mêmes que la société refoule. J-C. Monfort disait en 2019 : « *On peut être un dément heureux* » (p 91). J'espère grâce à cette recherche y avoir un peu contribué à ma façon. Personnellement, cette expérience m'a beaucoup apporté. Je compte bien mettre à profit toute cette richesse humaine, professionnelle et personnelle accumulée pendant ces trois incroyables années d'études ; elle me portera dans la vie et dans mon futur travail de psychomotricienne, sûrement auprès de personnes âgées, mais pas seulement...

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM, K. (1912). Préliminaire à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco- dépressive et des états voisins, In *Œuvres complètes*, 1965, Tome I, (p. 212-226). Paris : Payot.
- ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE. (2020). *Dictionnaire médical de l'Académie Nationale de médecine référence électronique*. Consulté le 4 Avril 2020, à l'adresse <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php>
- AJURIAGUERRA, J. De. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.
- ALBARET, J-M., & AUBERT, E. (2001). Troubles psychomoteurs et maladie d'Alzheimer. In *Vieillesse et psychomotricité* (p. 45-50). Marseille : Solal.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *DSM 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5^e éd.). Tr. Fr. 2015. Paris : Masson.
- ANDLAUNER, O., BATAIL, J-M., HANON, C., & DAVID, R. (2014). Chapitre 14. Approches pharmacologiques. In DAVID, R., (Dir.), *Alzheimer et états comportementaux. Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences* (p. 163-174). Paris : Dunod.
- ANZIEU, D. (1994). *Le penser. Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod.
- ANZIEU, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- AUCOUTURIER, B., DARRAULT, I., & EMPINET, J-L. (1984). *La Pratique psychomotrice : rééducation et thérapie*. Paris : Doin.
- BALARD, P., & DAVID, R. (2014). Troubles affectifs dans la démence. In DAVID, R., (Dir.), *Alzheimer et états comportementaux. Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences* (p. 57-61). Paris : Dunod.
- BION, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*, Tr. Fr. 1979. Paris : Puf.
- BULLINGER, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1 : Un parcours de recherche*. Toulouse : Erès.

- CEBULA, J-C. (2009). Des nourritures psychiques. *Enfances & Psy*, 2(43) : 14-18.
- CHARAZAC, P. (2006). L'évaluation des psychothérapies dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 4(4) : 275-280.
- CHARAZAC, P. (2009). *Soigner la maladie d'Alzheimer. Guidance des aidants et relation soignante*. Paris : Dunod.
- CHARPENTIER, E. & GATECEL, A. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. Paris : De Boeck-Solal.
- CHEMANA, R., & VANDERMERSCH, B. (2009). *Dictionnaire de la psychanalyse* (4^e éd.). Paris : Larousse.
- CHIRPAZ, F. (1977). *Le corps*. Paris : Puf.
- CONSTANT TROUSSARD, M. (Juillet 2015). *Sensori-motricité du sujet dépressif dans le modelage comme médiation thérapeutique. Approche gestaltique et psychocorporelle du travail au champ d'argile®*. Communication présentée au colloque international de psychomotricité organisé par L'I.S.R.P, Paris.
- DAMASIO R., A. (1999). *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob.
- DEBOVES, P., & VIVES, J-M. (2014). Maladie d'Alzheimer et involution. *Le carnet Psy*, 184(8), 35-45. doi : 10.3917/lcp.184.0035.
- DEBOVES, P., TALPIN, M, GIMENEZ, I., BRETON, K., DEVESA, S., & GAINIE, F. (Décembre 2017). Copromanie et coprophagie chez les résidents atteints de maladie d'Alzheimer à un stade sévère : de l'agir au dire. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 102(7), 373-381. doi : 10.1016/j. npg.2017.07.007
- DE MONTMOLLIN, D., LAUTIER, M-H., & MEYER, J-C. (1999). *Éloge de l'empreinte*. Saint-Etienne : Revue de la céramique et du verre.
- DEUDON, A., LEONE, E., & PIANO, J. (2014). Chapitre 13. Approches non pharmacologiques. In DAVID, R., (Dir.), *Alzheimer et états comportementaux*.

Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences (p. 153-162).
Paris : Dunod.

DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil.

DU PASQUIER, M-A. (2012). Corps et symbolisation dans la trace écrite. *Thérapie psychomotrice et Recherches*, 7(170) : 76-83.

FEIL, N. (2005). *Validation : la méthode de Naomi Feil. Pour une vieillesse pleine de sagesse*. Paris : Lamarre.

FREUD, S. (1908). Caractère et érotisme anal. In *Psychanalyse de l'argent* (p. 85-90).
Paris : Puf.

FREUD, S. (1989). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.

FREUD, S. (2011). *Le moi et le ça*. Paris : Puf.

GIMENEZ, G. (2000). *Clinique de l'hallucination psychotique*. Paris : Dunod.

GUIOSE, M., FRADET-VALLEE, Y., ROBIN-POUPARD, F., & SINANIAN, A. (2018). De la *crise au malaise* dans les institutions : Rigidité obsessionnelle et glissement paranoïde. In *Groupes d'analyse des pratiques en institutions. Clinique et théorie* (p. 180-208). Paris : Heures de France.

HALL, E T. (2014). *La dimension cachée*. Paris : Points.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Consulté en Mars 2020 à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE. (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Diagnostic et prise en charge*. Consulté en Mars 2020 à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

- KÖNIG, A., & DAVID, R. (2014). Chapitre 6. Apathie. In R. David (Dir.) *Alzheimer et états comportementaux. Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences* (p. 65-70). Paris : Dunod.
- LAPLANCHE, J., & PONTALIS, J-B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Puf.
- LAROUSSE (1998). *Dictionnaire Larousse référence électronique*. Consulté en Mars 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- LE BRETON, D. (2008). *Anthropologie du corps et modernité* (5^e éd.). Paris : Puf.
- LE GOUES, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir. Introduction à la clinique tardive*. Paris : Dunod.
- LESAGE, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation*. Toulouse : Erès.
- LESAGE, B. (s. d.). *Un corps à construire : Cadre et intérêt d'un travail de structuration psychocorporelle et de danse-thérapie auprès de populations avec handicap psychomoteur*. Consulté le 16 Avril 2020 à l'adresse <http://www.passeursdedanse.fr/pdf/Uncorpsaconstruire.pdf>
- MAISONDIEU, J. (2018). *Le crépuscule de la raison. En finir avec l'Alzheimer sans frontières* (6^e éd.). Montrouge : Bayard.
- MARCEL, J-F. (2002). Note de synthèse. Les pratiques comme objet d'analyse. *Revue française de pédagogie*, (138) : 135-170.
- MERLEAU-PONTY, M. (1976). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- MONFORT, J-C. (2019). *La psychogériatrie* (6^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- MONFORT, J-C., LEZY, A-M., PAPIN, A., & TEZENAS DU MONTCEL S. (s. d.). *Échelle EPADE*. Consulté le 6 Avril 2020 à l'adresse <https://www.psychoge.fr/documents-pedagogiques>
- NEYRAND, G. (2002). L'évolution du regard sur le lien parental. Approche socio-historique de la petite enfance. *Médecine & Hygiène. Devenir*, 14(1) : 27-55.

- OMS. (1992). *CIM-10/ICD-10. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson.
- PELLISSIER, J., & GINESTE, Y. (2007). *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Armand Colin.
- PIAGET, J. (2012). *La construction de l'intelligence*. Paris : Nomad.
- PIREYRE, E. (2015). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept (2^e éd.)*. Paris : Dunod.
- PRAYEZ, P., & SAVATOFSKI, J. (2017). *Le toucher apprivoisé (4^e éd.)*. Paris : Lamarre-Poinat.
- QUITAUD, G., VAILLANT, J-P., & HERMANS, P. (2004). Créativité et art-thérapie en géronto- psychiatrie et gériatrie. In MORON, P., SUDRES, J-L., & ROUX, G. *Créativité et art-thérapie en psychiatrie* (p. 155-197). Paris : Masson.
- ROBINSON, B. (2014). *Corps et psychomotricité*. Paris : L'harmattan.
- ROUSSILLON, R. (2009). Chapitre 2. L'objet « médium malléable » et la réflexivité. In *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité* (p. 37-50). Paris : Dunod.
- ROUX, J., BRANDILLY, A., BARNICH, L., REMOVILLE, C., & LEFEVRES, C. (2019). Chapitre E : Les seniors. In VACHEZ-GATECEL, A., & VALENTIN-LEFRANC, A. (Dir.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 347-374). Paris : Dunod.
- WALLON, H. (1963). Les étapes de la personnalité chez l'enfant. Buts et méthodes de la psychologie. *Enfance*, 16 (1-2) : 73-78.
- WINNICOTT, D. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*, (11) : 35-44.
- WINNICOTT, D. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

TABLE DES ANNEXES

Annexe I :

Outil méthodologique n°1 – Les questions type de l’entretien semi-directif I

Annexe II :

Outil méthodologique n°2 – Exemple de grille d’observation participante II

Annexe III :

Outil méthodologique n°3 – Exemple de grille d’évolution de la copromanie V

Annexe IV :

Classification de la HAS (2009) – Tableau des troubles du comportement perturbateurs VI

Annexe V :

Échelle d’évaluation des Personnes Âgées Difficiles et qui Épuisent (EPADE) VII

Annexe VI :

Tableaux synthétisant les réponses des soignants aux entretiens semi-directifs IX

Annexe VII :

Grilles d’évolution de la copromanie de Mme D, Mme T, Mr H et Mme F remplies par les soignants XVIII

Annexe VIII :

Tableau synthétisant les données recueillies de l’évolution de la copromanie de Mme F XXXIV

ANNEXES

Annexe I :

Outil méthodologique n°1 – Les questions type de l’entretien semi-directif

Entretiens : les questions type

Date :

Nom de la personne interviewée :

1) Quels résidents manipulent leurs excréments ?

Puis pour chaque résident :

2) Quelles sont ses pathologies ?

3) Quelle est le mode relationnel de cette personne ? (Relation aux soignants, à ses pairs)

4) Que fait-elle exactement ? (Description précise du comportement)

5) Les selles sont-elles normales (ou dures ou liquides) ?

6) Cette personne possède-t-elle une grenouillère ?

7) Où le fait-elle ? Toujours au même endroit ou pas forcément ?

8) Quand le fait-elle ? (Jour/nuit, quel moment journée)

9) Depuis quand ? (Pour écarter une hypothèse réactionnelle, événement déclencheur)

10) A quelle fréquence ?

11) Si c'est très rare est-ce associé à un contexte particulier ?

12) Dans quelle mesure cela transforme son environnement ?

13) Est-ce associé à des verbalisations ? Que dit-il quand vous lui demandez pourquoi il fait ça ? Que dit-il quand vous venez pour laver et le changer ?

14) Est-ce associé à un comportement psychomoteur spécifique ? (Agitation, ralentissement psychomoteur, émotions, etc.)

15) Qu'en comprenez-vous ? Pourquoi fait-il cela selon vous ?

Avez-vous des remarques ou questions ? Quelque chose de plus à me dire ?

Souvent je demande en plus si la personne aime manger avec les mains, son niveau d'autonomie, ainsi que ces capacités motrices, relationnelles et communicationnelles.

Annexe II :

Outil méthodologique n°2 – Exemple de grille d'observation participante

Mme D, séance du 31/01/20 : 11h15 à 12h00

Observations objectives par ordre chronologique	Déductions, hypothèses, questionnements, remarques qui en découlent
<p>Quand j'arrive elle est à sa table en U, à l'écart des autres et tente de se lever (se lève puis s'assoit en boucle) de son fauteuil. Ses deux mains sont en appui sur les accoudoirs de son fauteuil et elle pousse dessus pour se lever en poussant simultanément sur ses jambes en appui sur le sol. Hypertonie globale du haut du corps. Quand j'arrive et lui dis bonjour elle me répond « bonjour madame », puis dégage sa main droite pour serrer ma main que je lui tends. Durant ce temps elle reste debout. Je lui propose une séance de toucher terre avant de manger, elle ne me répond pas. Je lui explique que je vais donc poser le matériel devant elle, et qu'elle pourra expérimenter si elle veut.</p> <p>Je l'invite à toucher la terre avec ses mains, ce qu'elle fait en posant ses doigts de la main gauche seulement sur la terre et en les enfonçant légèrement. Elle les bouge légèrement et dit sentir la terre, pas de verbalisation en dehors de cette réponse. Restant dans cette position elle continue en explorant à s'asseoir et se lever. Appuis main droite accoudoir et bras gauche accoudé sur la table. Elle verbalise ne pas réussir à se lever. Je lui dis qu'effectivement ça semble de plus en plus difficile, que c'est</p>	<p>-Table en U : l'empêcher de marcher et de tomber (forme de contention), l'énerve, et l'empêche d'être avec les autres.</p> <p>-Hyperkinésie, acathisie très présentes</p> <p>-Certaines capacités d'équilibre statique restantes et d'adaptation tonique et posturale.</p> <p>-Quand elle ne veut pas elle dit non, sinon elle dit rarement oui, c'est pourquoi je tente. Est peu dans le langage verbal, semble la fatiguer, comme si chaque mot venait de loin et demandait un effort considérable.</p> <p>-Pourquoi la main gauche seulement ? Pour pouvoir garder appui, pousser sur la D et continuer à se lever ?</p> <p>-Cette fois elle ne dit pas que c'est froid ou désagréable</p> <p>-Car persévération motrice par manque de flexibilité et/ou car ne peut pas s'empêcher de bouger</p> <p>-Dévalorisation de sa part, faible estime de soi et n'a pas confiance en ses capacités</p>

<p>important pour elle de continuer à réussir à se mettre debout, mais qu'elle se débrouille encore très bien. J'approche ensuite son fauteuil de la table après lui avoir demandé pour qu'elle puisse à la fois se lever et explorer facilement.</p> <p>Je vois qu'elle se fatigue (souffle plus fort, peine davantage à se lever) alors je l'informe qu'il est possible de continuer l'activité en position assise. Par la suite elle restera assise durant toute la durée du toucher terre.</p> <p>Je l'invite à poser également sa main D sur la terre, elle le fait quelques secondes puis repose sa main sur son accoudoir de fauteuil.</p> <p>Voyant qu'elle ne bougeait plus sa main G je lui demande si elle sent la terre sous ses doigts. Elle me répond que non alors je lui propose de l'aider à lui faire sentir en l'étayant corporellement (je l'aide à bouger sa main et à pousser la terre sur son contour).</p> <p>Après cela je la vois toujours plus fatiguée (souffle, se recule un peu, ferme légèrement les yeux) alors je lui propose un enveloppement de la main G avec la terre. Elle accepte. Je le réalise puis masse la main jusque l'avant-bras avec la terre. Pas de verbalisation. Elle me regarde droit dans les yeux. Elle est posée dans son fauteuil et légèrement penchée en avant vers moi. Je lui propose un massage de la main D. Elle me dit « la gauche », je réponds « non la droite ». Elle me dit non. Débute alors le temps de rinçage-lavage-séchage de la main.</p>	<p>(aspect dépressif et image du corps dégradée)</p> <p>-Elle arrive de mieux en mieux à se poser, et à se détendre malgré l'absence de mouvement</p> <p>-Normal récepteurs saturés quand stimulus tactile en continu.</p> <p>-Difficultés de motricité fine des doigts et de la main (faible tonus)</p> <p>-Elle semble apprécier (mimiques)</p> <p>-C'est une dame très fatigable</p> <p>-Pourquoi pas d'exploration ni massage de la main droite ? Quelle histoire corporelle de cette main, lien avec AVC ?</p> <p>-Laborieux et je mets de l'eau et de la terre sur la table et la serviette → A revoir</p> <p>-N'aime pas la sensation de froid, comme aux séances d'avant, désagréable et = mort</p>
--	---

<p>Elle peine à m'aider à se rincer les mains, alors je lui propose de se reposer, détendre, souffler. Voyant qu'elle se crispe (à cause de l'eau pas assez chaude) je lui propose de penser à une image calme, un paysage qu'elle apprécie. Elle ferme alors les yeux et s'apaise, je termine de lui rincer les mains. Sa main droite est maintenant comme la gauche détendue et posée sur la table, elles se rejoignent devant elle.</p> <p>Je lui propose pour finir un huilage des mains car je les vois sèches à cause de l'enveloppement à la terre. Elle ne répond pas. Je lui explique que c'est pour nourrir les mains. A mon étonnement elle dit oui et demande les 2 mains. Je lui étale alors l'huile sur les mains, ses paumes s'ouvrent et elle les tourne vers le haut, ses mains sont détendues au toucher (forte diminution du tonus). Depuis le début les mains étaient en pronation et fermées, rétractées.</p> <p>Au revoir, me remercie.</p>	<p>-Chauffer l'eau encore davantage</p> <p>-Unification enveloppe corporelle et psychique par le toucher contenant → Mains se rejoignent : espace D/G rejoins, unification de l'espace corporel</p> <p>-Je suis étonnée qu'elle demande les 2 mains</p> <p>-Le toucher, massage, dialogue-tonico-émotionnel est une ressource réelle et un appui à la régulation tonico-émotionnelle. La séance lui a permis une détente psychocorporelle</p>
---	---

Annexe III :

Outil méthodologique n°3 – Exemple de grille d'évolution de la copromanie

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme ■
Mois de Janvier (suite)

Infos Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
17/01	Oui - Non			Oui - Non	
18/01	Oui - Non			Oui - Non	
19/01	Oui - Non			Oui - Non	
20/01	Oui - Non			Oui - Non	
21/01	Oui - Non			Oui - Non	
22/01	Oui - Non			Oui - Non	
23/01	Oui - Non			Oui - Non	
24/01	Oui - Non			Oui - Non	
25/01	Oui - Non			Oui - Non	
26/01	Oui - Non			Oui - Non	
27/01	Oui - Non			Oui - Non	
28/01	Oui - Non			Oui - Non	
29/01	Oui - Non			Oui - Non	
30/01	Oui - Non			Oui - Non	
31/01	Oui - Non			Oui - Non	

- **Copromanie** *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- **Heure** *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- **Description comportement** *: Qu'a-t-elle fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

Annexe IV :

Classification de la HAS (2009) Tableau des troubles du comportement perturbateurs

Opposition	Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
Agitation	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.
Agressivité	Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.
Comportements moteurs aberrants	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
Désinhibition	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.
Cris	Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.
Idées délirantes	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.
Hallucinations	Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.
Troubles du rythme veille/sommeil	Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

Annexe V :

Échelle d'évaluation des Personnes Âgées Difficiles et qui Épuisent 1/2

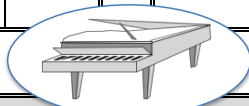
EPADE* Echelle d'évaluation, chez les Personnes Âgées, des symptômes et des syndromes DÉconcertants (avec risque d'épuisement émotionnel)
***PGI-DSS PsychoGeriatric Inventory of Disconcerting Symptoms and Syndromes (with risk of emotional exhaustion)**

Consignes pour l'évaluation :
 1 Un lecteur et une équipe évaluent une période (ex: les 7 derniers jours)
 2 Lire à voix haute le libellé des cases en allant du plus sévère vers le moins sévère
 3 Arrêter la lecture et encercler le score dès qu'un participant reconnaît un symptôme en levant la main
 4 Le score retenu est le score le plus élevé ayant été observé pendant la période de référence
 Avant l'évaluation, il est utile de remettre une feuille d'évaluation à chaque participant

© 2018 Jean-Claude Monfort / Anne-Marie Lezy / Annie Papin / Sophie Tezenas du Montcel
NOM (ou initiale):
PRENOM (ou initiale) :
DATE de naissance :
Homme Femme
Date du jour :

VIOLENCES déconcertantes crainte et peur d'être agressé avec le REGARD				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Regard de haine ou mimique de fureur	Regard de colère ou mimique de colère	Regard noir ou mimique grimaçante	Regard hostile ou mimique hostile	Regard normal et mimique normale
avec la VOIX				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Hurllements	Cris	Gémissement ou ronchonnement ou grognement	Voix hostile	Voix normale
avec les PAROLES				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Menaces	Accusations ou insultes avec personnalisation de l'insulte	Insultes sans personnalisation de l'insulte	Reproches ou disqualifications	Absence d'agression verbale
avec les GESTES				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Attaque des personnes avec danger réel (morsure, coup de poing)	Attaque des personnes sans danger réel (agrippe, griffe, gifle, crachats)	Geste de menace sur les personnes (index levé, poing serré)	Renverse, jette au sol, détruit ou vole les objets (poche de stomie, ...)	Absence d'agression physique

REFUS déconcertants (refus, opposition, passivité, apathie) embarras et culpabilité de ne pas arriver à faire accepter une proposition de la COMMUNICATION				
Paroles spontanées, réponses aux questions et com. non verbale				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Communication impossible (pseudocoma)	Communication limitée au minimum avec les yeux	Communication obtenue avec négociation	Se met à parler avec quelques paroles simples	Communique et parle de façon habituelle
de la MOBILISATION				
Mobilisation au lit, position assise, station debout, marche				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Mobilisation impossible (pas de lever grabatisation)	Mobilisation limitée au minimum avec passage du lit au fauteuil	Mobilisation obtenue avec négociation et aide physique	à se déplacer avec quelques paroles simples	Se déplace et se laisse mobiliser de façon habituelle
de l'ALIMENTATION				
Aliments et boissons				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Alimentation et boisson impossibles (risque vital)	Alimentation et boisson limitées au minimum (recrache)	Alimentation et boisson obtenues avec négociation et aide physique	Se met à manger et boire avec quelques paroles simples	Mange et boit de façon habituelle
des SOINS				
Prise des médicaments, prises des constantes, soins d'hygiène, toilette, activités d'animation				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Soins impossibles (risque vital)	Soins limités au minimum	Soins obtenus avec négociation et aide physique	Se met à accepter les soins avec quelques paroles simples	Les soins sont effectués de façon habituelle



PAROLES déconcertantes inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance				
ORDRES, DEMANDES ou PAROLES SANS OBJET répétées en excès				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Ordres ou exigences contradictoires sans réponse possible	Demandes incessantes ne pouvant pas être satisfaites	Paroles ou mots répétés en boucle (écholalie)	Paroles en quantité excessive (parle trop, logorhée)	Paroles en quantité habituelle
PAROLES ANXIEUSES, plaintes corporelles et APPELS à l'aide				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec crise d'angoisse	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec appels fréquents	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec appel épisodique	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles sans appel	Absence de parole anxieuse ou de pl. corp.
PAROLES DÉPRESSIVES sur la vie et sur la mort				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Tentative de suicide ou comportement équivalent	Paroles exprimant un projet de suicide je vais me suicider	Paroles exprimant un désir de mort je veux mourir	Paroles expri. une perte du désir de vivre je ne veux plus vivre	Paroles habituelles sur la vie et sur la mort
PAROLES à côté de la REALITE, délire, hallucination, mensonge, fabulation				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Paroles délirantes ou hallucinations avec passage à l'acte	Paroles délirantes ou hallucinations sans passage à l'acte (certitude)	Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (probabilité)	Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (possibilité)	Absence de parole délirante d'hallucination de mensonge de fabulation

ACTES déconcertants inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance				
ACTES et perte de contrôle de la sphère locomotrice GLOBALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Disparitions, ("fuges") automobilisations (doigt écrasé, chutes au sol)	Déambulation avec intrusions dans les chambres	Déambulation avec suivi à la trace des soignants	Agitation (bouge les bras ou les jambes tourne en rond)	Comportement locomoteur habituel
ACTES et perte de contrôle de la sphère alimentaire et ORALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Mange des choses toxiques ou non comestibles (ex: produit ménager)	Mange des choses dégoûtantes (ex: excréments)	Mange trop et trop vite avec risque de fausses routes (gloutonnerie)	Mange trop (boulimie)	Comportement oral habituel
ACTES et perte de contrôle des sphères URINAIRE et ANALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Etale ses excréments	Défécations inadaptées ou refus inadapté des protections	Mictions inadaptées constantes	Mictions inadaptées par épisodes	Fonctions sphinctériennes habituelles
ACTES et perte de contrôle de la sphère sexuelle et GENITALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Agression sexuelle sur pers. vuln. ou masturbation traumatique	Contacts à caractère sexuel inadaptés (atouchements sexuels)	Gestes à caractère sexuel inadaptés (exhibition, mast. en public)	Propositions à caractère sexuel érotisation, préoccupations sexuelles envahissantes	Vie sexuelle sans particularités

Score Violence	Score Refus	Score Paroles	Score Actes	Score Total
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Syndrome des violences déconcertantes	Syndrome des refus déconcertants	Syndrome des paroles déconcertantes	Syndrome des actes déconcertants	Symptômes et Syndromes Déconcertants
crainte, peur	embarras, culpabilité	inquiétudes répétées	anxiété anticipatoire	Epuisement émotionnel

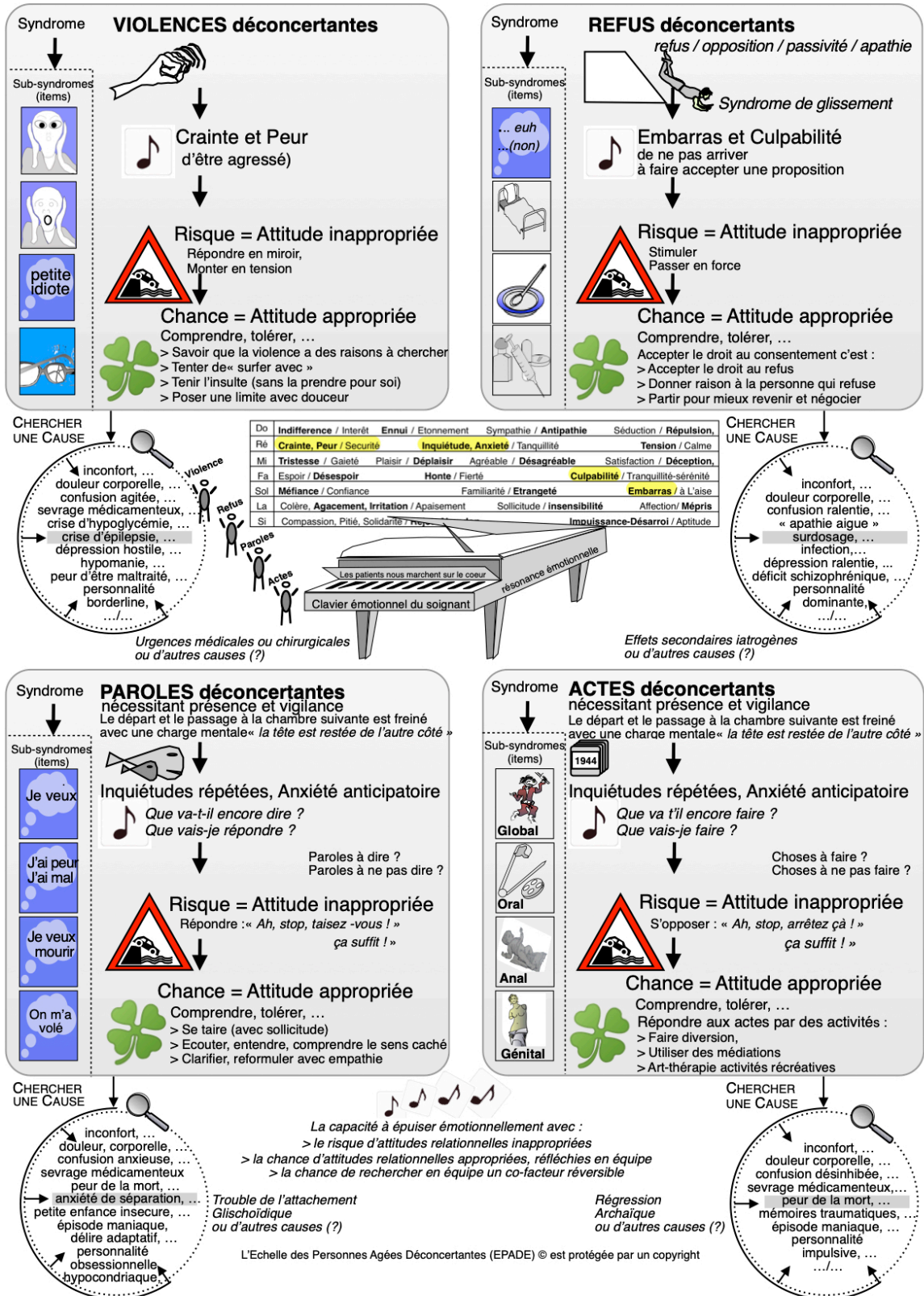
Auteur correspondant: Jean-Claude Monfort - jcm@afar.fr
 2018. Prix Spécial du Jury de la SF3PA (Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée)
 2019. Prix Coup de cœur de la SFTeMed (Société Française de Télé-médecine) et FormatixSanté

Risque de 4 attitudes relationnelles spontanées inappropriées
 Chance de 4 attitudes relationnelles appropriées à co-construire en équipe
 Recherche de causes réversibles, 4 en priorité: douleur, urgence, iatrogène, détresse psychologique

Site de téléchargement www.psychogre.fr | L'échelle EPADE alias PGI-DSS en anglais est protégée par un Copyright ©

Échelle d'évaluation des Personnes Âgées Difficiles et qui Épuisent 2/2

EPADE © Echelle d'évaluation des Personnes Âgées Déconcertantes -
Jean-Claude Monfort / Anne-Marie Lezy / Annie Papin / Sophie Tezenas du Montcel



Annexe VI :

Données recueillies sur l'ensemble des résidents pour lesquels il y a une suspicion de copromanie, lors des entretiens semi-directifs avec les soignants de l'EHPAD, dans le cadre de l'exploration préalable à la recherche.

NB : Chaque couleur d'écriture correspond à un soignant

Tableau synthétisant les réponses des soignants aux entretiens semi-directifs : ¼

	Mme D 91 ans	Mme L 89 ans	Mme V 83 ans	Mme I 90 ans
Description du comportement	« Va chercher les selles dures dans son anus quand elle est constipée, et dans sa protection quand les selles sont normales. Joue avec ses selles. En met dans ses cheveux(masque)et visage, sur les mains massage, par terre, dans son lit, sur les barreaux elle étale, elle peint partout, dans plis, les creux. On la retrouve complètement nue, en a mis partout sur elle et dans sa chambre (lit, matelas, sol), va dans le couloir le matin comme ça(révolu) »	« Pareil que Mme D mais plus rare. Se déshabillait, allait chercher ses excréments dans sa protection pour les manipuler, en barbouiller le lit, et le sol de sa chambre »	« Se déshabille et fait pipi partout. Se met toute nue et se balade. De façon indifférente s'il y a du monde ou pas. Va dans une chambre ou se cache dans un coin, se déshabille et défèque accroupie. Peut aussi prendre ses excréments de la protection et les poser »	« Elle enlevait sa protection et mettait des excréments partout : sur sa chaise dans la salle, sur son lit et dans sa chambre en général, là où elle se trouvait »
Fréquence	« Tous les jours, toutes les nuits 3 fois par nuit (dès 22h, à 4h, sur le matin) On la retrouve comme ça tous les matins quand elle n'a pas sa combinaison qui l'empêche de le faire »	« Plus rare que Mme D. Au début qu'elle était là (à son arrivée) mais plus maintenant »	« Rare, quand elle est constipée et qu'elle a mal, quand elle ne trouve pas les toilettes »	« Beaucoup, tous les jours et toutes les nuits »
Lieu	« Sa chambre Sa chambre uniquement, mais le matin quand on vient pas la voir tout de suite, elle sort dans les	Sa chambre	« Partout : chambre, salle commune, couloirs Cachée dans un coin de la salle ou dans une chambre »	« Sa chambre en général, mais partout, dans la salle, là où elle se trouvait »

	couloirs comme ça, nue et barbouillée »			
Quand	« <i>La nuit. Le jour elle dort ou essaye de se lever de son fauteuil et marcher</i> Seulement la nuit »	« La nuit, mais plus maintenant »	Le jour et la nuit	« Avant le jour et la nuit, puis seulement la nuit. Puis avant de mourir presque plus, elle dormait la nuit »
Grenouillère	« Oui quand on en a de disponible, avant parfois ça suffisait pas, elle arrivait, on ne sait pas comment, à l'enlever »	« Avant oui, plus maintenant »	« <i>Oui, dès 17h et jusqu'au matin, elle l'acceptait sans rien dire, ni essayer de l'enlever</i> »	« Avant jour et nuit car elle se déshabillait sans cesse, puis que la nuit »
Verb. résident	« <i>Ce n'est pas moi</i> », « <i>Je n'en sais rien</i> » « Je ne comprends rien »		« Ce n'est pas moi, j'ai trouvé ça là »	
Pathologie du résident	Troubles cognitifs importants non étiquetés avec éléments de persécution aggravés par déficit sensoriel et syndrome anxiodépressif « <i>Hétéro agressivité physique</i> » « Je ne sais pas » (x3)	Démence de type Alzheimer. Hétéro agressivité verbale, déambulation. + AVC, malaises, vertiges, hypertension, glaucome, cardiopathie « Je ne sais pas » (x2)	Démence mixte + maladie Alzheimer + syndrome anxiodépressif + déambulation. Cardiopathie, ostéopénie, hypothyroïdie « Je ne sais pas » (x2)	Troubles cognitifs évolués dans le cadre d'une démence sévère et perte d'autonomie complète « Je ne sais pas »
Hypothèses de compréhension des soignants	« <i>Je ne comprends pas, la maladie. Car n'ont pas sommeil, s'ennuient, jouent avec ce qu'ils ont. Elle se rend compte que c'est ses selles, mais c'est plus fort qu'elle.</i> Elle cherche quelqu'un, de l'aide. Elle fait cela car angoisse de mort de dormir, angoisse de nuit, ils sont tous agités vers 17h. Elle est seule dans cette pièce, dans le noir, allongée, pas bruit, sans mouvement. C'est pour faire quelque chose, être active, cela diminue l'angoisse Cela veut dire : « j'existe, je suis là, occupez-vous de moi » C'est peut-être le seul moyen d'être touchée	<i>La soignante ne donne pas d'explication au comp, elle dit ne pas comprendre la maladie</i> « Elle le faisait qu'au début à son arrivée, c'était tous les jours, mais plus maintenant, elle n'a pas de combinaison ou de grenouillère il n'y en a plus besoin »	« <i>Je ne comprends pas, je ne sais pas, la maladie</i> » « Décision de ne plus lui mettre de grenouillère, couche-culotte absorbante car elle n'est pas totalement incontinente et peu parfois demander d'aller aux toilettes. Elle fait cela car elle ne trouve pas les toilettes, peut parfois demander, se cache des autres pour faire, pour l'intimité et car elle sait que ce n'est pas bien et qu'elle va se faire disputer Quand elle est constipée et que ça la gêne, ça lui fait mal car elle n'arrive pas à pousser et c'est plus facile seule et accroupie »	« Car elle est serrée dans ses habits, n'aime pas être habillée, cela voulait aussi dire « occupez-vous de moi », et car étant donné que dans sa vie elle était très assistée (était servie, avait des sous, c'est une reine), elle avait des habitudes de reine, elle aimait la compagnie, elle aimait la vie »

	et qu'on s'occupe d'elle »			
Remarques	« Avant, elle se déshabillait entièrement. » « A table au petit déjeuner, baissait sa protection. Elle mange avec les mains alors qu'elle pourrait avec les couverts » « Selles normales »			Est décédée. « Très difficile de l'habiller, elle n'aime pas tout ce qui la serre »

Tableau synthétisant les réponses des soignants aux entretiens semi-directifs : 2/4

	Mme F 83 ans	Mme W 90 ans	Mme A 91 ans	Mme T 91 ans
Description du comportement	<i>Selles normales.</i> « Elle prend dans sa protection, barbouille, on en retrouve partout dans le lit, en met dans les placards dans du papier « Durant la toilette, elle est allongée dans le lit, ça va très vite, en 5 min je vais chercher quelque chose et elle a tout barbouillé : lit, barreaux... »	« Elle dépiaute la protection » « Ce n'est pas un problème de copromanie, mais de protection »	« Elle met sa main dans la protection et va chercher les selles dedans au moment où elles tombent, eessaye de les retenir puis n'y arrive plus, les prend et en met partout Elle prend dans sa protection et jette par terre, ne joue pas avec, avant de le faire elle se lève et s'assoit, change de position, ça la gêne »	« Elle prend dans sa protection et tartine sur les murs et son lit. Elle réalise des petits tas partout avec ses excréments, ça fait comme un sanctuaire dans la chambre, on ne sait pas par où commencer »
Fréquence	« Parfois » « Très souvent » « Depuis toujours, elle a toujours fait ça ici en tous cas » (x2)	« Tous les matins »	« Tous les jours » « Pas tous les jours mais c'est fréquent »	« Toutes les nuits, plusieurs fois par nuit quand elle n'est pas constipée » « Toutes les nuits et tôt le matin »
Lieu	« Sa chambre, le lit, les placards Dans le lit »		« Où elle est sur le moment « quand ça la prend » (partout) x2	« Sa chambre : lit, sol, murs « Sa chambre exclusivement »
Quand	« La nuit Le soir au moment de la toilette au lit avant de se coucher »	« Le matin »	« Quand elle fait caca, quand ça vient, quand ça la prend » « Le jour, je ne sais pas si elle fait ça la nuit, j'en ai pas entendu parler »	« La nuit, dès 19h, les filles sont folles ! » « Les nuits et tôt le matin »
Grenou.	Non x2	« Non » « Porte une grenouillère quand il y en a une de disponible, ce n'est pas toujours et les	« Non, elle porte une couche culotte qu'elle peut enlever pour aller aux toilettes »	« Oui, quand elle n'est pas constipée et qu'elle le fait souvent, parfois elle l'arrachait »

		volantes n'en mettent pas »		
Verbalisation résident	« C'est du chocolat, c'est ma fille qui m'a ramené une tablette /un éclair » « Ce n'est pas moi »		Elle dit se retenir et ne pas oser demander Dit : « j'oublie », « désolé », « je ne sais pas ça me gênait », « je sais que ce n'est pas bien ce que j'ai fait » et s'excuse mille fois.	Elle dit que ce n'est pas elle, qu'elle ne ferait jamais ça, qu'elle est propre, jeune et belle « Ce n'est pas moi » « De quoi ? », « Ce n'est pas moi »
Pathologie du résident	-Troubles cognitifs non étiquetés avec TC de type agressivité et opposition aux soins. Hypothyroïdie. Syndrome de Diogène et clinophile au domicile. « A toute sa tête. A le syndr. de Diogène, conditions vie négligée, incurie, est renfermée. « Incurie »	Démence de type Alzheimer + chutes à répétition, fractures, arthrose, AIT, diabète avec neuropathie des membres inf.	Syndrome anxiodépressif avec symptômes psychotiques associés, de type persécution et hallu. = Hypertension, constipations, carence en vit. D, dégénérescence maculaire « Un peu psy ? Est renfermée, parle bien, se voit encore comme une jeune fille »	Démence Alzheimer, Hypertension artérielle, insomnie, DMLA, quasi cécité « Déambulait avant » « Est désorientée, se croit dans le passé, une jeune fille belle et intelligente, gymnaste, elle invente des histoires »
Hypothèses de compréhension des soignants	« La protection la gêne » « C'est l'âge et la pathologie ». La soignante pense qu'elle essaye de faire croire que ce n'est pas elle ou qu'elle ne s'en rend pas compte. Elle a du caractère, peu de respect pour l'autre : peut jeter de verre d'eau par terre si n'en veut pas » « Oui ça pourrait être intéressant. Elle a perdu sa fille, manipuler ses excréments est selon moi un moyen de maîtriser quelque chose qui sort d'elle (comme un bébé) pour le garder, ça lui appartient, ne pas le jeter comme ça et faire quelque chose avec »	« Car ça la gêne, la gratte, la pique »	« Elle se voit encore comme une jeune fille sans protection, souhaite aller aux toilettes normalement. Elle se retient et quand elle ne peut plus elle met sa main et sort les excréments pour ne pas être salie. Parfois elle arrive à demander pour aller aux toilettes mais elle ne veut pas déranger, n'ose pas. » « Elle demande systématiquement à aller aux toilettes avant de se coucher le soir, elle n'arrive pas à y aller seule. Elle fait ça car elle est gênée et ne trouve pas les toilettes, elle ne demande pas à y aller mais pourrait car elle le fait parfois »	« En ce moment est constipée donc pas de problème. La relation avec les équipes est compliquée, en ont marre de nettoyer, ne comprennent pas pourquoi elle fait ça et confrontation entre ce que la patiente pense d'elle et la réalité qui agace les équipes. Elle se croit plus haut que nous avec son Bac mention TB » « Je ne sais pas pourquoi, la maladie, l'âge. C'est comme si ce n'était pas eux, qu'ils n'en étaient pas conscients » « Je ne sais pas comment elle fait, ce n'est pas possible, des fois je me demande si c'est vraiment elle qui a fait ça, elle est en fauteuil et dépendante pour tous les transferts ! » « Je pense que les boulettes sont des éléments de sa vie qu'elle trie, elle fait comme un bilan, elle range »

Remarques	<p>« Elle aimerait manger avec les mains mais on ne lui autorise pas car ses mains sont sales (excréments et incurie), elle ne comprend pas pourquoi »</p> <p>« Elle emballe tout en général, pas seulement ses excréments »</p> <p>« Tout était fermé et dans le noir chez elle. Maintenant elle dort la porte ouverte »</p>			<p>« Elle peut se mouvoir, peut dire des choses, déambulait »</p> <p>PEC toucher terre : « Ce sera très bien pour elle »</p> <p>« Ça pourra être très intéressant avec elle, elle va sûrement adhérer à la PEC, tu vas voir il y a des jours où elle ne va pas s'arrêter de te parler et d'autres rien »</p> <p>« Bon courage, elle peut t'envoyer balader ! »</p> <p>« Tu penses pas que ton suivis ça peut empirer le comportement, surtout ne réalise pas la séance dans sa chambre, ça pourrait lui donner des idées ! »</p>
------------------	---	--	--	--

Tableau synthétisant les réponses des soignants aux entretiens semi-directifs : 3/4

	Mr B 84 ans	Mme C 83 ans	Mme Q 102 ans	Mr F 87 ans
Description du comportement	« Urine partout »	<p>« Prend ses excréments dans sa protection et les pose sur le plateau »</p> <p>« Retire sa protection ou va chercher dedans et étale sur le lit, les barrières, ses affaires »</p> <p>« Badigeonne »</p>	<p>« Arrache ou enlève sa protection, la met en morceau »</p> <p>« Dépiaute sa protection et cherche dans la protection, badigeonne le lit tous les jours au coucher dans la chambre quand on la met au lit, lorsqu'on la change »</p>	« Il dépiautait sa protection, on retrouvait tout sens dessus-dessous, il y en avait partout : sur le sol, le lit, les murs, sur lui, il jouait avec ses excréments ; avait le sourire jusqu'aux oreilles quand on le retrouvait, semblait adorer cela et prendre du plaisir »
Fréquence	« Tous les jours »	<p>« 2-3 fois par mois »</p> <p>« Pas tous les jours »</p>	<p>« Ça fait des années »</p> <p>« A chaque fois qu'elle n'a pas de grenouillère. Tous les jours »</p>	« Toutes les nuits à son arrivée, plus maintenant »
Lieu	« Partout »	« Salle à manger. Sa chambre, sur le lit, les barrières, ses affaires. Dans sa chambre »	« Sa chambre. « Dans sa chambre : le lit »	« Que dans sa chambre : le sol, le lit, les murs, et sur lui »
	« Quand il a envie d'uriner »	« En Journée. Le jour comme nuit. La nuit et peut-être le matin, les	« Seulement la nuit, elle déambule la journée. Au	« La nuit »

Quand		filles disent parfois qu'elle était propre au réveil et on la retrouve comme ça après le petit déjeuner »	coucher lorsqu'on la change » « Porte une grenouillère mais arrive quand même à la détacher » « Quand elle a une grenouillère elle ne le fait pas »	
Gren.	Non	« Pas de grenouillère quand elle est bien »	Oui, quand il y en a de disponible (x2)	Non
Verbalisation résident	« Il essaye de demander à aller aux toilettes mais possède une aphasie			« Je ne sais pas », « ce n'est pas moi », « on me l'a imposé, on m'a guidé, c'est le Ku klux klan »
Pathologie du résident	Démence vasculaire sévère, HTA, AVC, cataracte opérée, angiopathie et épisodes d'hémorragie cérébrale « Désorientation et aphasie »	En grande rupture de suivi médical et refus de soin. Troubles cognitifs non étiquetés et TC de type agressivité, agitation, opposition + syndr dépressif, incurie, troubles mnésiques importants, désor. Temporo-spatiale, hypertonie plastique à gauche	Démence sur troubles psychotiques, TC déambulation en fauteuil roulant + syndrome anxiodépressif, hypothyroïdie, coxarthrose, insuffisance veineuse, ulcères de jambe « Agressivité verbale, mais quand on lui parle et lui explique elle ne dit rien »	Maladie d'Alzheimer + TC de type agressivité, syndrome myélodysplasique, HTA, chutes à répétitions et fractures, dépendance totale.
Hypothèses de compréhension des soignants	« Il ne sent pas que ça arrive il n'arrive pas à le maîtriser, il n'arrive pas à le demander, se trompe de mot, il ne trouve pas les toilettes car il n'est pas orienté dans l'espace »	« Parce que c'est mental » « Pour chercher l'attention, pour nous faire chier, car s'ennuient donc jouent, s'occupent avec ce qu'ils ont à portée de main. Je ne sais pas s'ils se rendent compte de ce que c'est et que c'est à eux »	« Je ne sais pas pourquoi » « Car est gênée par la protection (surtout quand elle est trop serrée) et car s'ennuient donc jouent avec ce qu'ils ont » « Car à l'habitude de se déshabiller entièrement le soir avant de se coucher »	« Il ne comprenait pas, il semblait étonné, il ne se rendait pas compte que c'était des excréments » « Il faisait cela car selon lui quelqu'un lui imposait de le faire, aussi car il venait d'arriver à l'ehpad et qu'il était anxieux, sans repères, dans l'incompréhension et désorienté, perturbé du changement, car il ne comprenait pas où il était, ni pourquoi il était là. Aussi car « il cherchait une liberté en soi, en son intérieur »
Remarques		« Aime manger avec ses doigts. Avant était au Cantou car déambulait avec son déambulateur, depuis sa chute elle est en fauteuil, elle a diminué, est grabataire »	« Va lui poser la question, elle peut parler, elle va peut-être te répondre ou te donner des éléments » - Mange à la cuillère - Selles normales A propos du toucher terre : « Oui bien mais c'est difficile de l'arrêter dans ce qu'elle est en	« Semblait prendre du plaisir à la faire » « Le comportement a cessé le lendemain que je suis allée longuement discuter avec lui, en lui expliquant ce qu'il faisait, en essayant de comprendre et en lui

		« Ne se déplace pas, ne peut pas verbaliser, attrape les gens »	train de faire, elle ne veut pas changer d'activité ».	expliquant ce qu'il faisait et pourquoi ce n'était pas bien »
--	--	---	--	---

Tableau synthétisant les réponses des soignants aux entretiens semi-directifs : 4/4

	Mr H 81 ans	Mr D 99 ans	Mme G 86 ans	Mme R 98 ans
Description du comportement	« Enlève sa protection, prend ses excréments et en met partout » « Il badigeonne. Même quand il n'a pas eu de selles il enlève sa protection, la déchire et en fou partout » « Il met ses excréments dans son lit ou sa chambre puis s'essuie les mains, il n'étale pas sur lui et ne s'amuse pas. Il pisse partout » « En met dans son bol, par terre, dans les draps, sur les murs »	« Il va chercher puis en met partout, joue avec. Il fait pipi par terre tous les jours en essayant d'aller aux toilettes, se fait dessus puis s'essuie partout »	« Comme Mme D »	« Elle était allongée dans son lit, avait les mains pleines de selles et les étalait dans son lit. Elle était couchée sur le côté, avait dépiauté sa protection (ne le fait pas d'habitude) et elle dessinait, on aurait dit du Picasso, elle peignait, faisait des traces, des ronds, des lignes. Elle était à la cool, posée, normal, semblait prendre beaucoup de plaisir »
Fréquence	« Souvent » « Moins maintenant, là ça fait un moment, avant quand il marchait s'était pire, il était plus énervé et moins fatigué, il faisait caca en marchant » « Au moins 3 fois par semaine »	« Au moins 4-5 fois par semaine »	« Souvent » « plus rare maintenant »	« Elle le faisait très fréquemment avant, elle a arrêté quand elle s'est dégradée cognitivement et qu'elle est passée en fauteuil, c'est à ce moment qu'elle est devenue plus agressive, puis là ce matin mais ça faisait quelques mois »
Lieu	« Dans les couloirs » « Dans sa chambre seulement, dans son lit » « Seulement dans sa chambre »	« Chambre , et couloir, salon quand ne trouve pas les toilettes »	« Chambre et salle commune »	« Que dans sa chambre, dans son lit »
Quand	« La nuit » « Quand il a accès à sa protection, quand il est au lit, la nuit et le matin avant ou après le déjeuner. Depuis toujours. La nuit et le matin avant ou après le petit déjeuner, quand il est seul, il attend qu'on parte. Depuis très très longtemps »		« Avant, plus rare maintenant »	« Ce matin en arrivant pour lui apporter son petit déjeuner » « La nuit et tôt le matin, pas le jour, dès qu'elle est couchée et qu'elle a accès à sa protection »

Gren.	Non	Non		« Non, on en met que à celles qui en ont vraiment besoin, on n'en a pas mille »
Verbalisations du résident	<p>« Nettoyez, vous êtes là pour quoi, moi je paye, il faut travailler ! »</p> <p>Mais il ne veut pas être changé. « Vous n'êtes pas gentils, les filles me battent » « C'est de la merde, je vous entendais rire là-bas, tout le monde rit et moi je suis malheureux »</p> <p>Quand la soignante lui demande « qu'est-ce que ça t'apporte » il ne répond pas. « Demain de toute façon je vais chier dans le lit, vous allez bien travailler ! »</p> <p>« C'est pas moi, qu'est-ce qu'ils ont foutu ! »</p> <p>« C'est pas moi, je sais pas », et le soir parfois il nous prévient : « vous allez voir demain matin ce que je vais vous faire », et le lendemain effectivement...</p>	« Oh c'est moi, ah bon, pardon je suis vraiment désolé »		Soignante : « Quand je suis entrée elle ne m'a pas regardé, a continué, ne s'est pas arrêtée, ne m'a pas parlé ».
Pathologie du résident	<p>Démence de type Alzheimer + cardiopathie, épisodes d'insuffisance respiratoire, syndrome anxieux et épisodes dépressifs.</p> <p>« Il comprend, il a toute sa tête mais a baissé »</p> <p>« Je ne sais pas »</p>	<p>Troubles cognitifs importants</p> <p>« Est très malade et très vieux »</p>	<p>Maladie d'Alzheimer sévère, diagnostiquée en 2011, perte d'autonomie complète</p> <p>« Est en fauteuil, ne parle plus »</p>	<p>Maladie d'Alzheimer avec troubles cognitifs et du comportement : agressivité, agitation, irritabilité et anxiété, refus de soin + malentendante et chutes à répétition</p> <p>« Je ne sais pas »</p>
	<p>« C'est pour se venger d'être là, car il se sent mal dans l'institution, pour exprimer sa colère et son agressivité, pour enmerder les soignants. Il y a peut-être autre chose. Ce n'est pas pour jouer »</p> <p>« Par pure méchanceté, pour nous occuper »</p>	« Il ne sait pas il ne s'en rend pas compte, c'est pas de sa faute, il est malade »	« Je ne sais pas »	<p>« Concernant les selles je ne sais pas pourquoi, cette dame est très bizarre. Concernant l'agressivité ça s'est nettement majoré quand elle s'est dégradée (cognitivement et fauteuil) et c'est en même temps qu'elle a arrêté de jouer avec ses selles.</p>

<p style="text-align: center;">Hypothèses de compréhension des soignants</p>	<p>« Pour nous embêter, car contrarié, car constipé »</p> <p>« Ce n'est pas pour jouer, ni pour s'essuyer mais pour nous embêter, se venger »</p> <p>« Je ne savais pas qu'il faisait ça, ça m'étonne beaucoup de lui, il n'était pas du tout du genre à embêter le monde et était plutôt solitaire, discret et déprimé. Sa maladie a dû beaucoup avancer »</p>			<p>« Je ne comprends pas comment les résidents font pour en mettre partout comme cela alors qu'ils sont totalement dépendants pour les actes quotidiens »</p> <p>Relation aux soignants : « Elle est bizarre, ambivalente, elle peut nous traiter et nous taper et juste après nous dire qu'on est gentille si on fait ce qu'elle veut. Elle est colérique, elle a du caractère, on a peur d'elle, elle frappe, mord, griffe, elle a failli mettre une soignante en arrêt maladie, ça peut être n'importe quand, pas seulement durant la toilette, c'est sans raison. »</p>
<p style="text-align: center;">Remarques</p>	<p>« <i>Sec et froid, caractère particulier, peut dire beaucoup de choses mais est en fauteuil</i> »</p> <p>« Mange avec des couverts »</p> <p>« J'ai peur de lui, de ce qu'il va me faire cette fois ça, alors je suis très gentille avec lui, car j'ai peur de le fâcher. Le matin il n'est pas bien, il est méchant, j'ai peur de lui, il s'énerve, l'après-midi et le soir il est top, gentil »</p> <p>« Pour la PEC tu peux aller le voir pour te faire ton avis, mais il ne va sûrement pas adhérer, il est solitaire, il n'aime pas ce genre de choses, ce n'était pas ces habitudes de vie (faire des activités, être en relation) »</p>	<p>« C'est l'homme parfait, il est beau et bien soigné, il est adorable »</p>		<p>« Selles normales ce matin »</p> <p>« C'est une femme totalement dépendante, en fauteuil et avec une protection. Elle ne peut plus rien faire à part, manger, excréter, manipuler ses selles et insulter »</p> <p>« Elle mange avec la grosse cuillère mais aime jouer avec la nourriture, parfois elle prend avec ses mains, elle mâche la nourriture et la régurgite, puis la remet dans l'assiette et manipule »</p>

Annexe VII :

Grilles d'évolution de la copromanie de Mme D, Mme T, Mr H et Mme F remplies par les soignants

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme D

Mois de Janvier
 le 07/01 : respect coplette lid car retrouvée sans vêtement, ni protecteur et s'agit d'une coplette par haut
 le 10/01 : changer à deux reprises, se souille, refuse de garder la protection (st3?)

Infos	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
Date					
17/01	Oui - Non ?			Oui - Non	
18/01	Oui - Non ?			Oui - Non	
19/01	Oui - Non ?			Oui - Non	
20/01	Oui - Non ?			Oui - Non	
21/01	Oui - Non ?			Oui - Non	
22/01	Oui - Non ?			Oui - Non	
23/01	Oui - Non ?			Oui - Non	
24/01	Oui - Non			Oui - Non	
25/01	Oui - Non			Oui - Non	
26/01	Oui - Non			Oui - Non	
27/01	Oui - Non			Oui - Non	
28/01	Oui - Non			Oui - Non	
29/01	Oui - Non			Oui - Non	
30/01	Oui - Non	14:53	a arraché sa protection souillée de selles +++++, en a mis par haut	Oui - Non?	
31/01	Oui - Non			Oui - Non	

Marie Cécile

- Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- Description comportement *: Qu'a-t-elle fait avec ses selles

⇒ 3 X au -

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

1 des bices ⇒ même nuit me connaissent pas remplissent pas grille

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme D
Mois de Février

Infos / Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
01/02	Oui - Non			Oui - <u>Non</u>	
02/02	Oui - Non			Oui - <u>Non</u>	
03/02	Oui - Non			Oui - <u>Non</u>	
04/02	Oui - Non			Oui - <u>Non</u>	
05/02	Oui - Non			Oui - Non	
06/02	Oui - Non			Oui - Non	
07/02	Oui - <u>Non</u>		selles dans la proctochim seulement	<u>Oui</u> - Non	X
08/02	Oui - Non			Oui - Non	?
09/02	Oui - Non		MALAISE + VOUSSEMENTS	Oui - Non	?
10/02	Oui - <u>Non</u>	malin		<u>Oui</u> - Non	
11/02	Oui - <u>Non</u>	1		<u>Oui</u> - Non	
12/02	Oui - <u>Non</u>	1		<u>Oui</u> - Non	
13/02	Oui - <u>Non</u>	1		<u>Oui</u> - Non	
14/02	Oui - <u>Non</u>	1		<u>Oui</u> - Non	
15/02	Oui - Non			Oui - Non	

- il le fait moins depuis que mes → ansait pas pas est très rare*
- = Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
 - = Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
 - = Description comportement *: Qu'a-t-il fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

*Glycine P&S - la fait marcher
11 visites de suivi de la s le pied.*

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme L
Mois de Février

Infos	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
Date					
15/02	Oui - Non			Oui - Non	
16/02	Oui - Non			Oui - Non	
17/02	Oui - Non			Oui - Non	
18/02	Oui - Non			Oui - Non	
19/02	Oui - Non			Oui - Non	
20/02	Oui - Non			Oui - Non	
21/02	Oui - Non			Oui - Non	
22/02	Oui - Non			Oui - Non	
23/02	Oui - Non		CHUTE PLATE OCC.	Oui - Non	
24/02	Oui - Non		↓ HOSPI	Oui - Non	
25/02	Oui - Non			Oui - Non	
26/02	Oui - Non			Oui - Non	
27/02	Oui - Non			Oui - Non	
28/02	Oui - Non			Oui - Non	
29/02	Oui - Non			Oui - Non	

*repondre
de
sur
S*

C

- Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- Description comportement *: Qu'a-t-il fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme E.
Mois de Mars

Infos Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
29/02	Oui - Non			Oui - Non	
01/03	Oui - Non			Oui - Non	
02/03	Oui - Non			Oui - Non	
03/03	Oui - Non			Oui - Non	
04/03	Oui - Non			Oui - Non	
05/03	Oui - Non			Oui - Non	
06/03	Oui - Non			Oui - Non	
07/03	Oui - Non	9h 30	Sourcil Tête et pied	Oui - Non	RDV HOPITAL
08/03	Oui - Non	"	" " ↓ "	Oui - Non	
09/03	Oui - Non	Matin	De Tête aux pieds	Oui - Non	
10/03	Oui - Non			Oui - Non	
11/03	Oui - Non			Oui - Non	
12/03	Oui - Non			Oui - Non	
13/03	Oui - Non			Oui - Non	
14/03	Oui - Non		MALADIE - hyperacrom	Oui - Non	

- 15/03 et 16 fatigue : copromanie 2x → DEBUT ALITEMENT ET QUARANTAINE
- Copromanie*: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
 - Heure*: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
 - Description comportement*: Qu'a-t-elle fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme T
Mois de Janvier

Au 108

le 08/01 : selles main ++, lit ++, bavoirs ++

Infos Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
17/01	Oui - Non ?	—	—	Oui - Non	—
18/01	Oui - Non			Oui - Non	
19/01	Oui - Non			Oui - Non	
20/01	Oui - Non	La nuit	elle les a ramassés sur le L	Oui - Non	—
21/01	Oui - Non			Oui - Non	
22/01	Oui - Non			Oui - Non	
23/01	Oui - Non			Oui - Non	
24/01	Oui - Non			Oui - Non	
25/01	Oui - Non			Oui - Non	
26/01	Oui - Non			Oui - Non	
27/01	Oui - Non			Oui - Non	
28/01	Oui - Non			Oui - Non	
29/01	Oui - Non			Oui - Non	
30/01	Oui - Non			Oui - Non	
31/01	Oui - Non ? on sait pas			Oui - Non	

⇒ Au 20

- **Copromanie***: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- **Heure***: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- **Description comportement***: Qu'a-t-elle fait avec ses selles

+ aller voir sur les TRANS

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme T
Mois de Février

Au 10/8

Infos	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
Date					
01/02	Oui - Non			Oui - Non	
02/02	Oui - Non			Oui - Non	
03/02	Oui - Non	8/30	Puitor Calme.	Oui - Non	
04/02	Oui - Non			Oui - Non	
05/02	Oui - Non	8/45	agressivité v.	Oui - Non	
06/02	Oui - Non			Oui - Non	
07/02	Oui - Non			Oui - Non	
08/02	Oui - Non			Oui - Non	
09/02	Oui - Non			Oui - Non	
10/02	Oui - Non			Oui - Non	
11/02	Oui - Non			Oui - Non	
12/02	Oui - Non			Oui - Non	
13/02	Oui - Non		CONSTIPÉE	Oui - Non	
14/02	Oui - Non			Oui - Non	
15/02	Oui - Non			Oui - Non	

- Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- Description comportement *: Qu'a-t-il fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme T
Mois de Février

Ae 108

Infos Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
15/02	Oui - Non			Oui - Non	
16/02	Oui - Non			Oui - Non	
17/02	Oui - Non			Oui - Non	
18/02	Oui - Non		calme.	Oui - Non	
19/02	Oui - Non			Oui - Non	
20/02	Oui - Non			Oui - Non	
21/02	Oui - Non		Manipule	Oui - Non	selles dures s'est aidée de ses doigts pour évacuer
22/02	Oui - Non		Calme	Oui - Non	
23/02	Oui - Non	10h00	calme -	Oui - Non	Ses dans ses doigts -
24/02	Oui - Non			Oui - Non	
25/02	Oui - Non			Oui - Non	
26/02	Oui - Non		CONSTIPÉE	Oui - Non	
27/02	Oui - Non			Oui - Non	
28/02	Oui - Non			Oui - Non	
29/02	Oui - Non			Oui - Non	

Roxette

- Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- Description comportement *: Qu'a-t-il fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme T
Mois de Mars

au 10/8

Infos Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
29/02	Oui - Non			Oui - Non	
01/03	Oui - Non			Oui - Non	
02/03	Oui - Non		Calme et agréable. Roule bien avec AS.	Oui - Non	Pas de selles ce matin.
03/03	Oui - Non	9h54	selles partout Agréable matin	Oui - Non	Pas de selles. Vanne +++ Soudé +sh.
04/03	Oui - Non	8h	calme	Oui - Non	—
05/03	Oui - Non	8h45	calme	Oui - Non	—
06/03	Oui - Non	9h	calme	Oui - Non	—
07/03	Oui - Non			Oui - Non	
08/03	Oui - Non			Oui - Non	
09/03	Oui - Non		calme -	Oui - Non	
10/03	Oui - Non			Oui - Non	
11/03	Oui - Non			Oui - Non	
12/03	Oui - Non			Oui - Non	
13/03	Oui - Non			Oui - Non	
14/03	Oui - Non	9h	partout draps, dring, ongles	Oui - Non	—

- = Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- = Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- = Description comportement *: Qu'a-t-elle fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mr H.
Mois de Janvier

Infos Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
17/01	Oui - Non	9h		Oui - Non	
18/01	Oui - Non	8h		Oui - Non	
19/01	Oui - Non			Oui - Non	
20/01	Oui - Non			Oui - Non	
21/01	Oui - Non	8h30		Oui - Non	
22/01	Oui - Non			Oui - Non	
23/01	Oui - Non			Oui - Non	
24/01	Oui - Non	8h30		Oui - Non	
25/01	Oui - Non			Oui - Non	
26/01	Oui - Non			Oui - Non	
27/01	Oui - Non			Oui - Non	
28/01	Oui - Non			Oui - Non	
29/01	Oui - Non			Oui - Non	
30/01	Oui - Non			Oui - Non	
31/01	Oui - Non			Oui - Non	

- Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- Description comportement *: Qu'a-t-il fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mr H
Mois de Février

Infos	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
Date					
01/02	Oui - Non ?			Oui - Non	
02/02	Oui - Non ?			Oui - Non	
03/02	Oui - Non ?			Oui - Non	
04/02	Oui - Non ?			Oui - Non	
05/02	Oui - Non ?			Oui - Non	
06/02	Oui - Non ?			Oui - Non	
07/02	Oui - Non	matin	Crachats, agressivité par terre	Oui - Non	
08/02	Oui - Non			Oui - Non	
09/02	Oui - Non		va mieux, plus sage	Oui - Non	
10/02	Oui - Non		calme	Oui - Non	
11/02	Oui - Non		calme	Oui - Non	
12/02	Oui - Non		calme	Oui - Non	
13/02	Oui - Non		calme	Oui - Non	
14/02	Oui - Non		calme, plus sage	Oui - Non	toilettes se passent mieux il est mieux
15/02	Oui - Non			Oui - Non	

→
L
M
M
J
V

pas agressif, ne se brade plus

- = Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- = Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- = Description comportement *: Qu'a-t-il fait avec ses selles

visite: Mamie de 10 en 10 + son ab (anci 12 (05 6 4 1) 1037)
Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne
: : 5 vers sape Noif

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mr H
Mois de Février

Infos Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
15/02	Oui - Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
16/02	Oui - Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
17/02	Oui - Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
18/02	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	9h		Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	RAS
19/02	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	10h		Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	RAS
20/02	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	10h30		Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	RAS
21/02	Oui - Non			Oui - Non	
22/02	Oui - Non			Oui - Non	
23/02	<input checked="" type="radio"/> Oui - Non		« A mis des selles partout, change draps et chemise de nuit + aide à se recoucher »	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
24/02	Oui - Non			Oui - Non	
25/02	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	9h		Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	RAS
26/02	Oui - Non			Oui - Non	
27/02	Oui - Non			Oui - Non	
→ 28/02	<input checked="" type="radio"/> Oui - Non		a rebre la protec et mit selles partout.	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	(^u Constantine)
29/02	Oui - Non			Oui - Non	

- ⇒ au - 2x
- Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
 - Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
 - Description comportement *: Qu'a-t-il fait avec ses selles

* Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mr H
Mois de Mars

Infos / Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
29/02	Oui - Non			Oui - Non	
01/03	Oui - Non			Oui - Non	
02/03	Oui - Non			Oui - Non	
03/03	Oui - Non			Oui - Non	
04/03	Oui - Non	↑	Hospitalisés	Oui - Non	
05/03	Oui - Non		ATP ? insuffisance	Oui - Non	
06/03	Oui - Non	↓		Oui - Non	
07/03	Oui - Non			Oui - Non	
08/03	Oui - Non	↓		Oui - Non	
09/03	Oui - Non			Oui - Non	fatigue
10/03	Oui - Non	↑	QUARANTAINE	Oui - Non	of tran
11/03	Oui - Non		confinement en chambre	Oui - Non	
12/03	Oui - Non			Oui - Non	
13/03	Oui - Non		Refus oppositen lever - Sais mieux se servir, relation	Oui - Non	
14/03	Oui - Non	↓	calme, souriant, parle	Oui - Non	

15/16 = Ø COPRO

Decede fin Mars

- Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- Description comportement *: Qu'a-t-il fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme F
Mois de Janvier

Au 113

Infos / Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
17/01	Oui - Non ? <i>je ne sais pas</i>			Oui - Non	
18/01	Oui - Non			Oui - Non	
19/01	Oui - Non			Oui - Non	
20/01	Oui - Non			Oui - Non	
21/01	Oui - Non			Oui - Non	
22/01	Oui - Non			Oui - Non	
23/01	Oui - Non			Oui - Non	
24/01	Oui - Non			Oui - Non	
25/01	Oui - Non			Oui - Non	
26/01	Oui - Non			Oui - Non	
27/01	Oui - Non			Oui - Non	
28/01	Oui - Non		CONSTIPÉE	Oui - Non	
29/01	Oui - Non			Oui - Non	
30/01	Oui - Non			Oui - Non	
31/01	? Oui - Non		Agressive toilette ADE	Oui - Non	

- = **Copromanie***: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- = **Heure***: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- = **Description comportement***: Qu'a-t-elle fait avec ses selles

Faller voir sur les TRANS

Christelle Launay, stagiaire psychomotricien

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme F
Mois de Février

au
113

Infos Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
01/02	Oui - Non			Oui - Non	
02/02	Oui - Non			Oui - Non	
03/02	Oui - Non	10h00		Oui - Non	elle a dépasser sa protection mais pas de selles.
04/02	Oui - Non	9h30		Oui - Non	
05/02	Oui - Non	9h30		Oui - Non	
06/02	Oui - Non	10h	Puitor Calme.	Oui - Non	
07/02	Oui - Non			Oui - Non	
08/02	Oui - Non			Oui - Non	
09/02	Oui - Non			Oui - Non	
10/02	Oui - Non			Oui - Non	
11/02	Oui - Non			Oui - Non	
12/02	Oui - Non			Oui - Non	
13/02	Oui - Non			Oui - Non	
14/02	Oui - Non			Oui - Non	
15/02	Oui - Non			Oui - Non	

- = Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- = Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- = Description comportement *: Qu'a-t-il fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme F
Mois de Février

Au 113

Infos	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
Date	Oui - Non			Oui - Non	
15/02	Oui - Non			Oui - Non	
16/02	<u>Oui</u> - Non	9h	Calme	Oui - <u>Non</u>	—
17/02	<u>Oui</u> - <u>Non</u>	9h30	Calme <i> NUIT - fait</i>	Oui - <u>Non</u>	<i> Douche faite</i>
18/02	<u>Oui</u> - <u>Non</u>	9h <i> NUIT</i>	Calme	Oui - <u>Non</u>	—
19/02	Oui - <u>Non</u>	10h	Calme	Oui - <u>Non</u>	—
20/02	Oui - <u>Non</u>	10h30	Calme	Oui - <u>Non</u>	—
21/02	Oui - <u>Non</u>	11h	Calme	Oui - <u>Non</u>	—
22/02	<u>Oui</u> - <u>Non</u>	10h <i> NUIT</i>	Calme <i> dans souliers</i>	Oui - <u>Non</u>	—
23/02	<u>Oui</u> - Non	9h <i> NUIT</i>	Calme <i> comme hier</i>	Oui - <u>Non</u>	<i> dit que ce n'est pas des selles</i>
24/02	Oui - Non		Calme <i> les selles fait</i>	Oui - Non	
25/02	<u>Oui</u> - Non	9h	Agressive <i> ne se lève pas pour les soins</i>	Oui - <u>Non</u>	<i> des selles sur les doigts les ongles etc</i>
26/02	<u>Oui</u> - Non	9h30	Passive malgré mes questions	Oui - <u>Non</u>	<i> dit ne pas jouer avec les selles</i>
27/02	<u>Oui</u> - Non	9h00	Passive	Oui - <u>Non</u>	<i> les ongles et les doigts</i>
28/02	Oui - <u>Non</u>		urino, déprote	Oui - <u>Non</u>	
29/02	Oui - Non		ce soir trans <i> filles nuit essai protec orange</i>	Oui - Non	

dépôt
selles
sén plus
à être mis
avec
voies
à ce soir

dit que ce n'est pas des selles

*des selles sur les doigts les ongles etc
dit ne pas jouer avec les selles
les ongles et les doigts*

↓
"faites"
"verbaux"
que sa le
gène, dit
chocolat
vo chouchou
veut pas é
laver et
prendre se
déj comme
se dépas
les
lavage

- = Copromanie*: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- = Heure*: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- = Description comportement*: Qu'a-t-il fait avec ses selles

△ Refus de la grenouillère -

♀: m' pas la protec grise → trans cette fille nuit protec orange

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

A remplir par les agents et aides-soignants qui le souhaitent, merci de votre collaboration

Grille d'évolution de la copromanie de Mme F
Mois de Mars

Infos / Date	Copromanie*	Heure*	Description du comportement*	Port Grenouillère	Remarques
29/02	<input checked="" type="radio"/> Oui - <input type="radio"/> Non	10H30	desagréable++	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	Bain de mains et très opposés au lavage.
01/03	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	9h	calme	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
02/03	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	10h	calme	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	/
03/03	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	10h	calme	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	/
04/03	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	10h45	calme	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	/
05/03	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	10h	calme	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	/
06/03	<input checked="" type="radio"/> Oui - <input type="radio"/> Non	9H30	ça a été mais ne veut pas se nettoyer les mains. Corrélation	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	D. t avoir des selles en urinant et se sent inconfortable
07/03	Oui - <input type="radio"/> Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
08/03	Oui - <input type="radio"/> Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
09/03	Oui - <input type="radio"/> Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
10/03	Oui - <input type="radio"/> Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
11/03	Oui - <input type="radio"/> Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
12/03	<input checked="" type="radio"/> Oui - <input type="radio"/> Non	11h	Selles pen tout	Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	Selles pen tout
13/03	Oui - <input type="radio"/> Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	
14/03	Oui - <input type="radio"/> Non			Oui - <input checked="" type="radio"/> Non	?

- Copromanie *: Fait de manipuler ses selles et/ou de jouer avec, de se les étaler sur le corps
- Heure *: Écrire l'heure approximative à laquelle le comportement a eu lieu
- Description comportement *: Qu'a-t-elle fait avec ses selles

Christelle Launay, stagiaire psychomotricienne

Annexe VIII :

Tableau synthétisant les données recueillies de l'évolution de la copromanie de Mme F

	Décembre	Janvier	Février	Mars
Survenue	?	1	10	2
Jour et heure		- Vendredi 24 matin	- Jeudi 13 matin - Tous les jours sauf le 19, 20, 21 et 24 entre le 16 et le 29 le matin ou la nuit	- Vendredi 6 matin - Jeudi 12 matin
Remarques	Les soignants s'occupant de Mme F n'étaient pas encore prévenus de l'étude en cours.	Grille peu remplie par les soignants, le temps de sa mise en place.	Soignants très investis dans le remplissage, qui leur permet de transcrire leur vécu quotidien parfois éprouvant.	- Hospitalisé du 4 au 9 - En quarantaine à partir du 10 - 16 mars : Arrêt de l'étude

L'analyse des données concernant Mme F révèle un comportement stable dans sa forme de survenue, et dont les jours d'apparition varient. La fréquence du comportement varie beaucoup également, allant de une fois à dix fois par mois. Il survient donc par périodes. On peut se poser la question de la forte augmentation de la copromanie de Mme F en février. Selon les soignants, cela était dû à la protection de nuit qu'elle portait qui la gênait fortement et la mettait en colère. Habituellement, il est rare que la copromanie survienne si régulièrement et pendant un temps long car la prescription d'une grenouillère l'en empêche, cependant il a été notifié que cela n'a pas pu être mis en place, devant la forte opposition de Mme F. Nous n'observons pas de différence majeure entre l'évolution du comportement copromaniaque de Mme F et celui des patients suivis en psychomotricité, au fur et à mesure de l'avancée de la prise en charge. Nous notons que son évolution dépend surtout de facteurs à la fois environnementaux et intrinsèques à la personne copromaniaque.

RESUME

Ce mémoire expose une recherche menée dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes dans le cadre de ma dernière année d'étude de psychomotricité. Il concerne le sujet de la copromanie, soit « la tendance à manipuler ses excréments et à en barbouiller murs, objets, ou soi-même ». C'est un comportement peu connu, peu étudié, et pourtant non rare chez les personnes âgées atteintes d'un syndrome démentiel. Cette étude vise donc à éclairer ce sujet aussi obscur que tabou, en réunissant théorie et clinique. Elle a pour but de tenter de trouver des solutions à ce comportement problématique à la fois pour les personnes atteintes et les soignants, notamment en répondant à la question : La prise en charge psychomotrice par le toucher terre peut-elle diminuer le comportement copromaniaque des personnes âgées qui en sont atteintes ?

ABSTRACT

This dissertation presents a research carried out in a EHPAD (nursing home for elderly people) as part of my last year studying psychomotor therapy. It concerns the subject of copromania, which is the tendency to manipulate excrement and to smear it on walls, objects, or oneself. It is not a well know and studied behavior, despite the fact it is not uncommon for elderly people with dementia syndrome. Therefore, this study aims to shed light on this obscure and taboo subject, bringing together theory and clinical. Its purpose is to try to find solutions to this problematic behavior for both affected people and caregivers, in particular by answering the question : Can psychomotor care by « the touching dirt » reduce the copromaniac behavior of elderly people who are affected by it ?

MOTS-CLES

- 1) Recherche en psychomotricité
- 2) Personne âgée
- 3) Syndrome démentiel
- 4) Trouble du comportement
- 5) Copromanie
- 6) Toucher terre

KEYWORDS

- 1) Research in psychomotor therapy
- 2) Elderly people
- 3) Dementia
- 4) Behavior disorder
- 5) Copromania
- 6) Touch dirt