



La psychomotricité et la médiation canine : une alliance thérapeutique pour la prise en soin des troubles du comportement chez la personne âgée démente.

Célia Blanchon

► To cite this version:

Célia Blanchon. La psychomotricité et la médiation canine : une alliance thérapeutique pour la prise en soin des troubles du comportement chez la personne âgée démente.. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03295973

HAL Id: dumas-03295973

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03295973>

Submitted on 22 Jul 2021

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 Pierre et Marie Curie

91, Boulevard de l'Hôpital

75013 Paris



**La psychomotricité et la médiation canine :
une alliance thérapeutique pour la prise en soin
des troubles du comportement chez la personne
âgée démente.**



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

Par Célia Blanchon

Référents de mémoire :

M. Boris Bontemps

Mme. Béatrice Ginguay

Session de juin 2021

Remerciements :

Ces trois années de formation en psychomotricité ont été très riches, aussi bien sur le plan professionnel que personnel. J'ai dû quitter mes montagnes natales, ma famille, mes amis, mais j'ai aussi pu faire de formidables nouvelles rencontres. Toutes ces expériences et rencontres m'ont fait grandir, et m'ont permis d'arriver à la fin de ces études et de ce mémoire.

Je tiens à remercier tous les lieux de stage qui m'ont accueillie, tous ces psychomots' qui m'ont partagé leur pratique, tous ces patients qui m'ont montré leurs capacités et difficultés. Plus particulièrement, je remercie Marjolaine, grâce à qui j'ai pu orienter mon mémoire sur ce sujet, et qui m'a fortement étayée ! Encore merci pour ton regard et ta relecture.

Merci aussi à Bérénice, l'intervenante en médiation animale, qui a pu me faire partager son métier, son regard, son expérience et son amour pour les hommes et pour les animaux.

Un grand merci à mes deux référents de mémoire, Boris et Béatrice, qui ont su être présents pendant toutes les phases d'écriture de ce mémoire. Vous avez su m'étayer, me rassurer, me corriger, tout en délicatesse et en humanité, alors merci !

Je remercie aussi ma famille, qui a dû supporter ma mauvaise humeur même au téléphone, mais qui aussi su me soutenir dans les périodes difficiles. Merci à ma maman, qui a lu et rere lu mon mémoire pour corriger mes fautes, merci à mon papa qui a su me dire quand je ne définissais pas assez les termes. Des bisous au p'tit frère, Yolan, sinon il va être jaloux ! Je remercie aussi Manoue et Mamie, qui ne sont plus là aujourd'hui, mais qui m'ont tellement apporté.

Je remercie aussi mes amis, Anaïs, qui me supporte depuis tellement d'années, Leila, Yoan, mon traducteur préféré, l'équipe du Traquenard du Monteynard (Océane, Telio, Tim, ...) pour leur bonne humeur à toute épreuve. Merci à mes deux amies de prépa, Romane et Aurélie, parce que si nous en sommes là aujourd'hui, c'est qu'un jour nous avons réussi les concours.

Enfin je remercie la team de l'Expressivité de la vie (Valentine, Alice, Clémence, Marie, Jeanne, Noémie, Charlotte), car nous l'avons fait ensemble ! Nous avons tenu bon, écrit nos mémoire, rigolé, ... Pour nos folles soirées de danse, nos fous rires, le soutien incommensurable que vous m'avez apporté, je ne vous remercierai jamais assez.

Et gros bisous à ma filleule de promo Manon !

Gros cœur sur la promotion 2018-2021 !

Sommaire :

Introduction	7
 THEORIE :	10
 I. Du vieillissement physiologique au vieillissement pathologique	11
1. La personne âgée en France	11
2. Le vieillissement physiologique	12
3. Le vieillissement pathologique	13
4. Les plans nationaux de santé publique	14
 II. La démence	16
1. Définition	16
2. La maladie d'Alzheimer	17
2.1. Définition et évolution de la maladie	17
2.2. Les troubles psychomoteurs de la maladie d'Alzheimer	19
3. La démence de la maladie de Parkinson	20
3.1. La maladie de Parkinson	20
3.2. L'évolution de la maladie vers la démence parkinsonienne	22
4. Les autres démences	23
5. Un outil d'évaluation des troubles cognitifs : le MMSE	25
 III. Les troubles psycho-comportementaux chez le sujet âgé	26
1. Définition	26
2. L'évaluation des troubles du comportement : le NPI-ES	27
3. Quelques troubles psycho-comportementaux	27
3.1. Agitation/Agressivité	28
3.2. Dépression/Dysphorie	28
3.3. Anxiété	29
3.4. Apathie/Indifférence	29
3.5. Désinhibition	29
3.6. Irritabilité/Instabilité de l'humeur	30
4. Les conséquences des troubles psycho-comportementaux	30
4.1. Pour le patient lui-même	30
4.2. Pour les autres résidents de l'institution	31
4.3. Pour les équipes soignantes	32

IV.	La médiation canine dans le processus thérapeutique en psychomotricité	33
1.	La psychomotricité, une thérapie non-médicamenteuse	33
2.	La médiation, un atout lors des séances de psychomotricité	33
3.	De l'animal de compagnie à l'animal médiateur	35
3.1	L'animal de compagnie	35
3.2	La médiation animale ou zoothérapie	35
4.	La médiation canine	37
4.1.	Les bienfaits connus de la médiation canine	37
4.2.	La médiation canine en psychomotricité	38
4.2.1.	Les repères spatio-temporaux	38
4.2.2.	La stimulation sensorielle	39
4.2.3.	La communication verbale et non-verbale	39
4.2.4.	Le corps psychique et physique	40
4.2.5.	Le mieux-être psychique	41
4.2.6.	Le transfert	42
4.2.7.	Dans les troubles psycho-comportementaux	42

CLINIQUE : 43

I.	Présentation du lieu de stage	44
1.	Un EHPAD	44
2.	La place de la psychomotricité	44
3.	La médiation canine à visée thérapeutique en psychomotricité	46
4.	Un contexte sanitaire particulier : la covid-19	47
II.	Micheline Martin	49
1.	Première rencontre et début de prise en soin	49
2.	Présentation et anamnèse	50
3.	Bilans psychomoteurs et observations	50
4.	Prise en soin	52
4.1.	La deuxième séance, une séance en groupe	52
4.2.	La troisième séance, une séance individuelle	53
4.3.	Les séances de toucher thérapeutique	53
4.4.	La quatrième séance, une séance individuelle	54
4.5.	La cinquième séance, une séance en groupe	55
4.6.	Les sixième et septième séances, des séances individuelles	55
5.	Conclusion	57

III.	Louise Debernardi	60
1.	Présentation et anamnèse	60
2.	Bilans psychomoteurs et observations	61
3.	Prise en soin	62
3.1.	Les première et deuxième séances, des séances en groupe	63
3.2.	La troisième séance, en groupe, deux mois plus tard	63
3.3.	Le syndrome du coucher de soleil de Mme Debernardi	63
3.4.	La quatrième séance, en groupe, source d'anxiété	65
3.5.	La cinquième séance, première séance individuelle	65
3.6.	Les séances de toucher thérapeutique	66
3.7.	La sixième séance : marquante	67
3.8.	La septième séance, une séance en groupe	68
3.9.	La huitième séance, une excellente séance individuelle	69
3.10.	La neuvième séance, une séance individuelle mitigée	70
4.	Conclusion	71

DISCUSSION 74

I.	L'animal dans les soins	75
II.	D'autres médiations possibles dans la prise en soin des troubles psycho-comportementaux en psychomotricité	76
III.	L'importance de l'environnement dans la prévention et dans la prise en soin des troubles psycho-comportementaux	78

Conclusion 80

Bibliographie 82

Annexes I

Annexe I : Grille AGGIR	I
Annexe II : Le MMSE	II
Annexe III : Le NPI-ES	III
Annexe IV : La charte d'éthique et de déontologie	XIX

Introduction :

C'est dans un contexte personnel que le changement de comportement des personnes âgées en présence d'un chien m'est apparu. A l'époque, ma grand-mère était hébergée dans une unité de vie protégée au sein d'un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Un univers étrange, effrayant, inhospitalier pour une petite fille d'une dizaine d'années. Un monde dans lequel les grands-parents parlent seuls, font des allers et venues dans le couloir, crient sans raison apparente, ou au contraire restent assis, immobiles, comme figés. Quand nous allions rendre visite à ma grand-mère, nous emmenions parfois son chien, Sam¹, gardé par un oncle. A notre arrivée, les personnes âgées se levaient, venaient le voir, le caressaient, et commençaient à parler. Beaucoup parlaient des animaux qu'ils avaient eus dans leur vie, d'autres verbalisaient leurs sensations (« il a le poil doux », ...). Je me revoie me dire « Sam ramène de la vie ». Pour l'enfant que j'étais, Sam était un moyen de rendre cet univers plus humain, plus accueillant, et de ramener, pour un instant, les personnes âgées dans le présent.

Il me faudra cependant une dizaine d'années d'expériences personnelles en plus, et une formation en psychomotricité pour mettre des mots sur les observations que j'avais faites enfant. Je peux maintenant nommer les différents troubles, réactions et comportements de ceux que Naomi Feil appelle « *les grands vieillards désorientés* ». Ces personnes sont en réalité atteintes de démences. Le mot « démence » provient de deux racines latines : *dis* qui signifie « loin de » et *mens* qui est l'esprit (Feil & Klerk-Rubin, 2003, p. 29). La démence pourrait donc se définir comme « être loin de l'esprit », ou « une perte de l'esprit ».

Pour moi ce mémoire est l'aboutissement de trois années d'études, mais il est aussi le reflet de mon parcours personnel. Je voulais pouvoir poser des mots sur la démence, et approfondir mes notions sur l'apport que peut avoir l'animal dans la prise en soin des personnes âgées. J'ai donc effectué mon stage de dernière année dans un EHAPD, dans lequel il existe une co-thérapie entre la psychomotricienne et une intervenante en

¹ Tous les noms apparaissant dans ce mémoire sont anonymisés.

médiation canine. Je suis, au cours de l'année, passée de la place d'observatrice à co-thérapeute avec l'intervenante. Je savais alors que mon mémoire allait porter sur la médiation animale en psychomotricité auprès des personnes âgées. Il s'est ensuite construit au fur et à mesure de l'année, et des rencontres. Dans le groupe bénéficiant de cette thérapie, j'ai fait la connaissance de Mme Micheline Martin et de Mme Louise Debernardi. Ces deux dames m'ont énormément enrichie par leur personnalité, leurs pathologies, et leurs capacités relationnelles. C'est en apprenant à les connaître, au travers des séances de psychomotricité et de temps informels que ce sujet de mémoire s'est écrit. Elles présentent toutes les deux des troubles psycho-comportementaux, ainsi que des troubles cognitifs. Le décret de compétence du psychomotricien² ne fait certes pas part des troubles du comportement, mais on peut les retrouver parmi les troubles de la régulation émotionnelle. Je me suis donc interrogée sur la place de la psychomotricité dans la prise en soin de ces troubles :

**Comment l'alliance thérapeutique entre la psychomotricité et
la médiation canine peut-elle impacter les troubles
psycho-comportementaux chez la personne âgée démente ?**

Avant tout, le choix de la médiation canine est-il pertinent dans un processus thérapeutique en psychomotricité auprès de personnes âgées ? Les troubles psycho-comportementaux sont un des symptômes de la démence. Mais comment les interpréter ? Peut-on d'ailleurs leur donner du sens ? Les chiens font partie des animaux de compagnie les plus répandus en France. Un chien est-il thérapeutique, ou est-ce le processus de soins qui est thérapeutique ? Donc dans quelle mesure la médiation canine, au travers du processus thérapeutique en psychomotricité, peut-elle agir sur les symptômes psycho-comportementaux de la démence ? Quelles sont les limites d'une telle prise en soin ?

Afin de répondre à ces questions, je me suis déjà intéressée aux éléments théoriques pouvant étayer mes propos. Je me suis interrogée sur ce qu'est le vieillissement en France, en 2021. Je présenterai ensuite succinctement la démence, et plus précisément la maladie d'Alzheimer et la démence dans la maladie de Parkinson. Les

² Décret n°91-1011 du 2 octobre 1991 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice.

troubles psycho-comportementaux de la démence seront étudiés dans la partie suivante. Enfin, je tenterai de définir la place de la médiation canine dans le processus thérapeutique en psychomotricité.

Par la suite, je vous présenterai Mme Martin et Mme Debernardi : nos rencontres, les bilans et prises en soin effectués. J'essaierai de démontrer l'impact que la médiation animale a sur le comportement de ces personnes au cours des séances de psychomotricité.

Enfin, je discuterai de la place de l'animal dans les soins. Ce sera aussi l'occasion de présenter d'autres médiations que le psychomotricien a dans sa boîte à outils afin d'apaiser les troubles psycho-comportementaux chez les personnes âgées. Pour finir, je discuterai de l'importance qu'a l'environnement dans la prévention et dans la prise en soin de ces troubles.

« Loin d'être l'antichambre de la mort, la vieillesse est un temps pour vivre : un temps pour penser, pour dialoguer, pour aimer, pour agir, etc. Un temps beau, sain, noble, comme la vie elle-même » (Guy Durand cité dans Juhel, 2010, p. 17).

Théorie :

I. Du vieillissement physiologique au vieillissement pathologique

« La vieillesse n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres »
(Simone de Beauvoir cité dans Juhel, 2010, p. 51).

1. La personne âgée en France

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), tout individu de soixante ans et plus est considéré comme une personne âgée.

En France, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) déclarait que les personnes de soixante-cinq ans et plus représentaient 20,5% de la population générale au 1^{er} janvier 2020. Et ce chiffre ne fera qu'augmenter dans les prochaines années. D'après l'INSEE, cette partie de la population devrait atteindre 25% de la population française d'ici 2040. On peut comprendre ces chiffres par le taux de natalité en baisse depuis 2010, et par l'augmentation de l'espérance de vie. En 2019, on considérait qu'un homme pouvait espérer vivre 79,7 ans et une femme 85,6 ans (INSEE). De plus, les personnes issues des baby-booms d'après guerres sont aujourd'hui des personnes âgées.

Il paraît alors impératif de diagnostiquer et de prendre en charge précocement les personnes âgées en perte d'autonomie, que ce soit à domicile ou en institution (Plan Maladies Neuro-dégénératives 2014-2019³). En effet, seulement 8,8% des personnes de plus de soixante-quinze ans vivaient en institution en 2015 (INSEE). Mettre en place un accompagnement auprès de ce public, et des aidants et leur permettre un accès précoce aux thérapies font partie des enjeux de ce plan.

³ Cf. *Infra*, Les plans nationaux de santé publique, p. 14

2. Le vieillissement physiologique

Le vieillissement est un processus débutant à la naissance d'un individu et se terminant à son décès. C'est ce qui nous fait évoluer au cours de notre vie, qui nous permet de vivre tout simplement. Ce mécanisme normal entraîne une altération des capacités physiques et sensorielles, cognitives et affectives de l'individu (Juhel, 2010). En plus de ces pertes, la personne âgée doit faire face à des deuils tels que le décès de proches et l'arrêt de son travail. A cela s'ajoute, pour certaines personnes, la diminution des activités et des interactions sociales.

Au niveau physique, le sujet âgé va voir ses capacités motrices et ses capacités sensorielles s'appauvrir. Les perceptions visuelle et auditive vont être altérées, ainsi que la perception du goût et de l'odorat (Charazac, 2015). L'équilibre statique et dynamique va devenir de plus en plus précaire au cours du vieillissement, augmentant ainsi le risque de chutes (Juhel, 2010). La marche est aussi affectée, devenant plus lente, plus coûteuse en énergie, moins fluide (Albaret & Aubert, 2003). Le corps humain vieillit, petit à petit, demandant sans cesse au sujet de s'adapter à de nouvelles perceptions sensorielles et capacités motrices.

Au niveau cognitif, on sait aujourd'hui que la plasticité cérébrale, qui nous permet de créer de nouvelles connexions neuronales, est toujours présente à un âge avancé (Juhel, 2010). Elle nous permet de faire face, partiellement, à la disparition de nos neurones. En effet, on constate « *le déclin de la vitesse du traitement de l'information* » (Juhel, 2010). On retrouve souvent un déficit de l'attention, ainsi qu'une altération des capacités mnésiques (Albaret et Aubert, 2003). Selon Charazac (2015), les mémoires les plus touchées sont la mémoire de travail (qui permet de stocker activement des informations), et la mémoire épisodique qui concerne les informations bibliographiques de la personne, vécues dans un contexte spatio-temporel particulier. Avec le vieillissement, le corps et la posture d'un individu se modifient. Le schéma corporel, c'est-à-dire « *la connaissance objective de notre corps* » (Potel, 2019, p. 150) dans son organisation dans l'espace, doit être continuellement remanié. Le sujet âgé va avoir tendance à désinvestir son corps, à moins s'adapter à son environnement, ce qui va entraîner un appauvrissement du schéma corporel (Dormia & Feve, 2015). Cela peut créer

des difficultés de motricité fine et globale, une désorganisation spatiale du geste, etc. (Juhel, 2010).

Ces pertes cognitives et physiques peuvent avoir des répercussions sur le moral de la personne âgée, ainsi que sur l'image qu'elle a d'elle-même (Juhel, 2010). L'image du corps est *« l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres »* (Potel, 2019, p. 151). Cette image, en constante évolution, est souvent dévalorisée par le sujet âgé. Il va alors davantage désinvestir son corps, le délaisser et se dévaloriser au quotidien.

3. Le vieillissement pathologique

« Les limites entre le vieillissement, d'une part normal ou physiologique et d'autre part pathologique énoncent une question fondamentale ... Elle pose avec acuité le problème de la normalité » (Schenk et al., 2013, p. 7). Le vieillissement est cependant nommé « pathologique » lorsqu'il y a la présence chez l'individu d'une ou plusieurs pathologies affectant ses capacités motrices, cognitives, sociales, ... Cela conduit souvent le sujet à une perte d'autonomie (incapacité à prendre des décisions) et d'indépendance (besoin d'assistance pour réaliser les gestes de la vie quotidienne). Le vieillissement pathologique peut conduire au placement de l'individu dans d'un établissement gériatrique (Charazac, 2015).

La perte du degré d'autonomie est calculée grâce à la grille d'autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR)⁴. Cette grille évalue les capacités de l'individu à un instant T lors d'activités corporelles, mentales, sociales, et domestiques. Elle permet de situer le sujet dans un des six groupes iso-ressources (GIR). En fonction de son groupe, la personne peut accéder à différentes aides financières et humaines (direction de l'information légale et administrative et al., 2020).

⁴ Cf. *Infra*, Annexe I, p. I

Je définirai certaines pathologies du sujet âgé telles que la maladie d'Alzheimer, la démence dans la maladie de Parkinson et d'autres types de démences⁵. Je fais ce choix car il s'agit soit des démences les plus fréquemment rencontrées, soit des pathologies des patients que je présenterai ultérieurement⁶. Mais le sujet âgé peut aussi être atteint de maladies somatiques comme l'arthrite ou l'ostéoporose, qui ont aussi des répercussions sur le plan psychomoteur pour l'individu, ou d'autres maladies neuro-dégénératives.

4. Les plans nationaux de santé publique

Un plan « Alzheimer et maladies apparentées » est établi pour les années 2008-2012 (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2008). Il montrait déjà que la prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement était une priorité avec la création de pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'unités d'hébergement renforcé. L'objectif était une diminution de l'utilisation de psychotropes, sédatifs et contentions. Dans un même temps, ce plan voulait améliorer l'usage des médicaments, tout en surveillant les accidents iatrogènes (les effets secondaires d'une thérapie, souvent médicamenteuse). Il met aussi en avant le travail spécifique des psychomotriciens dans plusieurs des mesures prises, et notamment l'importance de leur présence auprès des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Un plan pour les maladies neuro-dégénératives est établi pour les années 2014 à 2019 (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. 2014). Il fait suite au plan Alzheimer 2008-2014, mais regroupe quant à lui la maladie d'Alzheimer, les maladies apparentées, la maladie de Parkinson ainsi que la sclérose en plaque. Ces maladies ont comme point commun de devenir progressivement invalidantes, sans qu'il existe de réel traitement curatif. Les traitements médicamenteux et non-médicamenteux mis en place visent à diminuer les symptômes de la maladie et à améliorer la qualité de vie de la personne. Ce plan reprend lui aussi l'importance du bon usage des thérapies

⁵ Cf. *Infra*, Théorie, II. La démence, p. 16

⁶ Cf. *Infra*, Clinique, p. 43

médicamenteuses afin de lutter contre les effets iatrogènes. Il met aussi l'accent sur les traitements non-médicamenteux, dans « *l'acquisition de savoirs et compétences* » (ministère des affaires sociales ..., 2014, p. 52) et dans l'évaluation de leur efficacité. Ce plan insiste vraiment sur le développement des prises en charge non-médicamenteuses, dont fait partie la psychomotricité⁷.

⁷ Cf. *Infra*, Théorie, IV. 1. La psychomotricité, une thérapie non-médicamenteuse, p. 33

II. Les démences

« La démence ne résulte pas d'une somme de pertes mais d'une seule qui est la disparition du moi » (Le Gouès, 1991, cité dans Charazac, 2015, p. 340).

1. Définition

Selon la Classification Internationale des Maladies, dixième révision (CIM-10), la démence est un « *syndrome, dû à une affection cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisé par une perturbation de nombreuses fonctions corticales supérieures, telle que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement* » (OMS, 1992, p. 41). Dans cette classification, la différence entre les troubles cognitifs et la démence est l'étiologie des troubles, et donc leur réversibilité. Dans le cas des troubles cognitifs, il s'agit d'une infection ou d'une affection somatique, ce qui explique le caractère réversible des altérations de la mémoire, des capacités d'apprentissage et de concentration. Ferrey et Le Gouès estiment qu'en 2006, 5% des personnes de soixante-cinq et plus étaient atteintes de démence (2008). On observe aussi que la fréquence des démences est en lien avec l'âge des sujets (Schenk et al., 2013). Ainsi plus une personne gagne en années, plus la prévalence des démences est élevée. Certaines démences proviennent d'affections encéphaliques telles que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la démence vasculaire, ... lorsque d'autres démences sont d'origines inconnues (Ferrey & Le Gouès, 2008).

« Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle des émotions, du comportement ou de la motivation » (OMS, 1992, p. 41). Cela signifie que la plupart des personnes atteintes de démences vont un jour présenter des troubles psycho-comportementaux⁸. De plus, selon le DSM-5 (Crocq et al., 2016), la démence, ou « trouble neurocognitif majeur » entraîne des répercussions sur les activités de la vie quotidienne de la personne, créant de plus en

⁸ Cf. *Infra*, Théorie, III. Les troubles psycho-comportementaux chez le sujet âgé, p. 26

plus de dépendance et une perte d'autonomie (Haute autorité de santé, 2018). S'accompagne à cette dépendance et aux pertes cognitives la perte progressive de l'identité du sujet. La personne âgée démente va oublier son passé (amnésie épisodique), puis qui elle est, en ayant de moins en moins conscience d'elle-même (Charazac, 2015). La perte identitaire « *touche à la fois l'identité psychique et corporelle, du fait des interactions entre les troubles praxo-gnosiques, le schéma corporel et l'image inconsciente du corps* » (Charazac, 2015, p. 339).

Il paraît donc important de soutenir le patient dans l'investissement positif de son corps, et de lui permettre des expériences sensori-motrices afin de conserver son schéma corporel le plus intact possible. Cela permettra alors de soutenir l'acceptation de soi, préserver le sentiment d'unité corporelle et l'identité de la personne, ainsi que d'encourager l'investissement d'une image du corps valorisée (Barnich & Removille, 2019).

Je vais vous présenter succinctement les spécificités de la maladie d'Alzheimer, de la démence dans la maladie de Parkinson, et énumérer quelques autres types de démences.

2. La maladie d'Alzheimer

2.1 Définition et évolution de la maladie

La maladie d'Alzheimer est la maladie neuro-dégénérative la plus fréquente : plus de 20% des personnes de plus de quatre-vingts ans seraient touchés (France Alzheimer et maladies apparentées). Selon le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014), sa prévalence augmente avec l'âge des sujets, et le sexe (les femmes sont plus touchées). Cette maladie a été découverte par Alois Alzheimer en 1906 et est aujourd'hui reconnue comme la forme de démence la plus courante (Touchon & Portet, 2004). Elle provient de la formation de plaques amyloïdes entre les neurones, constituées

par la protéine bêta amyloïde, toxique pour les neurones. S'ajoute à cela la dégénérescence neurofibrillaire due à la protéine tau (Charazac, 2015). La zone de l'hippocampe est la première touchée, ce qui explique les troubles mnésiques, souvent première plainte du sujet et de son entourage (Touchon & Portet, 2004). Au cours de l'évolution de la maladie tous les lobes cérébraux sont touchés, ce qui entraîne d'importants symptômes.

L'évolution de cette maladie est longue, entre deux et vingt ans en fonction de chaque individu (Charazac, 2015). Sa progression est lente mais régulière, avec un début insidieux (OMS, 1992). Il existe plusieurs phases d'évolution de la maladie ; leur nombre varie d'un auteur à l'autre. Selon Touchon et Portet (2004), il y a trois phases dans la maladie d'Alzheimer :

- La phase de début : durant cette période, le sujet est autonome, sa vie quotidienne est très peu impactée. Les troubles cognitifs sont très légers. Les troubles mnésiques constituent généralement les premiers symptômes, qui sont à l'origine du diagnostic médical. La mémoire épisodique est touchée, mais la personne âgée peut mettre en place des stratégies d'évitements et de compensations. Des troubles du langage apparaissent tels que le manque du mot. Des troubles psycho-comportementaux peuvent déjà être repérés : ce sont principalement des symptômes anxieux et dépressifs.
- La phase d'état : le sujet est de plus en plus dépendant de son entourage, les activités de sa vie quotidienne sont impactées. Les troubles cognitifs et mnésiques sont devenus importants : la démence est avérée. La personne présente une désorientation temporo-spatiale, une aphasie, des troubles praxiques et gnosiques⁹. Les fonctions exécutives sont elles aussi touchées, avec une altération du jugement. Les différents troubles psycho-comportementaux peuvent être rencontrés¹⁰, avec plus ou moins de sévérité au cours de la maladie.

⁹ Cf. *Infra*, Théorie, II. 2.2. Les troubles psychomoteurs de la maladie d'Alzheimer, p. 19

¹⁰ Cf. *Infra*. Théorie, III. 3. Quelques troubles psycho-comportementaux, p. 27

- La phase terminale : l'entrée dans cette phase est déterminée par la perte totale d'autonomie. La phase de démence est alors sévère et les troubles psycho-comportementaux massifs. La personne a des troubles cognitifs sévères, avec l'apparition des « quatre A » de la maladie d'Alzheimer (amnésie, aphasie, agnosie, apraxie). Nous y reviendrons ultérieurement¹¹. La communication avec la personne devient impossible. Cet état conduira à l'alitement de l'individu, à des complications somatiques et donc à son décès.

2.2 Les troubles psychomoteurs de la maladie d'Alzheimer

Selon Martin et Roux « ... *l'une des autres caractéristiques cliniques de cette maladie est la présence de symptômes psycho-comportementaux de la démence* » (2018, p. 631). En effet, 90% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présenterait à un moment de l'évolution de la maladie des troubles psycho-comportementaux (Martin & Roux, 2018). Plus la démence a atteint un stade sévère, plus ces troubles seront fréquents (Albaret et Aubert, 2001).

Les fonctions exécutives sont atteintes, ce qui entraîne des troubles attentionnels importants, ainsi que des difficultés de raisonnement, d'inhibition, de flexibilité mentale, d'initiation, de planification, de contrôle moteur, de sélection, de catégorisation, et de langage (Lefèvre, 2019, p. 372). On peut aussi observer une altération des fonctions instrumentales, avec des troubles gnosiques, praxiques, visuo-constructif, et des difficultés de calcul (Lefèvre, 2019). La personne va aussi présenter une désorientation temporo-spatiale, avec une altération du rythme jour/nuit (Juhel, 2010). En plus de cela, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer va présenter les quatre A (Charazac, 2015) :

- Amnésie : des troubles mnésiques de plus en plus importants vont apparaître, concernant principalement la mémoire épisodique, mais aussi la mémoire de travail.

¹¹ Cf. *Infra*, Théorie, II. 2.2. Les troubles psychomoteurs de la maladie d'Alzheimer, p. 19

- Aphasie : le sujet va avoir de plus en plus de manque du mot, jusqu'à ne plus arriver à s'exprimer, ni à comprendre le langage oral.
- Apraxie : la coordination gestuelle est altérée, la personne âgée va au fur et à mesure devenir incapable de réaliser une séquence motrice, globale ou fine.
- Agnosie : la personne va progressivement ne plus reconnaître ni les personnes qui l'entourent, ni les objets, ni les parties du corps (somatognosies).

En début de maladie, la personne a conscience de ces troubles. Cela peut bien sûr avoir un impact sur sa santé mentale, et sur celle de ses proches. L'image du corps peut ainsi être dévalorisée, et le corps désinvesti. Au cours de la maladie, le malade peut devenir incontinent (Albaret & Aubert, 2010). Préserver la dignité de la personne, valoriser son image du corps et la soutenir dans l'évolution de la maladie afin de l'aider à conserver au maximum ses capacités me paraît impératif en tant que professionnels de santé.

3. La démence de la maladie de Parkinson

La démence dans la maladie de Parkinson est une forme de démence peu répandue. Je la définis néanmoins car une des patientes¹² que je vous présenterai plus tard présente cette pathologie.

3.1 La maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est la deuxième maladie neuro-dégénérative en France : elle concernerait 200 000 personnes (ministère des solidarités et de la santé, 2020). En 1817, James Parkinson était le premier médecin à décrire les symptômes de la maladie qui porte aujourd'hui son nom (Juhel, 2010). Au niveau anatomique, elle se caractérise par la dégénérescence progressive des neurones à dopamine au niveau du locus niger

¹² Cf. *Infra*, Clinique, III. Louise Debernardi, p. 60

(substance noire du cerveau), une zone contrôlant une partie de la motricité (France Parkinson). Les fonctions cognitives sont habituellement conservées (Juhel, 2010). Le déficit dopaminergique crée la triade symptomatique de la maladie de Parkinson (France Parkinson) :

- L’akinésie : il s’agit d’une difficulté à initier les mouvements et d’une lenteur du mouvement. Elle touche principalement les mouvements automatisés dans l’enfance, tels que l’écriture et la marche. C’est le symptôme le plus courant de la maladie de Parkinson. L’akinésie crée le *freezing*, c’est-à-dire le blocage moteur lors de l’initiation à la marche qui multiplie le risque de chutes de la personne (Albaret & Aubert, 2001).
- La rigidité : la personne va souvent prendre la même posture au repos : le buste et la tête penchés en avant. Au fil du temps, la personne âgée va de plus en plus être sur un versant hypertonique. Cela signifie que son tonus va augmenter de manière pathologique, augmentant ainsi l’état de tension des muscles au repos (Albaret & Feuillerat, 2018). Cette hypertonie, qui touche principalement les muscles fléchisseurs, gêne d’autant plus la mise en mouvement. La rigidité est qualifiée de « *plastique, comparée à un tuyau de plomb et cède par à-coups : phénomènes de la roue dentée* » (Collège des enseignants en neurologie, s. d.). Avec l’évolution de la maladie, la personne peut présenter le « signe de l’oreiller » : elle garde alors la posture de flexion du tronc et de la tête, même couchée sur le dos, ce qui veut dire que la tête est maintenue en l’air (MEDinfos, 2007).
- Le tremblement : le sujet présente dans 64% des cas un tremblement de repos. Ce sont des oscillations lentes et régulières, généralement d’un membre supérieur. Elles disparaissent lorsque la personne initie un mouvement et pendant le sommeil.

Au vu des symptômes principaux de la maladie de Parkinson, la motricité fine et la motricité globale sont impactées. Les personnes atteintes par la maladie ont des difficultés de coordination bimanuelle, de motricité fine et l’écriture devient lente et petite (micrographie). Les sujets peuvent aussi avoir des troubles du sommeil, de la respiration et de la digestion, ainsi que des douleurs principalement aux épaules, à la nuque et au cou (Albaret & Aubert, 2001). Des troubles de la parole sont souvent retrouvés, impliquant

une hypophonie (diminution de l'intensité de la voix), et une dysarthrie, c'est-à-dire « *une imprécision articulatoire* » (Grabli).

Lorsque les premiers symptômes de la maladie apparaissent, on estime que la dégénérescence neuronale a débuté entre cinq et dix ans auparavant (Juhel, 2010). Cinq stades d'évolution de la maladie ont été mis en évidence par Hoehn et Yahr en 1967 :

- *Stade I : L'atteinte est unilatérale. Les tremblements et la rigidité sont légers et affectent un seul côté du corps.*
- *Stade 2 II : L'atteinte est bilatérale. Les tremblements et la rigidité sont modérés et affectent les deux côtés du corps. Les mouvements sont lents et difficiles à coordonner.*
- *Stade III : L'atteinte est bilatérale avec une instabilité posturale ; la personne marche à petits pas et présente des problèmes d'équilibre. Les tremblements et la rigidité peuvent être plus grands. Il existe une difficulté importante de coordination des mouvements.*
- *Stade IV : Incapacité fonctionnelle sévère. Il y a une perte d'autonomie partielle. La personne a besoin d'aide pour réaliser ses activités quotidiennes. L'équilibre et la marche sont très perturbés, occasionnant des chutes fréquentes.*
- *Stade V : Il y a une perte complète de l'autonomie, la personne est grabataire, alitée ou ne peut se déplacer en fauteuil roulant sans aide. (Hoehn & Yahr, cité dans Juhel, 2010, p. 79).*

La maladie de Parkinson représente 80% des syndromes parkinsoniens (France Parkinson). Parmi les autres syndromes parkinsoniens on retrouve principalement l'atrophie multisystématisée, la paralysie supranucléaire progressive, la dégénérescence corticobasale et la maladie à corps de Lewy (Martin, 2018).

3.2 L'évolution de la maladie vers la démence parkinsonienne

Selon l'OMS, dans la CIM-10, la démence survient « *chez un sujet ayant une maladie de Parkinson évoluée, généralement grave* » (1992, p. 49). Ainsi, lorsque la maladie est à un stade avancé, la personne âgée malade à cinq à six fois plus de risques de développer une démence par rapport à la population générale (Guinot, 2009).

Charazac définit les démences de la maladie de Parkinson comme des « *démences sous-corticales dominées par l'apathie, les difficultés de concentration et le ralentissement psychique* » (2015, p. 328). En effet les symptômes prédominants de la démence parkinsonienne sont d'après Bourrin (2009) :

- Les fonctions exécutives altérées : la personne peut donc présenter des difficultés de « *raisonnement, inhibition, flexibilité mentale, initiation, planification, contrôle moteur, sélection, catégorisation, langage* » (Lefèvre, 2019, p. 372)
- Un déficit attentionnel important. L'attention sélective qui nous permet de diriger notre attention sur un seul élément est altérée, ainsi que l'attention divisée. Les personnes atteintes par cette pathologie ont donc des difficultés lors d'activité « double-tâche ».
- Les capacités visuo-spatiales affectées, donc la représentation que l'on a l'espace environnant est modifiée par rapport à la réalité.
- La mémoire épisodique altérée.

Comme dans toutes les démences, la personne atteinte de la démence parkinsonienne peut au cours de l'évolution de la maladie présenter des troubles psycho-comportementaux¹³. Certains de ces troubles sont retrouvés fréquemment dans la démence de la maladie de Parkinson, tels que la dépression¹⁴ et l'apathie¹⁵ (Bonin-Guillaume, 2009).

4. Les autres démences

Il existe de nombreux types de démences. En voici quelques-unes ; cependant cette liste n'est pas exhaustive.

- La maladie à corps de Lewy (Aquino et al., 2017) : cette maladie faisant partie des syndromes parkinsoniens représente entre 10 et 20% des démences. Elle

¹³ Cf. *Infra*. Théorie, III. Les troubles psycho-comportementaux chez le sujet âgé, p. 26

¹⁴ Cf. *Infra*. Théorie, III. 3.2. Dépression/Dysphorie, p. 28

¹⁵ Cf. *Infra*. Théorie, III. 3.4. Apathie/Indifférence, p. 29

est due au dépôt anormal d'une protéine qui interrompt ainsi la progression des messages nerveux provenant du cerveau. En plus des symptômes parkinsoniens, la personne peut présenter « *une perte progressive de la mémoire, du langage, du raisonnement et du calcul* » (Aquino et al., 2017, p. 9). Dans la maladie à corps de Lewy, les symptômes moteurs et cognitifs apparaissent en même temps, tandis que dans la démence de la maladie de Parkinson, les troubles cognitifs apparaissent plusieurs années après le diagnostic de la maladie, et donc après le début des symptômes moteurs (Koric & Ceccaldi, 2009).

- Les démences liées au syndrome extra-pyramidal, dont la démence de la maladie de Parkinson (Lefèvre, 2020-2021).

- La démence vasculaire (Aquino et al., 2017) : elle est la conséquence d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Les AVC entraînent une mort neuronale dans la zone corticale concernée, ce qui peut en fonction de la localisation engendrer des troubles cognitifs et une démence.

- La dégénérescence lobaire fronto-temporale : l'atteinte frontale entraîne un syndrome dysexécutif. Cela veut dire que le sujet va principalement présenter des troubles du comportement (souvent une désinhibition) et une négligence physique (Albaret & Aubert, 2001 ; Aquino et al., 2017).

- Les autres syndromes démentiels peuvent provenir d'une démence mixte, d'une démence sous-corticale (Lefèvre, 2019). On peut aussi retrouver « *les démences à prions (par exemple, la maladie de Creutzfeldt-Jakob), les démences causées par des troubles métaboliques ou endocriniens, les démences toxiques, etc.* » (Albaret & Aubert, 2001, p. 116).

5. Un outil d'évaluation des troubles cognitifs : le MMSE

Le Mini-Mental State Examination (MMSE)¹⁶ est un test qui évalue quantitativement et rapidement la présence de troubles cognitifs chez une personne, ainsi que sa gravité. Il ne permet pas à lui seul de diagnostiquer une démence, mais il permet d'orienter le diagnostic et de suivre l'évolution d'une maladie neuro-dégénérative (Groupe de Recherche sur l'Evaluation Cognitive [GRECO], 1999). La version française permettant de préciser les détails des consignes et de la cotation a été traduite de la version originale par le GRECO.

Lors cet examen, plusieurs fonctions cognitives sont évaluées, afin d'obtenir un score sur trente. *L'orientation temporo-spatiale* est notée sur un total de dix points. Pour que cet item soit réalisable et fiable, il est nécessaire que le patient puisse accéder préalablement aux informations temporelles, et qu'il ait le temps de s'habituer à son environnement. En cas d'accueil au sein d'un nouvel établissement ou service hospitalier, il faudra donc attendre un mois après son arrivée avant de lui faire passer un MMSE. Il y a ensuite *l'apprentissage de trois mots*, faisant travailler la répétition ainsi que l'encodage. Puis sont évalués *l'attention et le calcul*. Ensuite le patient doit se *rappeler des trois mots* encodés, ce qui met en jeu le stockage et la récupération. Par la suite, ce test explore la *compréhension et l'expression du langage écrit et oral, ainsi que les gnosies*. Enfin, les *praxies constructives* sont évaluées.

Le score total du MMSE permet d'avoir une idée sur la phase de démence du patient, et les réévaluations permettent de voir l'évolution de sa maladie neuro-dégénérative. Une étude faite par *The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD), (cité dans GRECO, 1999) donne des valeurs définissant la gravité de la démence du patient. On peut alors considérer qu'un score supérieur à vingt-quatre points correspond à une démence légère, un score compris entre dix et dix-huit, une démence modérée et un score inférieur à dix points correspond à une démence sévère.

¹⁶ Cf. *Infra*, Annexe II, p. II

III. Les troubles psycho-comportementaux chez le sujet âgé

« Donner, prêter du sens à un comportement comme à un rêve : pour aider la personne dont on prend soin à faire avec son comportement comme on fait avec les rêves, les mettre en mots, les apprivoiser, les reconnaître, apaiser ainsi ce qu'ils peuvent contenir d'angoissant » (Pellissier, 2019, pp. 334-335).

1. Définition

Les troubles du comportement chez la personne âgée, aussi appelés les symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD), correspondent à une modification du comportement chez la personne âgée démente, par rapport à un état antérieur (Aquino et al., 2017). *« La définition consensuelle des SPCD comporte aux côtés des " troubles de la perception, du contenu des pensées et du comportement ", les troubles de l'humeur »* (Pellissier, 2019, p. 79). Ils sont très fréquents dans les pathologies démentielles et évoluent avec la maladie (Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française et al., 2014) ; en étant de plus en plus fréquents et associés entre eux.

Ces troubles du comportement ont des répercussions pour le patient et pour son entourage. La personne âgée se retrouve alors de plus en plus isolée, elle aussi victime de son comportement qu'elle ne contrôle plus. Si elle en a conscience, cela peut être extrêmement anxiogène pour elle. Avec le vieillissement, le sujet âgé a de moins en moins de possibilité d'adaptation à de nouveaux environnements ou de nouvelles situations. Les différents comportements pouvant être mis en jeu pour faire face à une situation vont aussi être appauvris (Charazac, 2015), jusqu'à ce que la personne démente n'ait plus accès qu'à certains comportements que nous nommons des SPCD. Les SPCD peuvent pourtant être un signe d'alerte de mal-être corporel, de causes somatiques, que le patient ne peut plus verbaliser (Lefèvre & Pitteri, 2018). Les causes des SPCD peuvent aussi être *« environnementale, familiale, liée à la personne (personnalité, facteurs somatiques), et/ou à la pathologie démentielle en elle-même »* (Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française et al., 2014, p. 1).

En tant que psychomotricien, nous pouvons nous servir de ces comportements comme d'un moyen d'entrer en relation avec la personne, de valider ses émotions et ses sensations (Feil & Klerk-Rubin, 2003). Car n'oublions pas que les troubles du comportement sont avant tout pour la personne un mode d'adaptation à son milieu et de communication non-verbale face aux stimuli externes et internes (Charazac, 2015).

2. L'évaluation des troubles du comportement : le NPI-ES

Dans beaucoup d'institutions, il est nécessaire d'évaluer la présence de troubles du comportement afin de mettre en place des prises en soins adaptées à chaque patient. L'inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante (NPI-ES)¹⁷ permet de mettre en évidence ces troubles chez les personnes âgées démentes. Les informations recueillies auprès du personnel s'occupant au quotidien du patient permettent de quantifier la présence ou non de ces troubles, leur fréquence, leur gravité, ainsi que le retentissement sur le travail des équipes soignantes (MobiQual, s. d.). La fréquence d'un trouble est notée sur quatre, et la gravité sur trois. La multiplication de ces deux scores donne le score du domaine, qui est au maximum de douze points. A partir de deux points, un domaine est considéré comme pathologique. Dans le NPI-ES, dix troubles comportementaux sont répertoriés (idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur/euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur et comportement moteur aberrant), ainsi que deux variables neurovégétatives (sommeil et appétit/troubles de l'appétit).

3. Quelques troubles psycho-comportementaux

Je décris ici les six troubles du comportement qui ont été mis en évidence par le NPI-ES chez les deux patientes que je vous présenterai plus tard¹⁸.

¹⁷ Cf. *Infra*, Annexe III, pp. III-XVIII

¹⁸ Cf. *Infra*, Clinique, p. 43

3.1 Agitation/Agressivité

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'agitation est « *une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée, ne résultant pas selon un observateur extérieur d'un besoin ou d'un état de confusion* » (Lefèvre & Pitteri, 2018, p. 121). Il peut parfois découler de cette agitation de l'agressivité. « *L'agressivité, qui peut être physique ou verbale, est un comportement qui est perçu par l'entourage du patient comme violent envers les personnes ou les objets* » (Aquino et al., 2017, p. 34). Chez les personnes âgées démentes, ce type de troubles du comportement, souvent qualifiés de perturbateurs (avec la désinhibition et l'irritabilité) sont la conséquence d'un mal-être chez la personne (Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française et al., 2014).

3.2 Dépression/Dysphorie

« *La dépression est définie par la tristesse, le pessimisme et la dévalorisation* » (Aquino et al., 2017, p. 36). C'est un diagnostic médical sous-évalué et peu pris en considération en psychogériatrie, car « *certains signes cliniques ... [sont] considérés comme normaux pour l'âge ou du fait de la maladie* » (Bonon-Guillaume, 2009, p. 24). Or la dépression chez les personnes âgées peut avoir de graves conséquences, telles que le syndrome de glissement ou le suicide. Elle entraîne aussi un ralentissement ou une inhibition psychomotrice chez le sujet, avec une altération de la mémoire, des capacités d'attention et des fonctions exécutives (Charazac, 2015). L'image du corps est souvent aussi dévalorisée, et le corps peu investi.

La dysphorie est un trouble affectif. La personne semble triste, sans que le diagnostic de dépression n'ait été posé.

3.3 Anxiété

L'anxiété est un « *sentiment d'insécurité, de menace sans motif définissable ... ou disproportionné avec l'évènement appréhendé* » (Carric, 2001, p. 16). Ce sentiment peut être très fort, et s'il n'est pas apaisé, la personne peut s'agiter, devenir agressive. Ce sont ses mécanismes de défenses contre l'angoisse. La désorientation temporo-spatiale, les pertes mnésiques, la perte de capacités physiques, cognitives, sensorielles, ... sont des facteurs anxiogènes pour la personne âgée, qui ne comprend plus son environnement (Lefèvre & Pitteri, 2018). Il est donc important que le sujet puisse garder des repères, au sein de son domicile ou de son établissement, et que son anxiété soit entendue et validée (Feil & Klerk-Rubin, 2003).

3.4 Apathie/Indifférence

L'apathie est « *une diminution de l'affectivité ; elle produit une sorte d'indifférence et un manque de réaction devant des circonstances habituelles et une grande inertie physique* » (Carric, 2001, p. 17). Selon Aquino et al. (2017), l'apathie regroupe l'émoussement affectif, la perte d'intérêt et la perte d'initiative. La communication entre la personne âgée et son environnement est alors altérée, car le sujet donne peu de retours dans la relation. Il est « enfermé » dans son indifférence face au monde extérieur.

3.5 Désinhibition

« *La désinhibition correspond à un comportement impulsif et inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales au moment où ce comportement est observé* » (Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française et al., 2014, p. 41). Ce trouble du comportement accentue souvent l'isolement de ces personnes, au sein même des institutions. La désinhibition peut toucher le domaine de la sexualité, mais aussi les comportements sociaux et le langage (Lefèvre & Pitteri, 2018).

3.6 Irritabilité/Instabilité de l'humeur

L'irritabilité est « *un état émotionnel caractérisé par une réduction du contrôle pouvant entraîner des explosions verbales ou comportementales* » (Lefèvre & Pitteri, 2018, p. 133). Cette irritabilité est considérée comme un trouble du comportement perturbateur (Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française et al., 2014).

« *L'instabilité de l'humeur est le fait d'avoir une humeur changeante* » (Aquino et al., 2017, p. 35), rapidement, sans raison apparente. Cette instabilité peut être angoissante pour le sujet et pour son entourage, et source de nombreux questionnements et doutes¹⁹.

L'irritabilité et l'instabilité de l'humeur peuvent amener la personne âgée à de l'agressivité si elle n'est pas correctement accompagnée et rassurée.

4. Les conséquences des troubles psycho-comportementaux

Je vais ici vous parler des différents retentissements que les troubles psycho-comportementaux peuvent avoir pour le patient lui-même, pour les autres résidents de l'établissement d'accueil, et pour les équipes soignantes. Ayant effectué toutes les observations pour l'écrit de ce mémoire en institution²⁰, je ne parlerai pas des répercussions des SPCD pour les proches du patient, qui sont souvent anxiogènes et qui représentent une charge supplémentaire pour ces derniers (Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française et al., 2014).

4.1 Pour le patient lui-même

La présence des SPCD est une charge de travail et une charge émotionnelle conséquente pour les aidants familiaux. L'apparition de ces troubles chez un proche, et

¹⁹ Cf. *Infra*, Théorie, III. 4. Les conséquences des troubles psycho-comportementaux, p. 30

²⁰ Cf. *Infra*, Clinique, I. 1. Un EHPAD, p. 44

leur accentuation avec l'évolution de la démence peut accélérer l'entrée en institution de la personne âgée (Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française et al., 2014).

L'étude menée par Scarneas et al. en 2007 montre que « *la présence de SPCD augmente significativement le risque de déclin cognitif et fonctionnel* » (cité dans Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française et al., 2014, p. 13). Les troubles psycho-comportementaux ne permettent donc pas un bon épanouissement du sujet âgé. Selon Sylliaas et al. (2012), la présence de SPCD augmente aussi les risques de chute chez la personne âgée démente (Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française et al., 2014).

Par exemple, la déambulation, qui est d'après la définition du Larousse « *une marche, une promenade au hasard et en divers sens* » (cité dans Lefèvre & Pitteri, 2018, p. 122), est un SPCD dangereux pour le patient. Il augmente significativement le risque de chute, d'épuisement, de déshydratation, de dénutrition et de désorientation spatiale. Cela conduit parfois à des mises sous contentions, chimique ou physique, du patient (Lefèvre & Pitteri, 2018).

4.2 Pour les autres résidents de l'institution

Les autres résidents de l'établissement peuvent avoir peur, être angoissés, et par réaction, mettre à l'écart de la personne démente ayant des troubles psycho-comportementaux.

Par exemple, lors de mon stage, alors qu'une dame âgée s'agitait, car elle pensait être en retard pour aller chercher ses enfants à l'école, j'ai pu entendre de la part d'autres résidents ne présentant pas de démence : « la pauvre » ; « je n'ai pas envie de devenir comme ça », ... La plupart du temps, les résidents ne présentant pas ou peu de troubles cognitifs ont conscience de la démence de leur « voisins ». Cela peut leur renvoyer une image anxiogène : ils se voient eux, atteints de troubles cognitifs.

Certains résidents déambulent la nuit et entrent dans la chambre d'autres résidents. J'ai alors déjà pu observer des personnes âgées qui s'énervent contre d'autres la journée car elles ont été réveillées pendant la nuit. D'autres personnes ont peur de cette intrusion nocturne, et demandent que leur porte de chambre soit fermée à clé afin de dormir plus paisiblement.

Afin d'éviter que la personne âgée démente ne soit mise à l'écart des autres résidents, et afin de préserver ces derniers, il me semble impératif d'accompagner les SPCD, de mettre des mots dessus et de les apaiser.

4.3 Pour les équipes soignantes

Les troubles psycho-comportementaux peuvent être une charge de travail supplémentaire très importante pour les équipes soignantes. Le NPI-ES²¹ prend cela en considération en quantifiant le retentissement des troubles du comportement sur le travail du personnel soignant.

Les SPCD sont séparés en cinq catégories : les « *symptômes psychotiques, symptômes d'hyperactivité, symptômes affectifs, apathie, symptômes végétatifs* » (Aquino et al., 2017, p. 32). Dans les établissements gériatriques, les équipes soignantes parlent plus souvent des personnes présentant des symptômes d'hyperactivité (agitation, agressivité, désinhibition, irritabilité et instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, euphorie) que des personnes ayant des symptômes affectifs (dépression, anxiété). Ce qui démontre que les symptômes hyperactifs augmentent considérablement la charge de travail des équipes soignantes.

Je pense que la place du psychomotricien est cruciale dans la prise en soin des troubles du comportement, afin de leur donner du sens, pour le patient et pour les autres professionnels (Feil & Klerk-Rubin, 2003).

²¹ Cf. *Supra*, Théorie, III. 2. L'évaluation des troubles du comportements : le NPI-ES, p. 27

IV. La médiation canine dans le processus thérapeutique en psychomotricité

Le corps à la particularité en français de s'écrire avec un "s", autrement dit au pluriel, soulignant la complexité d'un signifiant qui ne se laisse pas attraper par un seul bout, qu'il soit moteur, tonique, sensoriel, psychique, relationnel, instrumental, etc. (Rodriguez, 2019, p. 37). Il faut donc une médiation en psychomotricité qui puisse toucher différents bouts du corps.

1. La psychomotricité, une thérapie non-médicamenteuse

En France, les thérapies non-médicamenteuses sont de plus en plus mises en avant²². La psychomotricité fait partie de ces nombreuses thérapies. Par son adaptabilité, sa finesse d'observation et sa formation spécifique, le psychomotricien a une place primordiale dans la prise en soin des maladies neuro-dégénératives. Il permet au patient de « *retrouver un nouvel équilibre* » (Brandily et al. 2019, p. 348) psychomoteur, au fur et à mesure des nombreuses pertes liées à la sénescence. La HAS préconise ainsi une prise en soin en psychomotricité dans le traitement des troubles du comportement de la personne âgée (2012).

2. La médiation, un atout lors des séances de psychomotricité

Selon Le Petit Robert (2012), une médiation est à la fois une « *entreprise destinée à mettre d'accord, à concilier ou à réconcilier des personnes, des partis* » et « *le fait de servir d'intermédiaire ; ce qui sert d'intermédiaire* » (p. 1561). La communication non-verbale étant au cœur du processus thérapeutique en psychomotricité, le clinicien peut faire intervenir une multitude de médiations lors de ces séances. Le choix de la médiation, que ce soit une médiation corporelle, un objet médiateur (vivant ou inerte), ... dépend toujours

²² Cf. *Supra*, Théorie, I. 4. Les plans nationaux de santé publique, p. 14

d'une part du patient, et d'autre part du thérapeute. Elle permet de faire tiers entre le patient et le psychomotricien, et de les réunir dans un même procédé thérapeutique, afin d'aboutir aux objectifs thérapeutiques.

Rodriguez (2019) définit quatre fonctions du processus thérapeutique de médiation, permettant à la médiation d'être pertinente dans la relation psychomotricien-patient.

- La première est *le dispositif séducteur*. La médiation doit être attractive pour le patient et pour le thérapeute. Les deux partis doivent ainsi prendre du plaisir et être attentifs à cet objet tiers (réel ou imaginaire), afin que la triade patient-psychomotricien-médiateur puisse s'instaurer.

- La deuxième fonction de la médiation est *le dispositif provocant*, c'est-à-dire créer un appel vers l'autre. Le dispositif mis en place cherche à affecter le patient, donc à le « *mettre dans une certaine disposition afin d'activer ou de réactiver des éprouvés sensori-moteurs, émotionnels, corporels* » (Rodriguez, 2019, p. 30).

- Rodriguez décrit aussi *le dispositif transformateur* du processus thérapeutique de médiation. Le choix de la médiation doit donner envie au patient et au thérapeute de s'impliquer dans la prise en soin. Car c'est le médiateur qui va permettre de transformer le ressenti d'éprouvés en expériences qui pourront être symbolisées et partagées.

- Enfin, la médiation est aussi *un dispositif symbolisant*. Grâce aux propriétés spécifiques de chaque objet médiateur, le patient peut accéder plus facilement au processus de symbolisation, et donc de représentation.

Chaque médiation doit être individuellement choisie avec soin par le psychomotricien, pour le patient. Elle doit répondre aux quatre fonctions du processus thérapeutique de Rodriguez (2019), pour le patient et pour le thérapeute, afin de permettre une prise en soin psychomotrice pertinente.

3. De l'animal de compagnie à l'animal médiateur

3.1 L'animal de compagnie

Les animaux sont reconnus depuis 2015 en France comme des « *être[s] vivant[s] doué[s] de sensibilité* »²³ (Beiger & Dibou, 2019, p. 5). Beaucoup de foyers français ont aujourd'hui des animaux de compagnie : chiens, chats, mais aussi des nouveaux animaux de compagnie (NAC : rongeurs, oiseaux, reptiles, etc.). L'attachement et l'attrait que l'on peut avoir pour nos animaux peut aller jusqu'à les considérer comme des membres de la famille (Beiger, 2016). La présence des animaux de compagnie est réputée pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées (Juhel, 2010). Selon Juhel, avoir un animal permettrait aux personnes âgées de se sentir utiles, de réduire l'isolement et la solitude et aussi de stimuler la marche et les coordinations. Avoir un animal stimule aussi la mémoire, car il faut se souvenir des quantités de nourriture, de l'heure des repas, des sorties, ...

3.2 La médiation animale ou zoothérapie

Le mot zoothérapie provient de deux racines grecques : *zoo* qui signifie animal et *therapeia* qui signifie soin (Beiger & Dibou, 2019). La zoothérapie peut donc se définir comme « prendre soin grâce à l'animal ». Il n'existe pas de législation encadrant la pratique de la médiation animale²⁴. Le syndicat national français des zoothérapeutes et intervenants en médiation par l'animal a donc mis en place une Charte d'Ethique et de Déontologie²⁵. Pour signer cette charte, il faut avoir une formation initiale dans la santé, le social, ou l'enseignement spécialisé et avoir suivi une formation à l'Institut Français de

²³ Code civil, article 515-14 du 28 janvier 2015.

²⁴ Cependant attention : si le zoothérapeute perçoit une rémunération pour les séances de médiation animale, cela fait donc rentrer cette activité comme une « présentation au public » des animaux. Dans ce cas-là, le professionnel doit posséder l'attestation de connaissances pour les animaux de compagnies d'espèces domestiques (ACACED). (Association de zoothérapie de l'Est, 2019).

²⁵ Cf. *Infra*, Annexe IV, pp. XIX-XXIV

Zoothérapie (IFZ). D'autres organismes de formation en médiation animale existent, qui ne demandent pas nécessairement d'avoir au préalable une formation médico-sociale. Cependant la zoothérapie « *n'est pas une démarche occupationnelle mais bien un processus professionnel de thérapie, de pédagogie* » (Beiger & Dibou, 2019, p. 4). Il s'agit donc d'une thérapie non-médicamenteuse, avec des objectifs thérapeutiques définis pour chaque patient, basée sur la relation triangulaire entre le patient, le thérapeute et l'animal. Le zoothérapeute peut intervenir, avec la spécificité de sa formation initiale, « *auprès des personnes ayant des difficultés d'ordre psychique, psychosocial, physique, de troubles psychiatriques, ou d'ordre scolaire* » (Beiger, 2016, p. 15). L'animal n'est en aucun cas le thérapeute, il est le médiateur de la thérapie, et est choisi en tant que tel en fonction de ses caractéristiques et de son caractère (Beiger & Dibou, 2019). C'est la prise en soin, avec le professionnel de santé et la spécificité de sa formation qui rend cette médiation thérapeutique.

Certains animaux sont très sensibles à la communication non-verbale. Ils sont capables de faire un *feed-back* très rapide à la personne sur sa posture, sa tension interne, etc. (Cyrulnik & Bélair, 2020), c'est-à-dire de renvoyer à la personne, en miroir, sa façon d'être. Lorsqu'un zoothérapeute met en place une prise en soin à médiation animale, c'est en prenant en compte l'individualité du ou des patients (que ce soit en séances individuelles ou groupales). Il faut que le choix de cette médiation et de l'espèce animale réponde aux quatre fonctions du processus thérapeutique de la médiation de Rodriguez (2019)²⁶. Pour rappel, la médiation doit être un dispositif séducteur, provoquant, transformateur et symbolisant pour le patient et le thérapeute. Les animaux les plus couramment présents lors de séances à médiation animale sont les chiens, les chats, les lapins, les cochons d'inde, les chevaux et les poneys, les ânes, mais aussi les chèvres (Beiger, 2016). La sélection d'un animal pour une thérapie est donc basée sur l'individualité du patient, du thérapeute et de l'animal lui-même.

²⁶ Cf. *Supra*, Théorie, IV. 2. La médiation, un atout lors des séances de psychomotricité, p. 33

4. La médiation canine

Je vais maintenant vous parler plus spécifiquement des bienfaits de la médiation canine pour les personnes âgées. Je fais ce choix car c'est à partir de séances de psychomotricité à médiation canine que découleront mes observations cliniques²⁷.

4.1 Les bienfaits connus de la médiation canine

Les chiens ont des caractéristiques qui les rendent proches de l'Homme. Les chiens de travail sont utilisés depuis des millénaires pour la chasse, la garde, etc. Au fil du temps, ils sont devenus de plus en plus proches de l'Homme, intégrant nos foyers, devenant des membres de la famille. Le chien médiateur est un chien de travail, qui doit suivre une éducation spécifique, afin qu'il puisse être capable d'«une disponibilité, une certaine réceptivité, une envie de faire » (Beiger & Dibou, 2017, p. 13). Tous les chiens ne peuvent pas devenir chiens médiateurs, cela dépend du caractère de chacun.

De nombreux bénéfices sont d'ores et déjà connus en gériatrie quant aux thérapies à médiation animale. « *Caresser un animal ... réduit la tension artérielle et prévient la dépression* » (Juhel, 2010, p. 127). Ces incidences positives pourraient permettre une diminution des traitements médicamenteux du patient, et donc des effets iatrogènes de ces médicaments.

Des études ont aussi prouvé l'utilité de cette médiation. Collombo et al. (2006) ont pu déterminer que « *la zoothérapie peut avoir des effets bénéfiques sur le bien-être psychologique des personnes âgées en milieu institutionnel* » (cité dans Juhel, 2010, p. 128). Or on sait aujourd'hui que la santé mentale a un impact sur la santé physique, et inversement (Doucet, 2000). Les études de Richeson (2003) et de Kongable et al. (1989) se mettent d'accord pour dire que « *la zoothérapie pourrait contribuer à réduire les comportements agités des personnes âgées ayant la maladie d'Alzheimer ou des troubles de démence et favorisent leurs interactions sociales* » (cité dans Juhel, 2010, p. 128). L'impact

²⁷ Cf. *Infra*, Clinique, p. 43

de la médiation animale sur les personnes âgées démentes présentant des troubles psycho-comportementaux a donc déjà été observé il y a plus de trente ans. Je vous détaillerai en détails mes observations sur le sujet auprès de deux patientes²⁸.

4.2 La médiation canine en psychomotricité

La médiation canine fait intervenir un chien au cours des séances. Il ne s'agit pas là d'une médiation « miracle ». Le choix des patients bénéficiant de la médiation canine lors de séances de psychomotricité doit être mûrement réfléchi. Le patient doit donner son accord, et la pratique de cette médiation doit avoir un intérêt dans le projet de vie du patient. La prise en soin doit faire l'objet d'une prescription médicale, comme pour toutes séances de psychomotricité.

La médiation canine stimule de nombreuses fonctions psychomotrices chez la personne âgée démente. Le chien, par ses spécificités caractérielles et physiques, par sa proximité avec l'Homme, peut éveiller la personne âgée, et être un pilier de la relation patient-psychomotricien-chien médiateur.

4.2.1 Les repères spatio-temporaux

La psychomotricité à médiation canine peut permettre au patient d'intégrer des repères spatio-temporaux. Le cadre spatio-temporel des séances est très important, afin de donner à la personne âgée désorientée des repères sécurisants. Les séances peuvent être ritualisées, ce qui permet de structurer le temps et d'apporter des repères aux patients. La régularité et le lieu des séances apportent aussi un cadre spatio-temporel à cette prise en soin. Le temps passé auprès du chien permet au patient d'être « *dans le moment présent, dans le ressenti* » (Beiger & Dibou, 2017, p. 42), et non pas dans un temps d'attente ou de réflexion.

²⁸ Cf. *Infra*, Clinique, II. Micheline Martin, p. 44 & Clinique, III, Louise Debernardi, p. 60

4.2.2 La stimulation sensorielle

Le chien, du fait qu'il soit un être vivant, un animal, stimule les cinq sens de la personne âgée. L'ouïe est stimulée si le chien fait du bruit, la vue s'il bouge, l'odorat s'il est près, et même le goût si la personne souhaite lui faire des bisous.

Le toucher est le sens le plus mis à contribution. Le chien, que le patient peut caresser, est doux, poilu, chaud. Le toucher sera alors différent du toucher-soins que la personne connaît au quotidien dans les institutions au cours de la toilette, des soins médicaux, etc. Le toucher a aussi la particularité d'être obligatoirement réciproque : on ne peut toucher sans être touché. Il « *est souvent apaisant et peut aider à la rencontre de deux personnes* » (Beiger & Dibou, 2017, p. 48), par exemple du patient et du thérapeute, ou du patient et du chien médiateur. Mais le toucher est vécu différemment en fonction de chaque personne. Pour certains, il va être agréable, sécurisant, réconfortant, pour d'autres il va être source d'angoisse, vécu comme une intrusion ou une agression. Le toucher avec les chiens médiateurs permet donc une autre sorte de toucher que celui des soins, et permet donc de stimuler autrement ce sens chez la personne âgée.

4.2.3 La communication verbale et non-verbale

Les personnes âgées démentes perdent souvent l'usage de la parole (Juhel, 2010). Le chien peut alors être un véritable médiateur dans la communication non-verbale, car il est capable de percevoir les émotions humaines, et d'y réagir (Beiger & Dibou, 2017).

Un des grands atouts de l'animal est qu'il ne juge pas les patients, et ces derniers le ressentent. Le chien va donc « *permettre un travail relationnel, affectif et cognitif plus rapide* » (Beiger & Dibou, 2017, p. 27). La présence du chien peut motiver le patient à se dépasser, tout en apportant une présence rassurante. Le chien médiateur peut permettre à des personnes repliées sur elles-mêmes d'accepter de rentrer en relation, d'abord avec le chien, puis avec le thérapeute (Beiger & Dibou). Les personnes âgées ont souvent tendance à parler aux chiens (Beiger & Dibou). Les animaux favorisent donc aussi la prise d'initiatives verbales.

La communication non-verbale va principalement passer par le dialogue tonico-émotionnel au cours des séances de médiation animale. Ce dialogue va s'instaurer entre les trois acteurs (ou plus, s'il s'agit d'une séance groupale) : le patient, le psychomotricien et le chien médiateur. Le dialogue tonico-émotionnel a été décrit par Ajuriaguerra en 1977 (Bachollet & Marcelli, 2010). La tonicité, qui est la résultante du tonus de nos muscles, varie en fonction de notre état interne affectif. Le tonus est la toile de fond des émotions, cela veut dire qu'une émotion peut abaisser ou augmenter notre tonicité, et inversement (Robert-Ouvray, 2007). « *La tonicité nous donne aussi des renseignements sur les autres* » (Robert-Ouvray, 2007, p. 46) car nous pouvons ressentir la leur. Pour Ajuriaguerra, « *le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre* » (Bachollet & Marcelli, 2010, p. 14). Ce serait donc un échange, une communication infra-verbale sur nos ressentis internes, nos affects, qui se produirait au sein de la triade patient-psychomotricien-chien. Entre ces trois acteurs, il y aurait donc une influence réciproque, un partage inconscient des émotions vécues, de la tonicité, de l'état interne. Et le psychomotricien peut mettre des mots et du sens sur ce qu'il se passe.

4.2.4 Le corps psychique et physique

Le schéma corporel, souvent appauvri chez la personne âgée²⁹, peut-être réinvesti et réapproprié grâce à la médiation canine. L'animal peut servir de miroir pour nommer les parties du corps de la personne, effectuer des mouvements, travailler sur l'intonation de la voix, ... tout en étant un atout motivationnel pour le patient (Beiger & Dibou, 2017). Sur la base d'un schéma corporel bien ancré, la personne peut alors s'orienter dans l'espace, construire son axe corporel, ses coordinations, sa motricité, etc. (Valentin Lefranc & Pavot Lemoine, 2015).

Afin de maintenir au mieux l'autonomie de la personne âgée, et donc l'estime qu'elle a d'elle, il est important qu'elle puisse conserver au mieux ses capacités motrices (Charazac, 2015). La médiation canine permet aux personnes âgées de s'investir

²⁹ Cf. *Supra*. Théorie, I. 2. Le vieillissement physiologique, p. 12

davantage dans les exercices de motricité fine ou globale proposés (Beiger & Dibou, 2017). Les animaux ont aussi tendance à favoriser l'initiation motrice. « *Un petit chien suscite l'attendrissement, le désir de prendre, l'envie de caresser, tout cela ne favorisant la création de liens émotionnels* » (Juhel, 2010, p. 127). Ainsi, en voyant un chien, beaucoup de personnes âgées vont spontanément se mettre en mouvement afin d'aller le voir, de le caresser, ...

4.2.5 Le mieux-être psychique

« *L'animal induit souvent beaucoup d'émotionnel et améliore l'attention et la concentration de la personne* » (Beiger & Dibou, 2017, p. 57). Or, nous savons que lorsqu'un souvenir est empreint d'émotion, il est plus facilement mémorisé (Observatoire BV2 des mémoires). La présence des animaux pourrait donc avoir une incidence, même minime, sur les capacités mnésiques de la personne³⁰. Selon Ekman, tous les mammifères, y compris les humains, partagent six émotions : la peur, le dégoût, la colère, la surprise, la joie et la tristesse (cité dans Beiger & Dibou, 2017, p. 59). Ces émotions, positives ou négatives, sont parfois refoulées par la personne, ou peu écoutées par les soignants. La présence du chien permet souvent aux personnes âgées de verbaliser, d'exprimer leurs émotions et de les partager avec le chien (Beiger & Dibou, 2017).

Dans les démences, le patient ressent souvent une perte de son identité³¹. Son apparence change, ses capacités aussi. Beiger et Dibou (2017) proposent alors à la personne âgée d'échanger verbalement sur le vieillissement du chien avant de pouvoir verbaliser sur ses propres pertes et changements. L'animal permet de renarcissiser la personne, qui se sent reconnue par le chien (Beiger & Dibou, 2017). Par ce biais, l'objectif est d'amener la personne à avoir une bonne estime d'elle-même, une image du corps valorisée et un sentiment d'identité et d'existence (Charazac, 2015).

³⁰ Cf. *Infra*, Clinique, III. 4. Conclusion, p. 71

³¹ Cf. *Supra*, Théorie, II. 1. Définition (de la démence), p. 16

4.2.6 Le transfert

Le transfert est un terme psychanalytique amené par Freud au XXème siècle. Selon Laplanche et Pontalis, le transfert est « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux* » (2009, p. 492). En médiation canine, l'objet pourrait être le chien médiateur ou le thérapeute (l'intervenant en médiation animale, le psychomotricien). Cela signifie que le patient pourrait projeter sur le chien ou sur le thérapeute ses désirs, ses envies.

4.2.7 Dans les troubles psychocomportementaux

Lorsque la personne âgée présente des troubles psycho-comportementaux de la démence, le chien peut intervenir afin de les apaiser. Le rôle du chien médiateur est alors d'entrer en contact avec la personne, d'être son confident, et par ce biais d'apaiser ces troubles (Beiger & Dibou, 2017).

La HAS préconise en première intention les thérapies non-médicamenteuses pour le traitement des troubles du comportement chez la personne âgée (2012). Une des interventions recommandées est la thérapie assistée par l'animal.

CLINIQUE :

I. Présentation du lieu de stage :

1. Un EHPAD :

J'ai effectué mon stage tous les jeudis de cette année scolaire au sein d'une maison de retraite médicalisée. Celle-ci peut accueillir jusqu'à 70 résidents, pour un hébergement permanent, ou pour un séjour temporaire (à la suite d'une hospitalisation, pour le repos des aidants, ...). Le niveau d'autonomie des résidents est très hétérogène : certains sont autonomes, d'autres sont entièrement dépendants de l'équipe soignante pour tous les actes de la vie quotidienne et sous surveillance médicale rapprochée.

Le personnel de cet établissement est constitué par le pôle de la direction et de l'administration, par le pôle médical avec le médecin coordinateur, par les agents hôteliers ainsi que par les équipes soignantes. Il y a aussi le pôle paramédical constitué des infirmiers, d'une psychomotricienne, et de kinésithérapeutes (qui sont des intervenants extérieurs). Les résidents bénéficient de la présence d'une psychologue et d'une animatrice.

Les réunions pluridisciplinaires sont hebdomadaires, et sont l'occasion de discuter de patients en difficultés, ou mettant en difficulté l'équipe soignante. Il peut alors être décidé en équipe de la mise en place de protocoles ou d'accompagnements thérapeutiques (en psychomotricité par exemple).

2. La place de la psychomotricité :

La psychomotricité est présente depuis une dizaine d'années dans cet EHPAD. Au fur et à mesure des années, une salle snoezelen et une balnéothérapie ont été construites. Cependant il n'y a pas de salle de psychomotricité à proprement parlé. Les séances se font la plupart du temps en chambre si elles sont individuelles, ou dans une des salles de restauration pour les séances de groupe. La psychomotricienne n'a pas non plus de

bureau attitré. Elle partage donc les postes de travail avec d'autres professionnels. La psychomotricienne travaille à mi-temps, avec une demi-journée par semaine réservée aux réunions d'équipes.

La psychomotricienne essaye de rencontrer tous les nouveaux résidents entrant dans l'établissement, afin de se présenter et de se rendre compte rapidement des difficultés et facilités que peut avoir la personne. Les prises en soin se font à la suite de discussions pluridisciplinaires. Il s'agit souvent de l'équipe soignante qui va souligner les difficultés d'un résident. Même si la prise en soin en psychomotricité doit légalement se faire sur prescription médicale, il est parfois difficile de prendre contact avec les médecins traitants. La psychomotricienne vient alors à la rencontre du résident, l'observe et peut mettre en place un suivi individuel ponctuel ou régulier, voir l'intégrer à un groupe thérapeutique.

La psychomotricité est incluse dans le projet de vie de l'établissement. Les objectifs sont individualisés pour chaque résident pris en soin. Ils peuvent être :

- Favoriser le maintien de l'autonomie de la personne.
- Améliorer le bien-être de la personne, en adaptant son environnement et en favorisant la communication avec les soignants et avec la famille.
- Permettre au résident d'avoir un espace d'échange, de stimulation sensitive, cognitive et motrice, où ses compétences sont valorisées.
- Favoriser le contact relationnel entre les résidents et avec la famille

La psychomotricienne de cette résidence a mis en place des co-thérapies avec des intervenants extérieurs. Ces derniers viennent de manière régulière, toujours dans la même salle de l'établissement, afin d'assurer un cadre spatio-temporel à ces séances. Ces co-thérapies se font normalement toujours en séances de groupe. Les séances de boxe se font en groupe ouvert, dans lequel les résidents viennent par eux-mêmes s'ils en ont envie. Le jardin thérapeutique ainsi que le groupe de médiation animale à visée thérapeutique sont des groupes fermés, dans lesquels les patients sont intégrés en fonction de leurs troubles, intérêts et projets de vie. La psychomotricienne a aussi mis en place un atelier équilibre, qui est un groupe fermé.

3. La médiation canine à visée thérapeutique en psychomotricité

Bérénice est une intervenante en médiation animale, initialement infirmière diplômée d'état. Elle a ensuite été formée à la thérapie avec le cheval par la fédération nationale de thérapie avec le cheval (FENTAC). Elle est aujourd'hui accompagnée par ses deux « collègues », Oscar et Ilia. Ces derniers sont des golden-retriever, une race de chien reconnue pour sa gentillesse. Ils ont été formés par Handi'chiens, une association éduquant des chiens d'accompagnement social comme Ilia et Oscar, mais aussi des chiens d'éveil, d'assistance juridique, détecteurs d'épilepsie et d'assistance. Bérénice a aussi dû suivre une formation dispensée par Handi'chiens avant la remise des chiens. Elle intervient par le biais d'une association dans différentes structures médico-sociales.

C'est donc tous les quinze jours que ce trio fait son entrée dans la maison de retraite, pour des séances de médiation canine en co-thérapie avec la psychomotricienne. Au sein de cet EHPAD, ces séances sont nommées « médiation animale à visée thérapeutique », mais le terme « zoothérapie » pourrait aussi être utilisé. Les résidents bénéficiaires sont cinq femmes, ayant des profils cognitifs et moteurs assez hétérogènes. Elles ont intégré le groupe car cela est pertinent dans leur projet de vie et dans des objectifs thérapeutiques psychomoteurs. Elles ont aussi pu verbaliser l'attrait qu'elles ont pour les animaux, pour les chiens en particulier. Les séances ont lieu dans la petite salle de restauration, qui est une salle fermée, dans laquelle seuls sont présents les cinq résidentes, la psychomotricienne, Bérénice, Oscar, Ilia et moi-même. Les résidentes sont invitées à venir à ces séances de psychomotricité, mais il y a parfois des refus ponctuels (fatigue, visite de la famille, ...).

Les séances de groupe permettent aux personnes âgées d'avoir des interactions sociales, et qu'il y ait « le regard des autres ». Ce regard de la part des pairs peut permettre l'utilisation de l'imitation entre les résidents, et qu'ils se revalorisent entre eux. Les chiens médiateurs, par leur présence, amènent de la discussion et favorisent ainsi les interactions sociales. Dans un groupe, il est cependant nécessaire de prendre en considération l'individualité de chacun, afin de préserver au maximum l'identité des sujets âgés.

Les séances sont ritualisées afin de permettre à la personne âgée d'avoir des repères temporels quant au déroulé des séances, et donc un cadre sécurisant. Une séance commence par le rituel des « bonjour ». Oscar et Ilia viennent voir chaque résidente qui leur donne une croquette afin de leur dire bonjour. Diverses activités sont ensuite proposées. Puis la fin de la séance est elle aussi ritualisée : les chiens médiateurs se couchent au milieu du groupe, et les résidentes doivent leur lancer des croquettes. Cela recrée de la distance entre les chiens et les résidentes, qui ne se verront pas pendant deux semaines.

4. Le contexte sanitaire particulier : la covid-19

Depuis le début de l'année 2020, la France est confrontée par une pandémie : celle de la covid-19. Ce virus s'est révélé très dangereux, principalement pour les personnes âgées et fragiles, chez qui le risque de décès est élevé. Mon lieu de stage a dû faire face à de nombreux décès en mars 2020 (vingt décès pour soixante-dix patients), et des décisions ont dû être prises afin d'éviter une nouvelle vague de contamination au sein de l'établissement. Les visites des familles sont restreintes : quatre familles peuvent venir par jour, trente minutes chacune, sans contact physique avec leur proche. Les résidents mangent en salle de restauration qu'un jour sur deux afin de limiter le nombre de personnes dans une même salle sans le masque. La deuxième moitié des résidents doit alors manger en chambre, seuls.

Cela impacte le moral des résidents et des équipes soignantes, ainsi que la régularité des séances de psychomotricité à médiation animale. En effet, en novembre et décembre 2020, il y a eu le deuxième confinement, durant lequel les intervenants extérieurs n'étaient plus autorisés à pénétrer dans l'EHPAD. Les séances ont pu reprendre en janvier 2021, avant d'être à nouveau interrompues en février puis reprises en mars. Lorsque la condition sanitaire au sein de l'établissement nécessite un conditionnement en chambre des résidents, les séances se font alors en chambre, de manière individuelle. Pour que toutes les patientes de ce groupe puissent avoir une séance, celles-ci durent quinze minutes. Au cours de l'année, les séances de psychomotricité à médiation canine

ont donc alterné entre des séances groupales et des séances individuelles, avec deux interruptions de plusieurs semaines. Les séances ont également dû être décalées à plusieurs reprises, ne respectant ainsi pas le cadre temporel d'une séance tous les quinze jours.

La discontinuité de l'intervention de la médiation animale auprès des résidents bénéficiaires a donc influencé mes observations, ainsi que l'impact qu'une telle médiation pourrait avoir en psychomotricité dans une prise en soin régulière, à long terme.

II. Micheline Martin

Je vais essayer de vous raconter ici ma rencontre avec Mme Micheline Martin, dans l'ordre chronologique. J'ai assisté à la première séance de psychomotricité de Mme Martin, sans que ni ma maître de stage ni moi n'ayons eu d'entretien au préalable avec elle ou lu son dossier médical. Par la suite j'ai pu passer des moments relationnels avec Mme Martin et lui faire passer de tests psychomoteurs. Sa prise en soin en psychomotricité s'est effectuée en parallèle.

1. Première rencontre et début de prise en soin

Début octobre, alors que nous lisions les transmissions de l'équipe soignante avec ma maître de stage, nous avons remarqué qu'un nom, celui de Mme Martin, ressortait souvent depuis quelques semaines. Les soignantes avaient annoté : « insulte », « tape sur la porte de l'ascenseur avec sa canne », « agressive ». Ce même jour, une place s'était libérée dans le groupe de médiation animale. Nous sommes donc allées proposer à Mme Martin, si elle aimait les chiens, de venir assister à une séance. Elle a donc rejoint les séances de psychomotricité à médiation animale l'après-midi même, le 8 octobre 2020.

Lorsqu'elle est arrivée dans la salle en fauteuil roulant, les mains agrippées à sa canne, nous lui avons proposé de mettre cette dernière derrière son fauteuil. Mme Martin a vivement refusé, sur la défensive. Cependant, dès qu'elle a vu les chiens, elle a lâché d'elle-même sa canne afin de les caresser, et ne s'en est plus préoccupée jusqu'à la fin. Durant toute la séance, Mme Martin est restée attentive et participative aux discussions du groupe et n'a montré aucun signe extérieur de troubles psycho-comportementaux.

Nous en avons donc conclu que Mme Martin avait toute sa place dans le groupe de psychomotricité à médiation animale. Commença alors sa prise en soin au sein de ce groupe, tout en mettant en perspective certains objectifs thérapeutiques (d'après son anamnèse et la passation de certains bilans psychomoteurs).

2. Présentation et anamnèse

Micheline Martin est une dame de 96 ans. Elle a travaillé en tant que secrétaire au sein d'un ministère avant de devenir mère au foyer afin d'élever ses quatre enfants. Elle est aujourd'hui veuve, et a perdu une de ses filles. Un seul de ses enfants vit dans la région. Mme Martin a une cataracte et une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), elle se plaint souvent de « ne rien voir ». Elle se déplace soit en marchant avec sa canne, soit en fauteuil roulant (de plus en plus régulièrement au cours de l'année). Le dossier médical de Mme Martin fait part d'une dépression, d'anxiété ainsi que d'une désorientation temporelle.

Mme Martin est arrivée au sein de l'établissement début septembre, car son maintien à domicile était devenu trop difficile vis-à-vis de sa perte d'autonomie. Depuis son arrivée, elle bénéficie deux fois par semaine de séances de kinésithérapie. Elle a été évaluée sur la grille AGGIR, et elle est rattachée au GIR 2.

3. Bilans psychomoteurs et observations

Malgré le fait que Mme Martin ait dépassé l'âge d'étalonnage du MMSE, j'ai tenu à lui faire passer ce test afin de me faire une idée sur la présence de troubles cognitifs, et si oui, sur leur sévérité. Lors de ce test, le 26 novembre 2020, elle s'est montrée impatiente, intolérante envers elle-même, et s'est beaucoup dévalorisée. Elle a refusé une partie des épreuves écrites. Le score total de Mme Martin était de 3/30, ce qui correspond à la présence d'une démence sévère selon l'étude du CERAD (GRECO, 1999). J'ai pu observer une perte des repères spatio-temporaux, des capacités attentionnelles peu soutenues, et des troubles mnésiques. Cependant ce test a montré que Mme Martin a des gnosies préservées, ainsi qu'une bonne compréhension des consignes simples. Une partie des résultats du bilan (refus et échec lors de l'épreuve de praxies constructives et des épreuves écrites) peut être erronée à cause de ses troubles visuels.

Le 18 mars 2021, j'ai demandé à l'aide-soignante principale de Mme Martin de répondre aux questions du NPI-ES. Mme Martin a obtenu un score de dégradation de 34 points. On retient chez elle : de l'agitation et de l'agressivité, une dépression et une dysphorie, de l'anxiété, de l'apathie et de l'indifférence, ainsi que de la désinhibition. Son comportement le plus prédominant est une irritabilité et une instabilité de l'humeur quotidienne. Mme Martin semble aussi gênée par des troubles du sommeil. Au sein de l'institution, les troubles psycho-comportementaux de Mme Martin, associés à ses troubles cognitifs, demandent aux équipes soignantes beaucoup de disponibilité.

J'ai aussi eu l'occasion de passer un entretien avec Mme Martin durant le mois de décembre afin que nous fassions connaissance. J'ai pu observer que Mme Martin est toujours dans la même posture : les jambes croisées, le coude droit posé sur l'accoudoir de son fauteuil roulant, les doigts entrelacés et le buste affaissé vers la droite. Elle tient sa tête très souvent penchée en avant, le regard vers le bas. Elle est sur un versant hypertonique, en ayant des difficultés à se relâcher. Sur le plan moteur, elle est capable de se lever seule et de se déplacer en toute autonomie dans sa chambre. Mme Martin est droitrière, mais refuse la tenue d'un outil scripteur. Je lui propose un exercice dans lequel je lui suggère d'utiliser le toucher afin de reconnaître des formes. Malgré ses troubles visuels et mes sollicitations, elle essayera toujours de passer par la vue pour trouver la forme. Elle se dévalorise énormément, et dit être « impatiente », « ne servir à rien », « ne plus rien pouvoir faire et ne plus rien aimer ». Mme Martin verbalise aussi le fait de ne pas aimer le silence, de trouver cela « mortel ». En parlant de manière informelle avec les équipes soignantes, je sais aussi qu'elle n'aime pas quand il y a trop de bruit. Il lui arrive de se mettre à crier et à insulter pour être remontée dans sa chambre quand les animations sont trop bruyantes. Mme Martin dévalorise ses capacités physiques et cognitives, et aussi ce qu'elle a pu faire dans sa vie. Elle ne sourit pas, et a du mal à accéder à l'humour (elle y réagit peu). Mme Martin semble « attendre la fin », sans élan de vie. J'observe cependant dans la chambre que Mme Martin a beaucoup de boîte de gâteaux. Elle m'explique que ce sont ses petits plaisirs, qu'elle est gourmande. Ce sera la première chose positive que Mme Martin me dira sans la présence des chiens.

Lors de l'entretien, j'ai donc pu remarquer que Mme Martin présentait en effet des signes de dépression, de dysphorie, d'apathie et d'indifférence. Je sens aussi qu'elle a un fort tempérament, et peu de projets de vie.

4. Prise en soin

Au vu des bilans psychomoteurs effectués et de l'anamnèse de Mme Martin, lui permettre de bénéficier des séances de psychomotricité à médiation canine a pris tout son sens. Cette prise en soin a pour objectif que Mme Martin prenne confiance en elle et en ses capacités. Un des autres objectifs est de lui proposer un espace dans lequel elle peut exprimer ses émotions et ressentis plus facilement, grâce à la présence des chiens médiateurs. Cette médiation pourrait aussi lui permettre de revaloriser son image du corps, retrouver un sentiment d'utilité, de bien-être et d'apaisement (psychique et corporel, avec une diminution de sa tonicité). L'objectif sur le long terme pourrait aussi être de diminuer la fréquence et la gravité des troubles psycho-comportementaux de Mme Martin.

Mme Martin a pu bénéficier au total de sept séances de psychomotricité à médiation animale entre son arrivée dans l'établissement en septembre 2020 et la fin du mois d'avril 2021. Cette prise en soin n'a pas été régulière, et s'est déroulée trois fois en séance de groupe, et quatre fois en séance individuelle. Malgré cela, j'ai pu observer à chaque fois du plaisir chez Mme Martin lors de ces séances, ce qui a permis un véritable investissement de sa part dans les séances de psychomotricité.

4.1 La deuxième séance, une séance en groupe

Le 21 janvier 2021, Mme Martin bénéficie de sa seconde séance de psychomotricité à médiation animale, plus de trois mois après la première. Cette séance est avant tout pour elle l'occasion de reprendre contact avec la psychomotricienne, Bérénice, les deux chiens médiateurs, et avec moi. Mme Martin n'a plus aucun souvenir de la première

séance ; pour elle, c'est la première fois qu'elle voit Oscar et Ilia. Elle répète de nombreuses fois qu'elle aime les animaux. Mme Martin se penche afin de caresser les chiens, leur parle, mais échange peu avec le reste du groupe. Elle semble tout de même attentive aux discussions. Mme Martin rigole quand les chiens lui lèchent les mains, et elle a le sourire pendant toute la séance.

4.2 La troisième séance, une séance individuelle

Le 4 février 2021, les résidents de l'EHPAD sont confinés en chambre ; la séance est donc individuelle. Lorsque nous arrivons devant sa chambre, et toquons, Mme Martin est de profil par rapport à la porte. Elle demande « qui c'est ? », sans tourner la tête. Lorsque nous lui répondons qu'elle a la visite des chiens, elle tourne la tête et un sourire apparaît, qui ne la quittera pas de la séance. Mme Martin fait preuve d'empathie envers Oscar et Ilia. Elle pense qu'ils seraient mieux dehors, qu'ici, enfermés. Transférerait-elle son envie de sortir de sa chambre, qu'elle verbalise, sur les chiens médiateurs ? C'est en tout cas l'hypothèse que je fais. Nous essayons donc de savoir ce qui la pousse à vouloir sortir, ce qui lui manque quand elle est seule dans sa chambre. Mais Mme Martin exprime peu de choses, à part que « le silence est mortel ». A la fin de la séance, elle verbalise que notre « visite » lui a fait plaisir, et demande quand nous pourrions revenir.

4.3 Les séances de toucher thérapeutique

Au mois de février, Bérénice n'a pas été autorisée à rentrer au sein de l'établissement, car il y avait alors des résidents positifs à la covid-19. Pendant un mois j'ai donc proposé à Mme Martin des séances de toucher thérapeutique, qu'elle a accepté. Il s'agissait de toucher au niveau des mains, en utilisant de l'huile. Cela avait pour objectifs thérapeutiques de favoriser une détente globale chez Mme Martin, de lui permettre une expérience sensorielle positive et donc qu'elle se réapproprie son corps et qu'elle le valorise.

Pendant ces trois séances, Mme Martin s'est montrée logorrhéique. Quand le silence s'installait plus de quelques secondes, Mme Martin répétait : « ce silence est mortel » et parlait d'autres choses. Au fur et à mesure des séances, elle a pu accepter des silences plus longs. La détente physique a aussi été difficile à obtenir. Au bout de quinze minutes de toucher thérapeutique, Mme Martin commençait à bâiller, à décroiser les jambes, et à me donner le poids de son bras. Sa voix se faisait alors plus calme, moins tonique. Un jour, elle a même fermé les yeux. Mais dès que la séance prenait fin, elle reprenait sa position habituelle, son hypertonie corporelle et vocale. D'une semaine sur l'autre Mme Martin ne se souvenait pas de la séance précédente. Elle a souvent répété ne servir à rien, ne plus rien pouvoir faire. Mme Martin semble avoir des difficultés à exprimer ses émotions.

4.4 La quatrième séance, une séance individuelle

Le 18 mars 2021, je vais voir Mme Martin le matin pour la prévenir de la « visite » d'Oscar et d'Ilia dans l'après-midi. Lorsque j'arrive dans sa chambre, elle se plaint beaucoup de sa situation, et se dit « être bête ». Quand je lui annonce la venue des chiens, Mme Martin sourit enfin, en me racontant à quel point elle aime « les bêtes ».

Quand nous arrivons l'après-midi dans sa chambre, Mme Martin dit qu'elle nous attendait (est-ce un souvenir de notre discussion de ce matin ?). Nous travaillons les somatognosies, en nommant les parties du corps en miroir sur Mme Martin et sur les chiens. Elle connaît les parties générales du corps (jambes, bras, etc.), mais j'observe un manque du mot quant aux parties plus précises (articulations et parties du visage). Lorsque nous partons, Mme Martin souhaite savoir quand nous reviendrons. Elle se souvient qu'avant nous faisons des séances au rez-de-chaussée, en groupe. Mme Martin semble investir cette prise en soin, plus que le toucher thérapeutique. Serait-ce grâce à la présence des chiens médiateurs ? C'est en tout cas une hypothèse que j'émet.

4.5 La cinquième séance, une séance en groupe

Deux mois après la dernière séance en groupe, le 25 mars 2021, nous reprenons cette modalité de séance. Lors de cette séance, Mme Martin est en retrait du groupe. Elle ne participe presque pas aux discussions, et ne prend pas d'initiative motrice. Pour qu'elle caresse les chiens, il faut la solliciter verbalement. La séance est tournée autour des commandes que les chiens médiateurs connaissent (« viens ! », « assis ! », « apporte ! », « aboie ! »). L'objectif étant de permettre aux résidentes de modifier l'intonation de leur voix et leur posture afin que le chien réponde à la commande. Cela demande donc une implication corporelle. Avec la réponse du chien médiateur, l'estime de soi peut ainsi être revalorisée, ainsi que le sentiment d'existence. Mme Martin a cependant gardé la même posture et la même intonation de voix qu'à son habitude, et n'a pas ajusté son tonus pendant la commande verbale.

Avec Bérénice, nous nous sommes posées la question de la différence entre les séances de groupe et les séances individuelles. Mme Martin serait-elle plus à l'aise, contenue, lorsqu'elle est la seule patiente ? S'autorise-t-elle alors plus à verbaliser ses ressentis, et à aller vers Oscar et Ilia ?

4.6 Les sixième et septième séances, des séances individuelles

Lors de ses séances, le 1^{er} et le 15 avril 2021, Mme Martin se montre très souriante, même rieuse, et investie dans les propositions. Ses troubles mnésiques se ressentent de plus en plus. Elle pense n'avoir jamais vu Oscar et Ilia, mais sait que des animaux sont déjà venus dans la résidence. Mme Martin est très proche des chiens médiateurs, elle n'a pas peur du contact. Elle va jusqu'à leur faire des bisous et accepte qu'Oscar monte sur son lit. Pour les caresser, elle se penche en avant ou sur les côtés, fait des rotations du buste, tend les bras. Une véritable mise en mouvement s'effectue.

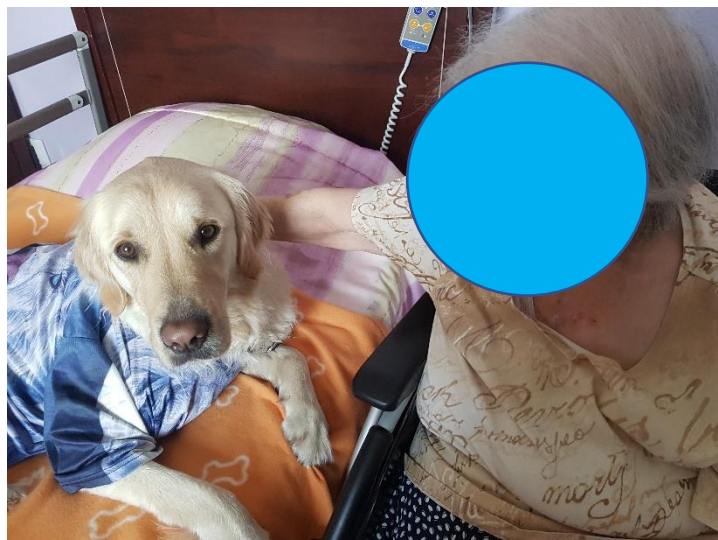


Photo 1 : Mme Martin en compagnie d'Oscar le 1^{er} avril 2021.

Nous proposons à Mme Martin le jeu du « cache-croquette », durant lequel elle doit fermer ses poings (un seul des deux contenant une croquette), puis tendre les bras, afin que les chiens choisissent la bonne main. Mme Martin a des difficultés à comprendre les consignes. Elle tend les bras seulement sur imitation mais, une fois les consignes comprises, elle se prend au jeu.



Photos 2 et 3 : Mme Martin pendant le jeu du « cache-croquette » avec Ilia et Oscar.

Elle est dans la relation, avec les chiens médiateurs et avec nous, les thérapeutes. Peu d'émotions sont verbalisées, mais Mme Martin verbalise déjà la joie qu'elle a au contact des chiens et l'envie qu'elle a de nous revoir.

5. Conclusion

Ce que je remarque en premier, c'est que pour Mme Martin, les séances de psychomotricité à médiation animale sont vécues comme des visites agréables. Néanmoins, un projet thérapeutique est travaillé, et des items psychomoteurs sont renforcés, préservés, valorisés.

Lors de mes rencontres avec Mme Martin, sans les chiens médiateurs, je trouve qu'elle montre des symptômes psycho-comportementaux de la démence : de l'apathie/indifférence, ainsi que de la dépression/dysphorie. Elle ne sourit pas, ne souhaite rien faire. J'ai alors l'impression que Mme Martin n'a plus d'élan de vie.

Lorsqu'il s'agit d'une séance de psychomotricité à médiation canine, Mme Martin n'a pas du tout le même comportement. Elle est dans le plaisir des séances, de la relation. Elle le verbalise, mais cela se voit aussi par ses sourires et ses rires. Au vu de son attrait envers les chiens, le choix de cette médiation paraît réellement pertinent. Elle fait preuve d'empathie envers les chiens médiateurs ; ils sont aussi peut-être l'objet d'un transfert inconscient³². Mme Martin est durant ces séances dans une relation privilégiée avec Oscar et Ilia, mais un peu moins avec nous, les thérapeutes. Cependant, ce qu'elle dit aux chiens médiateurs nous permet de rebondir verbalement, et d'entrer petit à petit en relation avec elle.

Les séances de zoothérapie individuelles semblent mieux convenir à Mme Martin que les séances de groupe. Elle est alors plus accessible dans la relation, et ose plus exprimer ses émotions et ses ressentis.

³² Cf. *Supra*, Clinique, II. 4.2. La troisième séance, une séance individuelle, p. 53

Lors des séances de psychomotricité, le terme de « silence mortel » est fréquemment évoqué par Mme Martin. Cela me fait penser à une angoisse de mort, « *qui concerne le destin du moi* » (Charazac, 2015, p. 222). Le silence renvoyait-il à Mme Martin la notion de mort ? Le sentiment de vide ? Ce sont des hypothèses que j'ai posées.

Lors de la première séance de médiation canine à visée thérapeutique, Mme Martin s'est montrée au tout début anxieuse, sur la défensive, presque jusqu'à être agressive verbalement. Dès le premier contact avec les chiens médiateurs, elle n'a plus été sur le mode défensif, mais au contraire, présente au moment et ouverte à la relation. Mme Martin n'a plus jamais présenté de SPCD durant les séances de zoothérapie.

Que les séances soient individuelles ou en groupe, Mme Martin est joviale. La détente reste pourtant quelque chose de difficilement accessible pour elle. Elle est la plupart du temps dans la même posture, figée, sur un versant hypertonique. Le ton de sa voix est toujours assez fort, brusque. La présence des chiens permet néanmoins à Mme Martin de se mettre en mouvement pour les caresser ou leur donner à manger. Lorsqu'elle exprime une émotion, c'est souvent à Oscar et Ilia qu'elle s'adresse en premier. Puis, avec Bérénice, nous essayons de la faire verbaliser davantage. Elle s'adresse alors à nous pour répondre à nos sollicitations.

Je pense qu'il est important de maintenir Mme Martin parmi les bénéficiaires des séances de psychomotricité à médiation canine. Cela lui permet d'avoir un espace relationnel privilégié, dans lequel elle se permet de verbaliser certaines émotions. Elle investit ces séances, et y prend du plaisir. Même si j'ai l'impression que Mme Martin s'implique aujourd'hui plus dans les séances individuelles, pour la suite de la prise en soin, maintenir les séances en groupe me paraît intéressant. Elle pourra ainsi travailler avec le regard des autres, et faire plus ample connaissance avec d'autres résidentes de l'EHPAD. Cette modalité de séance pourrait ainsi valoriser Mme Martin, lui permettre de conserver son identité et son individualité tout en préservant ses capacités relationnelles.

J'ai pu observer que, contrairement aux séances sans chiens médiateurs, Mme Martin n'a jamais montré de SPCD pendant toute la durée des séances. Je pense que cette prise en soin effectuée de manière régulière dans un cadre spatio-temporel fixe pourrait

permettre de diminuer la fréquence et la gravité des SPCD de Mme Martin au quotidien. Pour évaluer quantitativement l'influence d'une telle prise en soin, j'aurais pu effectuer un NPI-ES à un instant T, puis en refaire un plusieurs mois plus tard. Cela aurait permis d'observer l'évolution des SPCD de Mme Martin. Je ne l'ai pas fait cette année, en raison de l'irrégularité des séances et de leurs modalités (durée, lieu, groupale ou individuelle). Ce que je peux avant tout retenir c'est que Mme Martin n'a jamais eu de troubles du comportement lors des séances de zoothérapie.

III. Louise Debernardi

1. Présentation et anamnèse

Je fais la rencontre de Louise Debernardi, une femme de petit gabarit, âgée de 95 ans. Mme Debernardi a eu quatre enfants, d'un mari aujourd'hui décédé. Elle n'a jamais eu d'emploi rémunéré, étant une mère au foyer. Mme Debernardi se déplaçait avec l'aide d'un déambulateur en septembre, mais en ce mois d'avril, elle se déplace uniquement en fauteuil roulant. Elle ne peut donc plus se déplacer de manière autonome, mais arrive cependant à se lever avec un risque de chute très élevé. Mme Debernardi a une cataracte, et porte donc des lunettes de vue.

En 2012, alors que Mme Debernardi a 87 ans, une maladie de Parkinson est diagnostiquée. Son dossier médical fait alors référence à plusieurs symptômes : tremblements de repos de la main droite, rigidité, légers troubles cognitifs, ainsi que des chutes régulières. Les premiers troubles cognitifs seraient apparus en 2018.

Avant d'entrer dans l'EHPAD, Mme Debernardi vivait chez l'une de ses filles. Après une chute suivie d'une hospitalisation, le retour à domicile n'a pas été possible. Mme Debernardi n'était plus capable ni de monter les escaliers, ni de rester sans surveillance la journée. Elle a donc été admise dans l'établissement le 31 mai 2019. Sur la grille AGGIR, elle se situe aujourd'hui dans le GIR 2. En plus de sa maladie de Parkinson, le dossier médical de Mme Debernardi fait état d'un syndrome dépressif, d'anxiété et d'une démence (de la maladie de Parkinson). Elle bénéficie de deux séances de kinésithérapie par semaine, ainsi que du groupe de psychomotricité à médiation canine depuis septembre 2019.

2. Bilans psychomoteurs et observations

Mme Debernardi a passé un MMSE le 26 novembre 2020, auquel elle obtient un score de 5/30. Même si elle a dépassé l'âge d'étalonnage de ce test, il permet de se rendre compte de ses difficultés et de ses capacités dans différentes fonctions cognitives. Lors de ce test elle est ouverte à la relation, dans la communication, mais je ressens une grande fatigabilité. Les épreuves permettent de mettre en évidence une désorientation spatio-temporelle, des troubles mnésiques importants, une attention peu soutenue, ainsi que des difficultés à comprendre certaines consignes. On observe des gnosies préservées, mais des praxies constructives altérées. D'après l'étude du CERAD (GRECO, 1999), Mme Debernardi aurait des troubles cognitifs sévères, orientant vers une démence sévère.

Le 18 février 2021, l'aide-soignante principale de Mme Debernardi a répondu aux questions du NPI-ES. Mme Debernardi a obtenu un score de 32 points indiquant la présence de troubles psycho-comportementaux. Une apathie et une indifférence, ainsi qu'une irritabilité et une instabilité de l'humeur sont les principaux troubles relevés. A ceux-ci s'ajoutent de l'anxiété, une dépression et une dysphorie ainsi que de l'agitation et de l'agressivité. Mme Debernardi a aussi des changements des conduites alimentaires (elle a une perfusion pour l'hydratation), et des troubles du sommeil.

Lors de mes premières rencontres avec Mme Debernardi, j'observe chez elle des tremblements de repos importants aux membres supérieurs. Mme Debernardi est droitnière, et je remarque qu'elle n'utilise pas la coordination bimanuelle. J'observe aussi une absence d'initiative motrice et verbale, probablement liée à l'akinésie de la maladie de Parkinson. Elle parle et se met en mouvement seulement sur sollicitations. Mme Debernardi présente une rigidité corporelle importante. Elle est souvent dans la même posture : les jambes serrées, les bras collés au corps avec les mains posées sur ses genoux. Son buste est fléchi, penché vers l'avant et ses épaules sont voutées. Mme Debernardi tient sa tête en avant, vers le bas, ce qui crée le *signe de l'oreiller* lorsqu'elle est en décubitus dorsal (allongée sur le dos). Lorsqu'elle est seule, en salle de restauration par exemple, son regard est, soit orienté vers le sol, soit attentif à ce qu'il se passe autour d'elle, avec une lueur inquiète. Lorsque Mme Debernardi parle, il est souvent difficile de comprendre ce qu'elle dit, à cause de sa dysarthrie et de son hypophonie. Cependant Mme Debernardi

a un regard très expressif et elle peut faire des mimiques pour exprimer ses émotions. Elle est ouverte à la relation, et son sens de l'humour est préservé.

En fin de journée, Mme Debernardi se trouve parfois très désorientée. Dans ces moments-là, elle veut souvent aller chercher ses enfants à l'école, et a peur d'être en retard. Il s'agit là du syndrome du coucher de soleil qui « *s'observe chez des patients déments vivants en institution [et] qui présentent régulièrement à la tombée du jour une désorientation, de l'anxiété et des troubles du comportement* » (Charazac, 2015, p. 293). Pendant ces moments, elle peut présenter des signes d'anxiété, d'agitation et même d'agressivité³³.

3. Prise en soin

D'après son anamnèse et les observations que j'ai effectuées, maintenir Mme Debernardi dans le groupe bénéficiant de la psychomotricité à médiation canine me semble très important. Les objectifs de cette prise en soin sont de favoriser et d'encourager les prises d'initiatives motrices et verbales de Mme Debernardi ainsi que de favoriser la verbalisation de ses ressentis et de ses émotions. Cela lui permet aussi d'avoir un temps relationnel privilégié, avec les thérapeutes et les chiens médiateurs. En plus de cela, la présence des chiens pourrait permettre à Mme Debernardi de s'apaiser, d'accéder à une détente psychique et corporelle et peut-être ainsi diminuer l'apparition de ses troubles psycho-comportementaux. Lors des séances, il me semble impératif de veiller à l'individualité de Mme Debernardi, afin de la renarcissiser, de la valoriser et de préserver son identité.

Mme Debernardi a pu bénéficier de neuf séances de psychomotricité à médiation canine entre septembre 2020 et avril 2021. Cinq de ces séances se sont effectuées en groupe, et quatre en séances individuelles. Mme Debernardi bénéficie certes de la médiation animale depuis septembre 2019, mais cette année se déroule avec une nouvelle intervenante, et de nouveaux chiens médiateurs.

³³ Cf. *Infra*, Clinique, III. 3.3. Le syndrome du coucher du soleil de Mme Debernardi, p. 63

3.1 Les première et deuxième séance, des séances en groupe

Les premières séances de médiation canine de l'année, le 24 septembre et le 8 octobre 2020, sont aussi mes premières rencontres avec Mme Debernardi. C'est alors une personne qui vient à la séance en marchant, avec l'aide de son déambulateur. Elle est très souriante, présente au moment présent et attentive au reste du groupe. Son manque d'initiatives motrices et verbales m'intrigue. Elle répond cependant aux sollicitations, et y réagit de manière assez cohérente.

J'imprime des photos d'Oscar et d'Ilia afin de les accrocher dans la chambre de Mme Debernardi avec sa permission. Elle semble émue, touchée par cette attention.

3.2 La troisième séance, en groupe, deux mois plus tard

Après deux mois d'arrêt, le 7 janvier 2021, nous reprenons les séances de psychomotricité à médiation animale. Je trouve Mme Debernardi changée, plus régressée. Elle se déplace dorénavant en fauteuil roulant la plupart du temps, poussée par une aide-soignante. Les équipes soignantes rapportent que Mme Debernardi est de plus en plus fatigable, et que ses SPCD sont plus fréquents et plus importants qu'avant. Cependant, pendant la séance, Mme Debernardi est souriante, d'humeur joyeuse et taquine. Lorsqu'elle voit Oscar et Ilia ses yeux s'écarrillent. Elle participe sur sollicitations : elle caresse les chiens et répond de manière pertinente aux questions.

3.3 Le syndrome du coucher de soleil de Mme Debernardi

Le 14 janvier 2021, alors que je passe devant la salle commune au rez-de-chaussée à 16h30, j'entends beaucoup de bruit. Ce sont les équipes soignantes et les résidents qui jouent au loto. Je vois alors Mme Debernardi, assise à une table au milieu de la pièce, tenue par la main par une aide-soignante. Elle a le regard apeuré, le visage fermé (son front et ses yeux sont plissés, ses sourcils sont froncés), et je la trouve encore plus hypertonique

que d'habitude. Sa respiration est ample et rapide. De loin, Mme Debernardi semble angoissée par l'agitation qui règne dans la pièce.

Je décide donc de discuter avec Mme Debernardi afin de voir comment je peux l'aider. Elle me signifie très rapidement qu'elle n'a « pas le temps » de discuter, car sinon elle va rater le bus. Quand je l'encourage à m'en dire plus, et que ma maître de stage lui pose les même questions, elle commence à s'agiter. Mme Debernardi se met à taper du poing sur la table, coincée entre cette dernière et son fauteuil roulant. Elle tente alors de se lever. Nous lui proposons donc de l'accompagner. Elle accepte, et avec notre aide se lève et marche. Nous nous dirigeons alors vers l'ascenseur et non vers la porte de sortie. Mme Debernardi nous suit, et petit à petit son visage se détend. Elle demande même à se rasseoir sur son fauteuil roulant lorsque nous attendons l'ascenseur. Nous la raccompagnons dans sa chambre. Elle s'installe alors calmement à son fauteuil. Elle est moins hypertonique, les traits du visage détendus. Nous pouvons alors avoir une discussion avec elle, et elle retrouve son sens de l'humour. Même si nous ne nous sommes pas dirigées vers un arrêt de bus, une fois sortie de la salle commune, Mme Debernardi ne nous reparle plus de son « retard ».

A ce moment-là de la journée, la luminosité s'assombrit en hiver. Je peux aussi supposer que l'environnement joue un rôle dans la gravité du syndrome du coucher du soleil dans ce cas-ci. La salle commune est bruyante, il y a des cris, beaucoup de déplacements dans l'espace de la part des aides-soignantes, Mme Debernardi est alors anxieuse, agitée, et même agressive lorsqu'on met trop de temps à répondre à sa demande. Elle s'apaise cependant rapidement lorsque nous prenons le temps de l'accompagner dans un environnement plus calme.

Mme Debernardi est régulièrement sujette à ces troubles du comportement, principalement en fin de journée. Or, pour l'apaiser, ce jour-ci, il aura suffi d'un environnement plus calme³⁴, de mots rassurants, et d'une présence bienveillante.

³⁴ Cf. *Infra*, Discussion, III. L'importance de l'environnement dans la prévention et dans la prise en soin des troubles psycho-comportementaux, p. 78

3.4 La quatrième séance, en groupe, source d'anxiété

Le 21 janvier 2021, lorsque je vais chercher Mme Debernardi afin de l'accompagner à la séance, je ne la sens pas très bien. Elle semble très désorientée, anxieuse, et elle ne sait pas si elle souhaite venir ; sa réponse est confuse. Je lui propose de venir, et si ça ne lui plaît pas, je la raccompagnerai dans sa chambre. Elle accepte. Lorsqu'elle voit Oscar et Ilia, ses yeux s'illuminent et elle tend les bras afin de les caresser. Pour donner une croquette à Ilia, Mme Debernardi tourne son buste et sa tête, et tend le bras. Ce sera la première fois que je la vois en rotation.

Au bout de quarante minutes de séances, Mme Debernardi tente de se lever de son fauteuil. Elle ne sait ni dire pourquoi elle souhaite se lever, ni où elle veut aller. Elle arrive à verbaliser qu'elle a peur, qu'elle ne veut pas être toute seule. En effet, à ce moment-là de la séance, Bérénice, la psychomotricienne, Oscar, Ilia et moi-même, sommes avec une autre résidente, sans faire participer le reste du groupe. Afin d'atténuer l'anxiété de Mme Debernardi, il suffit ce jour-ci de la rassurer verbalement. Elle peut alors rester jusqu'à la fin de la séance, avec le sourire.

Malgré la présence des chiens médiateurs, Mme Debernardi a été sujette à un SPCD : de l'anxiété. Cela démontre que même si elle investit ces séances de psychomotricité, elle peut tout de même se trouver désorientée et angoissée. L'apaisement de ce SPCD a été rapide, mais aurait-il été aussi simple à apaiser sans la présence des chiens médiateurs ? Cette séance montre aussi les limites de la zoothérapie. Malgré la présence des chiens, des troubles du comportement peuvent tout de même se déclarer.

3.5 La cinquième séance, première séance individuelle

La séance du 4 février 2021 est une excellente séance pour Mme Debernardi. Elle écarquille les yeux quand elle voit Oscar et Ilia. Mme Debernardi caresse spontanément les chiens. Sa respiration est calme et régulière. Elle est cohérente dans les discussions, et arrive à faire un exercice de calcul afin de deviner le poids des chiens. Mme Debernardi

est dans la relation, le contact visuel est soutenu, très expressif. Oscar monte sur ses genoux. Mme Debernardi semble apprécier ce moment privilégié, ce contact rapproché. Elle en rigole beaucoup, et verbalise sur ses ressentis (le poids d'Oscar, la proximité). Pour qu'Oscar mette ses pattes avant sur elle, Mme Debernardi doit desserrer un peu les jambes afin qu'il pose ses coudes entre ses cuisses. Cela montre qu'elle n'est pas complètement rigide et hypertonique à ce moment-là, car elle a normalement les jambes très resserrées. Mme Debernardi est lors de cette séance impliquée dans la relation et dans la communication.

3.6 Les séances de toucher thérapeutique

Pendant l'interruption des séances de médiation animale, je propose à Mme Debernardi deux séances de toucher thérapeutique. Ces moments me permettent de découvrir cette résidente sans la présence des chiens médiateurs. J'en profite alors pour observer les différences dans son comportement entre les séances de toucher thérapeutique, et les séances de zoothérapie. La similitude entre les deux est le toucher, avec le thérapeute ou avec le chien. Lors de ces séances, Mme Debernardi est très fatigable. Je choisis donc de faire des séances courtes d'une vingtaine de minutes.

Le 11 février 2021, je propose à Mme Debernardi un « massage » des mains, qu'elle accepte. Mais pendant la séance, elle semble préoccupée par le coût que cela aura. J'essaie de la réassurer, qu'elle n'aura rien à payer. Elle reste cependant sur son idée. Je préfère alors passer sur un temps relationnel avec elle. Elle peut alors verbaliser qu'elle n'aime pas la matière grasse de l'huile mise sur ses mains. Mme Debernardi semble apaisée lorsque ses mains sont nettoyées. Je la sens tout de même anxieuse, sans qu'elle puisse le verbaliser. Elle rigole peu, les expressions de son visage sont figées.

Pour éviter un toucher direct, je propose à Mme Debernardi le 18 février 2021 un toucher indirect passant par une balle à picots. Lors de cette séance Mme Debernardi se plaint de douleurs dans le corps, principalement dans les épaules et les trapèzes. Elle ne peut pas nommer ces parties du corps, mais peut m'indiquer les zones douloureuses. Dans

un premier temps, je lui propose de découvrir la balle à picots avec ses mains. Elle la qualifie de « drôle ». Je lui passe ensuite la balle sur l'ensemble du corps, en nommant les différentes parties. J'insiste sur le haut du dos, car elle arrive à verbaliser que cela lui fait du bien. Mme Debernardi est extrêmement rigide lors de cette séance. Son dos n'est pas appuyé sur le dossier du fauteuil, et elle ne modifie pas du tout sa position, même après le passage de la balle. Lorsque je laisse Mme Debernardi seule, elle est figée, dans ses expressions faciales, et dans sa motricité.

3.7 La sixième séance : marquante

Le matin du 18 mars 2021, je préviens Mme Debernardi que les chiens viendront lui rendre visite l'après-midi même. Elle me répond qu'elle ne sera peut-être pas là, mais que l'on passe quand même. Le fait que je lui montre les photos des chiens ne lui procure aucune émotion visible.

Lorsque Bérénice, Ilia, Oscar et moi-même arrivons dans sa chambre, Mme Debernardi nous fait un grand sourire. Alors qu'Ilia est cachée derrière le lit, je lui demande combien il y a de chiens. Elle sait qu'ils sont deux. Mme Debernardi est dans une relation particulièrement privilégiée avec Oscar ce jour-là. Il monte sur ses genoux et Mme Debernardi en profite pour lui parler. Elle lui demande « Tu as vu la neige dehors ? ». Cette question semble impertinente mais je vois par la suite s'afficher sur son cadre photo numérique ce message « Il est tombé 40cm de neige ». A-t-elle fait le rapprochement sans pour autant se fier au cadre temporel ? C'est en tout cas ce que je suppose.

Avec Bérénice, nous proposons à Mme Debernardi de brosser Oscar. Cela a pour objectif de la mettre en mouvement, de lui demander un geste précis tout en favorisant un sentiment d'utilité. Elle se montre particulièrement précautionneuse et délicate. Pour cela, elle décolle son dos du dossier, se penche en avant, tend et lève le bras droit. Elle se met en mouvement, comme je ne l'avais encore jamais vu faire. Elle est très concentrée sur sa tâche. Oscar essaie à plusieurs reprises de lui prendre la brosse des mains, mais Mme Debernardi résiste en la tenant fermement. Lorsque Oscar est un peu trop brusque,

elle hausse le ton de sa voix afin de le rappeler à l'ordre. Elle utilise seulement sa main droite, sa main gauche reste posée sur ses genoux.



Photo 4 : Mme Debernardi qui brosse Oscar en se penchant et en tendant son bras.

Nous finissons par interrompre l'exercice et dire au revoir. Mme Debernardi nous regarde alors avec un air très triste, sans nous répondre. Il a fallu que nous insistions sur le fait qu'Oscar et Ilia reviendraient, accompagnés par Bérénice et moi, pour que Mme Debernardi nous sourît, et fasse des signes de la main jusqu'à ne plus nous voir. Elle a pour cela tourné son buste et sa tête, pour nous suivre du regard jusqu'à la porte. Nous lui remontrons aussi les photos des chiens imprimées en début d'année. Ces dernières permettent de laisser un souvenir à Mme Debernardi et de renforcer la permanence de l'objet, ici les chiens médiateurs.

3.8 La septième séance, une séance en groupe

Mme Debernardi bénéficie d'une séance de psychomotricité à médiation canine le 25 mars 2021 mais cette fois-ci en groupe. Dès qu'elle a vu les chiens médiateurs, elle s'est penchée depuis son fauteuil afin de les caresser. Les traits de son visage me semblent apaisés, et ses yeux pétillent de bonheur (c'est en tout cas ce que j'interprète). Mme Debernardi est cohérente dans son discours, réactive aux sollicitations. Elle applaudit avec le reste du groupe lorsque cela se présente. Pour donner les commandes à Oscar et

Ilia (« assis ! », « aboie ! », « viens ! », « apporte ! »), Mme Debernardi ne modifie ni sa posture, ni l'intonation, ni le volume de sa voix. Elle a aussi des difficultés à s'ajuster toniquement à l'ordre verbal qu'elle prononce. Mme Debernardi ne réagit pas lorsque les chiens répondent tout de même aux commandes (avec notre aide). Elle semble plus intéressée par la croquette qu'elle leur donne en récompense.

A la fin de la séance, Mme Debernardi nous salue avec des gestes de la main, jusqu'à ce qu'on sorte de son champ de vision. Et pour cela, elle fera à nouveau une rotation de la tête et du buste.

3.9 La huitième séance, une excellente séance individuelle

Le 1^{er} avril 2021, la séance de médiation canine a lieu dans la chambre de Mme Debernardi. Elle a le sourire tout du long de la séance, avec un sens de l'humour très présent. En plus de rire, de manière adaptée aux discussions, Mme Debernardi fait elle-même des blagues. Par exemple au moment de partir, avec Bérénice nous lui demandons si elle accepte qu'Oscar et Ilia reviennent, ce qu'elle accepte. Elle acquiesce à la même question concernant Bérénice. Puis quand on lui demande pour moi, elle me regarde du coin de l'œil, répond « non » puis rit aux éclats. Ce sont des moments de plaisir partagé, autant pour Mme Debernardi, que pour nous, thérapeutes. Lors de cette séance, elle tend les bras, ouvre ses mains, tourne son buste, en étant à l'initiative de ses mouvements pour caresser les chiens médiateurs.



Photo 5 : Le triangle relationnel entre Mme Debernardi, Oscar et moi. Mme Debernardi initie par la même occasion un geste pour caresser Oscar.

Photo 6 : Mme Debernardi caresse Oscar en se tournant vers lui. Elle fait une rotation de la tête et très légèrement du buste. Elle déplie aussi latéralement son bras gauche.



3.10 La neuvième séance, une séance individuelle mitigée

Mme Debernardi semble très fatiguée le 15 avril 2021 lors de la séance de psychomotricité. Elle a fait une chute la veille au soir et a été retrouvée au sol sans que personne ne sache combien de temps elle y est restée. Cela a pu l'angoisser et peut donc expliquer son épuisement. Elle se montre présente et s'investit dans la relation avec Bérénice et avec moi. Mais elle est moins dans la relation avec les chiens médiateurs. Elle a peu de réactions lorsqu'elle les voit : elle relève seulement les yeux. Mme Debernardi ne voudra pas se faire lécher par Oscar et Ilia, alors que lors des dernières séances cela la

faisait plutôt rire. Elle semble encore plus fatiguée en fin de séance, mais elle demande tout de même quand nous reviendrons. Je présume donc qu'elle investit ces séances, et qu'elle y prend du plaisir, même quand elle est fatiguée.

4. Conclusion

Par ses capacités relationnelles et son sens de l'humour préservés, Mme Debernardi m'a beaucoup touchée au cours de l'année. Je ne suis pas sûre qu'elle me reconnaisse d'une séance à l'autre, mais j'ai l'impression qu'elle a tout de même intégré l'existence d'Oscar et d'Ilia. En effet, lors d'une des séances elle se souvenait du nombre de chiens.

Une surprise de la part de Mme Debernardi (le 6 mai 2021) :

Quelques jours avant de rendre ce mémoire, je vais passer un temps relationnel avec Mme Debernardi car il n'y a pas la séance de zoothérapie ce jour-ci. Cela fait trois semaines que nous ne nous sommes pas vues. Alors que je lui dis bonjour, elle me regarde droit dans les yeux, et dit « Bonjour, vous venez avec les chiens ? ».

Qu'elle ne fut pas ma surprise ! Alors que je pensais que Mme Debernardi ne me reconnaissait pas, elle a su m'associer à la médiation canine. Cela signifie que quelque chose dans ma présence (ma voix, mon visage, ma façon d'être) a résonné en elle. Les enjeux émotionnels mis en avant en séances de psychomotricité à médiation animale ont sûrement dû favoriser l'encodage et le stockage de ces souvenirs.

Au fur et à mesure de l'année, Mme Debernardi a semblé se soucier de notre prochaine venue. Les fins de séance sont anticipées, afin de prendre le temps de lui dire que nous reviendrons (Bérénice, Oscar, Ilia et moi). Mme Debernardi semble prendre un réel plaisir lors de ses séances. Elle rit, sourit, et son regard très expressif pétillait de bonheur.

J'ai aussi remarqué qu'en présence des chiens médiateurs, une véritable mise en mouvement s'est effectuée. Mme Debernardi a eu de plus en plus d'initiatives motrices au cours de l'année, avec des amplitudes de mouvements de plus en plus grandes. Sa rigidité corporelle a donc légèrement diminué lors des séances, lui permettant progressivement cette mise en mouvement. Elle a aussi eu des initiatives verbales. En début d'année, Mme Debernardi ne parlait que lorsqu'on la sollicitait au cours d'une discussion. A partir d'avril 2021, elle a commencé à parler spontanément à Oscar et Ilia. De plus, son discours a toujours été plus cohérent en présence des chiens médiateurs, que sans leur présence.

Mme Debernardi a eu un SPCD lors d'une séance³⁵. Il s'agissait d'anxiété, la conduisant à tenter de se lever. Ce sera la seule séance de zoothérapie au cours de laquelle Mme Debernardi aura un trouble du comportement. Or pendant nos rencontres sans les chiens médiateurs, elle s'est souvent montrée anxieuse et dysphorique. Son comportement est donc différent, sans et avec la présence des chiens. Elle semble plus apaisée, détendue, avec plus d'humour lors des séances de zoothérapie.

Je pense qu'il est cohérent et même important de permettre à Mme Debernardi de bénéficier des séances de psychomotricité à médiation canine. Cela lui permet de préserver ses capacités relationnelles. Pour cela la prise en soin groupale est pertinente. Par ce biais, Mme Debernardi peut entrer en relation avec d'autres résidentes et s'individualiser dans la dynamique de groupe. Les séances de zoothérapie encouragent et valorisent Mme Debernardi dans ses prises d'initiatives motrices et verbales. Au cours de l'année scolaire 2020-2021, elle a initié de plus en plus de mouvements, et a parlé de plus en plus spontanément. Une mise en mouvement et une mise en mots commence à s'effectuer pendant ces séances. Les séances de psychomotricité permettent aussi de renforcer l'identité de Mme Debernardi, et de la valoriser. Comme en présence des chiens médiateurs elle semble plus détendue que sans, j'observe moins de SPCD. L'anxiété de Mme Debernardi à la quatrième séance s'est apaisée très rapidement par rapport à ce qu'il en est au quotidien d'après les retours des équipes soignantes. Au long terme, avec des séances régulières, et des modalités de séances identiques, je pense que les troubles psycho-comportementaux de Mme Debernardi pourraient diminuer dans son quotidien. Pour évaluer quantitativement l'évolution de ses SPCD, deux NPI-ES pourraient être

³⁵ Cf. *Supra*, Clinique, III. 3.4. La quatrième séance, en groupe, source d'anxiété, p. 65

effectués à plusieurs mois d'intervalles et comparés. Je ne l'ai pas fait pendant mon stage, car les séances ont été trop irrégulières, et je pense donc que les résultats de cette comparaison auraient été erronés. C'est en tout cas une prise en soin que Mme Debernardi investit, apprécie et dans laquelle j'ai pu observer une évolution positive de ses conduites, verbales et motrices.

Discussion :

I. L'animal dans les soins

Faire intervenir un animal dans un soin doit être une décision réfléchie. Il est déjà important (mais pas légalement obligatoire) de se former à la zoothérapie en plus de sa formation initiale en tant que thérapeute. L'animal doit avoir une éducation et un caractère lui permettant d'être un animal médiateur.

Les personnes bénéficiant de cette thérapie doivent répondre à certains critères. Le résident doit déjà avoir une prescription médicale ou avoir besoin des soins que le thérapeute, avec sa formation professionnelle, peut lui apporter. Pour une prise en soin en psychomotricité à médiation animale, la personne doit donc avoir une prescription médicale pour des séances de psychomotricité. Le choix de cette médiation vient dans un deuxième temps. Elle dépend du rapport qu'a le patient aux animaux. A-t-il déjà eu des animaux ? Avait-il des animaux de travail ou de compagnie ? Est-il allergique aux poils d'animaux ? Ce sont des questions que le thérapeute doit se poser avant de proposer des séances de zoothérapie à son patient.

L'établissement d'accueil doit aussi évidemment pouvoir accueillir les animaux. Des protocoles sanitaires sont généralement mis en place. Par exemple, lorsque Oscar et Ilia viennent à l'EHPAD, leurs poils sont désinfectés à l'aide de lingettes. S'ils montent sur les lits, ces derniers sont protégés par des couvertures. Au vu du contexte sanitaire (pandémie de la covid-19), Oscar et Ilia sont aussi habillés, et leurs pattes désinfectées. Ils portent un tee-shirt, qui est plus facile à nettoyer que leurs poils entre deux interventions dans des établissements différents. De plus, les chiens médiateurs se doivent d'avoir un suivi vétérinaire régulier, et bien-sûr être à un jour des vaccinations et traitements antiparasitaires.

Enfin il est important de respecter le rythme physique, physiologique et émotionnel des animaux médiateurs, et de ne pas leur imposer un rythme de travail trop soutenu. Le bien-être de l'animal est impératif si l'on veut que la séance s'effectue en toute sécurité, que l'animal soit attentif au patient et que le soin assisté par l'animal soit ainsi thérapeutique.

II. D'autres médiations possibles dans la prise en soin des troubles psycho-comportementaux en psychomotricité

Le psychomotricien a la spécificité, lors de sa formation initiale, d'être renseigné sur les SPCD. Il est souvent une personne-ressource dans les institutions gériatriques. Cela signifie qu'il est souvent appelé lorsque les équipes soignantes sont en difficulté avec le comportement d'une personne âgée. Le psychomotricien travaillant en institution peut être amené à prendre en soin ponctuellement un patient présentant un SPCD. Il peut ainsi être amené à intervenir lors de repas ou de toilettes, lorsque ces situations déclenchent des troubles psycho-comportementaux chez le patient³⁶.

Pour tenter de diminuer la fréquence et la gravité des troubles psycho-comportementaux, de nombreuses médiations peuvent être mises à contribution en séance de psychomotricité, que ce soit pour des séances ponctuelles ou régulières.

La relaxation peut être une médiation particulièrement efficace pour apaiser les tensions psychiques et corporelles d'un patient. La relaxation permet aussi de revaloriser le corps, l'identité de la personne, et de renforcer la conscience corporelle. Par ce biais, cela pourrait permettre de réduire les SPCD de la personne âgée. Il faut bien sûr prendre en compte les capacités de compréhension et d'élaboration du patient, afin de choisir une méthode de relaxation adaptée. Les personnes âgées ont parfois des douleurs articulaires, des prothèses, etc. Il faut aussi considérer ces données lorsque le psychomotricien propose des séances de relaxation à un patient.

Lorsque la personne âgée est à un stade de démence sévère, le toucher thérapeutique me paraît plus pertinent que la relaxation. Il ne demande pas forcément de compréhension ou d'élaboration de la personne. Comme pour la relaxation, il est nécessaire de connaître les éventuelles douleurs de la personne. Le toucher thérapeutique permet de consolider l'enveloppe corporelle du patient, et peut lui permettre d'accéder à une détente psychique et corporelle. Nous avons tous un vécu avec le toucher différent, et

³⁶ Cf, *Infra*, Discussion, III. L'importance de l'environnement dans la prévention et dans la prise en soin des troubles psycho-comportementaux, p. 78

pour certaines personnes il peut être vécu comme une agression, être désagréable, anxiogène, etc. Il doit donc être bienveillant et adapté au patient. Le toucher thérapeutique peut ainsi permettre d'atténuer certaines angoisses, et d'autres troubles psycho-comportementaux (anxiété, agitation, agressivité).

Ceci n'est pas une liste exhaustive des médiations que le psychomotricien peut choisir dans la prise en soin des SPCD. Ce choix dépend du bagage personnel de chaque professionnel, des possibilités dans son lieu de travail et surtout du patient (ses centres d'intérêts, ses axes thérapeutiques, son projet de vie, ses capacités, sa pathologie).

III. L'importance de l'environnement dans la prévention et dans la prise en soin des troubles psycho-comportementaux

L'environnement peut avoir un rôle très important dans la fréquence et la gravité des troubles psycho-comportementaux. Mme Debernardi a présenté un SPCD³⁷ alors qu'elle était dans un environnement agité (bruits, mouvements). Dès qu'elle s'est retrouvée au calme, son trouble du comportement a disparu.

Certains SPCD peuvent apparaître ou être majorés à cause d'éléments extérieurs à la personne : un événement particulier, une situation, l'environnement dans sa globalité, etc. Les « toilettes difficiles » par exemple, sont liées à une situation : le soin intime, corporel, hygiénique qu'est la douche. Lors de la toilette, la personne âgée peut avoir des troubles du comportement, qu'elle n'aura plus le reste de la journée. Le syndrome du coucher du soleil est aussi vecteur de SPCD, dû à un événement : la tombée de la nuit.

Les SPCD peuvent aussi être majorés quand la personne âgée est très désorientée. Cela peut arriver lorsqu'elle arrive dans un nouvel établissement gériatrique, ou lorsqu'un aménagement de son espace de vie est effectué. Une modification des habitudes de vie de la personne peut aussi entraîner l'apparition de troubles psycho-comportementaux.

Afin de réduire l'émergence de SPCD, l'environnement de la personne âgée doit être réfléchi, aménagé et adapté. Cependant, trop modifier le lieu de vie de la personne peut contribuer à la désorienter. Il faut donc le faire avec la juste mesure. Il est aussi nécessaire de prendre en compte la luminosité, la température et les bruits des lieux. Le moindre changement peut contribuer à accentuer les SPCD. Les lieux doivent également être sécurisés pour éviter toute chute ou « fugue » (avec une perte des repères spatiaux, les personnes âgées peuvent se perdre au sein et hors de l'établissement).

Enfin le personnel de l'institution peut être formé afin de mieux appréhender les SPCD, et ainsi apprendre à y réagir et à les apaiser. Les assistants de soins en gériatrie sont justement sensibilisés à ce sujet au cours de leur formation initiale. De plus, plus les

³⁷ Cf, *Infra*, Clinique, III. 3.3. Le syndrome du coucher de soleil de Mme Debernardi, p. 63

soignants connaissent le résident, plus ils sont en capacité de détecter les facteurs accentuant les troubles psycho-comportementaux, et donc de les éviter. Les soignants qui s'occupent régulièrement d'un même résident peuvent aussi, avec le temps, devenir un repère rassurant au sein de l'établissement pour la personne âgée ayant des troubles cognitifs.

L'environnement de la personne doit donc être sécurisé, adapté à ses troubles, et rassurant afin qu'une prise en soin globale des troubles psycho-comportementaux puisse s'effectuer au sein de son lieu de vie.

Conclusion :

Ces trois dernières années d'études ont été riches en questionnements, en apprentissages et en expériences personnelles et professionnelles. Afin de mettre un terme à cette formation initiale en psychomotricité, j'ai écrit ce mémoire. Mais la formation de psychomotricien continuera en réalité durant toute ma carrière. Je suis donc partie de cette interrogation : *comment l'alliance thérapeutique entre la psychomotricité et la médiation canine peut-elle impacter les troubles psycho-comportementaux chez la personne âgée démente ?* Elle questionne tout d'abord la place d'une médiation (la médiation canine), auprès d'une population de patients (les personnes âgées démentes), ayant un symptôme en particulier (les SPCD). Cette question centrale m'interroge aussi sur ma future place de psychomotricienne clinicienne et sur mes projets professionnels.

Grâce aux éléments théoriques, je peux affirmer que la médiation canine a toute sa place dans le processus thérapeutique en psychomotricité. Cette médiation ne conviendra ni à tous les patients, ni à toutes les pathologies, ni à tous les thérapeutes. Mais si elle est choisie avec justesse, elle peut considérablement favoriser la prise en soin psychomotrice. De plus, la Haute Autorité de Santé (2012) recommande dans la prise en charge des troubles du comportements, d'une part des séances de psychomotricité, et d'autre part une thérapie assistée par l'animal. En tant que psychomotricien, nous pouvons donc combiner ces deux indications dans la prise en soin des personnes âgées.

Les symptômes psycho-comportementaux de la démence sont très fréquents dans cette pathologie, et n'ont pas toujours de sens pour nous, thérapeutes. Certains peuvent être majorés par des causes environnementales, des causes somatiques, ... mais je pense qu'on ne saura jamais vraiment le sens de ces troubles. Est-ce comme le propose Naomi Feil un moyen pour ces personnes de se soustraire à la réalité, devenue trop douloureuse ? Nous pouvons pour l'instant seulement poser des hypothèses sur la signification de ces troubles psycho-comportementaux, et accompagner avec bienveillance nos aînés.

La place du chien dans un processus thérapeutique est très importante. Le chien est le médiateur dans la prise en soin, il n'est pas thérapeutique à lui seul. C'est la prise en soin psychomotrice qui est thérapeutique. Le chien peut motiver, apaiser, et être acteur

dans la relation patient-thérapeute-chien médiateur. Son éducation est très importante, mais la formation du thérapeute sur la médiation animale l'est tout autant.

Même si la médiation canine a certes toute sa place dans le processus thérapeutique en psychomotricité, peut-elle vraiment impacter les symptômes psycho-comportementaux de la démence ? Au vu de mon expérience cette année et de mes rencontres avec Mme Martin et Mme Debernardi, je réponds affirmativement à cette question. Pendant les séances de médiation canine, je suis persuadée, et ces résidentes me l'ont bien démontré, que les SPCD sont fortement atténués.

Cependant je me demande encore si des séances de psychomotricité à médiation animale régulières peuvent impacter les SPCD dans le quotidien de la personne. La zoothérapie peut-elle influencer l'apparition des troubles du comportement en dehors des temps de séance ? Et donc les bénéfices ont-ils une empreinte dans le temps ? Afin de répondre à cette interrogation, il faudrait dans l'idéal faire passer un NPI-ES à des patients avant leur début de prise en soin. Après plusieurs mois de séances régulières en médiation animale, il faudrait à nouveau effectuer un NPI-ES à ces mêmes patients. Puis les résultats des deux questionnaires d'un même patient devraient être comparés. Ainsi je pense que l'on pourrait déterminer si les SPCD sont réellement minorés, mais cette fois-ci dans le quotidien de la personne, lorsque les chiens médiateurs ne sont pas présents.

Je me suis rendue compte en écrivant ce mémoire de tout l'apport que peut avoir la médiation canine en psychomotricité pour des personnes âgées. Je souhaite me former au cours de ma carrière afin de pouvoir intégrer cette médiation à ma pratique professionnelle. Cependant je peux déjà recourir, entre autres, au toucher thérapeutique et à la relaxation pour apaiser les SPCD, sans oublier l'aménagement de l'environnement. Mais le plus important en tant que psychomotricien est d'employer notre humanité, notre disponibilité et notre adaptabilité, afin de soutenir et d'accompagner au mieux le patient dans ses expériences de vie.

Bibliographie :

Albaret, J.M. & Aubert, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Solal.

Albaret, J.-M., & Feuillerat, B. (2018). Sémiologie psychomotrice : Sémiologie du tonus. Dans J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Giromini (dirs.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité : 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 142-159). De Boeck supérieur.

Aquino, J.-P., Lavallart, B., & Mollard-Palacio, J. (2017). *Guide de l'assistant de soins en gérontologie : Le tout-en-un de la formation*. Elsevier Masson.

Association de zoothérapie de l'Est. (2019). *Réglementation : ACACED, attestation de connaissances pour les animaux de compagnies d'espèce domestique est-elle obligatoire pour la pratique de la médiation par l'animal*. Consulté le 24 avril sur <http://www.zootherapiedelest.fr/news-single.php?id=30>

Association du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, David, R., & Robert, P. (2014). *Alzheimer et états comportementaux*. Dunod.

Bachollet M.S. & Marcelli D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 4(49), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Barnich, L., & Removille C. (2019). Les séniors en institutions. Dans A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (dirs.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (pp. 359-369). Dunod.

Brandily, A., Barnich, L., Removille, C., & Roux, J. (2019). Les séniors. Dans A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (dirs.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (pp. 347-348). Dunod.

Beiger, F. (2016). *L'enfant et la médiation animale : Une nouvelle approche par la zoothérapie* (2 e éd.). Dunod.

Beiger, F., & Dibou, G. (2019). *La zoothérapie auprès des personnes âgées : Une pratique professionnelle*. Dunod.

- Bonon-Guillaume, S. (2009). Troubles psychocomportementaux : Maladie de Parkinson du sujet âgé : dépression et apathie. *La revue de gériatrie*, Tome 34, Supplément A, 23-25.
- Bourrin, J.-C. (2009). La démence parkinsonienne : Evaluation des troubles cognitifs dans la maladie de Parkinson. *La revue de gériatrie*, Tome 34, Supplément A, 14-16.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2008). *Plan « Alzheimer et maladie apparentées » 2008-2012*. Consulté le 20 avril 2021
https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
- Carric, J.C. (2001). *Le lexique 2001*. Editions vernazobres-greco.
- Charazac, P. (2015). *L'aide-mémoire de psychogériatrie en 24 notions* (2 e éd.). Dunod.
- Collège des Enseignants en Neurologie. (s. d.). *Syndrome parkinsonien*. Consulté le 24 avril 2021 sur <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-11>
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Cyrulnik, B., & Bélair, S. (2020). *L'enfant et l'animal : Une relation singulière*. Editions Philippe Duval.
- Direction de l'information légale et administrative (Premier Ministre) & Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2020). *Qu'est-ce-que la grille Aggir ?* Consulté le 17 avril 2021 sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229#:~:text=La%20grille%20Aggir%20est%20utilis%C3%A9e,et%20sociales%2C%20dites%20activit%C3%A9s%20illustratives>
- Dormia, C., & Feve, S. (2015). *Psychomotricité auprès de la personne âgée : Fiches d'activités à l'usage du psychomotricien*. Editions Robert Atlani.
- Doucet, C. (2000). *La psychosomatique : Théorie et clinique*. Armand Colin.
- Feil, N., & de Klerk-Rubin, V. (2005). *La Validation©, Méthode Feil : comment aider les grands vieillards désorientés* (3 e éd.), (J. Roux-Brioude & F. Munsch, Trad.). Editions Lamarre.

Ferrey, G., & Le Gouès, G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé* (6 e éd.). Elsevier-Masson.

France Alzheimer et maladies apparentées. (s. d.). *La maladie d'Alzheimer : Premiers repères sur la maladie*. Consulté le 17 avril 2020 sur <https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/la-maladie-dalzheimer/premiers-reperes-maladie/>

France Parkinson. (s. d.). *Comprendre le mécanisme de la maladie*. Consulté le 18 avril 2021 sur <https://www.franceparkinson.fr/la-maladie/presentation-maladie-parkinson/comprendre-mecanisme/>

France Parkinson. (s. d.). *L'akinésie, ou la lenteur des mouvements*. Consulté le 18 avril 2021 sur <https://www.franceparkinson.fr/la-maladie/symptomes/akinesie-lenteur/>

France Parkinson. (s. d.). *La rigidité, ou raideur des mouvements*. Consulté le 18 avril 2021 sur <https://www.franceparkinson.fr/la-maladie/symptomes/rigidite-raideur/>

France Parkinson. (s. d.). *Le tremblement*. Consulté le 18 avril 2021 sur <https://www.franceparkinson.fr/la-maladie/symptomes/tremblement/>

Grabli, D. (s. d.). *Troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson*. France Parkinson. Consulté le 14 avril 2021 sur <https://www.franceparkinson.fr/wp-content/uploads/2019/04/Troubles-de-la-parole-et-de-la-de%CC%81glutition-dans-la-maladie-de-Parkinson.pdf>

Groupe de recherche sur les évaluations cognitives (GRECO) : Derouesné, C., Poitreneau, J., Hugonot, L., Kalafat, M., Dubois, B., & Laurent, B. (1999). Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *La Presse Médicale*, 28, 1141-1148. Consulté le 4 avril 2021 sur <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docpremannee/0308AaMMSEgrecoPM.pdf>

Guinot, H. (2009). La démence parkinsonienne : Epidémiologie des troubles cognitifs et de la démence dans la maladie de Parkinson. *La revue de gériatrie*, Tome 34, Supplément A, 12-13.

Handi'chiens. (s. d.). *Nos handi'chiens*. Consulté le 17 avril 2021 sur <https://handichiens.org/chiens-dassistance-handichiens/>

Haute autorité de santé. (2012, janvier). *Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement*. Consulté le 17 avril sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/1.6 alternatives non medicamenteuses - aide memoire ami alzheimer.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/1.6_alternatives_non_medicamenteuses_-_aide_memoire_ami_alzheimer.pdf)

Haute Autorité de Santé. (2018, mai). *Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs*. Consulté le 20 avril 2021 sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche 1 troubles cognitifs et trouble neurocognitifs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf)

Institut Français de zoothérapie. (s. d.). *Zoothérapie de A à Z*. Consulté le 19 avril 2021 sur <https://www.institutfrancaisdezootheapie.com/zootheapie-de-a-a-z-1>

Institut national de la statistique et des études économiques. (2019). *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050*. Consulté le 12 avril 2021 sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>

Institut national de la statistique et des études économiques. (2020). *En un siècle, le pic des naissances s'est décalé de l'hivers à l'été et s'est atténué*. Consulté le 12 avril 2021 sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4655279#:~:text=En%202019%2C%20753%2000%20b%C3%A9b%C3%A9s%20sont%20n%C3%A9s%20en%20France,-En%202019%2C%20753&text=Entre%202000%20et%202015%2C%20le,ann%C3%A9es%20%3A%20en%201993%20et%201994>

Institut national de la statistique et des études économiques. (2020). *Population par âge*. Consulté le 12 avril 2021 sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre*. Presses de l'Université Laval ; Chronique sociale.

Koric, L., & Ceccaldi, M. (2009). La démence parkinsonienne : Maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy, une seule maladie ? *La revue de gériatrie*, Tome 34, Supplément A, 17-19.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2009). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5. ed.). Presses universitaires de France.

Lefèvre, C. (2019). Éléments de géronto-psychomotricité : la maladie d'Alzheimer et la psychomotricité. Dans A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (dirs.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (pp.371-374). Dunod.

Lefèvre, C. (cours de l'année scolaire 2020-2021). *Généralité sur les démences*. Cours de géro-psycomotricité à l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière.

Lefèvre, C., & Pitteri, F. (2018). *J'aide un proche atteint de la maladie d'Alzheimer : 23 fiches d'activités psychomotrices au quotidien*. Dunod.

Légifrance. (2004). *Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*. Consulté le 24 avril 2021 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006703763/1991-10-04/>

Le Petit Robert. (2012). Le Robert.

Martin, E. (2018). Manifestations psychomotrices du vieillissement pathologique : Maladie de Parkinson. Dans J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Giromini (dirs.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité : 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 650-665). De Boeck supérieur.

Martin, E., & Roux, J. (2018). Manifestations psychomotrices du vieillissement pathologique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : symptômes psychocomportementaux dans la démence (SPCD). Dans J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Giromini (dirs.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité : 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 631-641). De Boeck supérieur.

MEDinfos. (2007). *Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens : circonstances de découverte*. MEDinfo Informations médicales. Consulté le 20 avril sur <https://www.medinfos.com/principales/fichiers/pm-neu-parkinson3.shtml>

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2014). *Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2018*. Consulté le 20 avril 2021 sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf

Ministère des solidarités et de la santé. (2020). *La maladie d'Alzheimer*. Consulté le 17 avril 2021 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>

Ministère des solidarités et de la santé. (2020). *La maladie de Parkinson*. Consulté le 18 avril 2021 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-de-parkinson>

MobiQual. (s. d.). *Inventaire neuropsychiatrique, NPI-ES version équipe soignante*. Consulté le 27 avril 2021 sur <http://www.mobiqua.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-OUTILS-EVALUATION/TROUBLES PSYCHO COMPORTEMENTAUX/2.NPI-ES.pdf>

Observatoire B2V des mémoires. (s. d.). *Mémoire et émotions*. Consulté le 20 avril 2021 sur <https://www.observatoireb2vdesmemoires.fr/comprendre/memoire-et-emotions>

Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *CIM-10/ICD610. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (C.-B. Pull, Ed, Trad). Masson.

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Vieillesse et santé*. Consulté le 17 avril 2021 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Pellissier, J. (2019). *Ces troubles qui nous troublent : Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels* (2 e éd.). Editions érès.

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (2 e éd.). Toulouse : Editions érès.

Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.

Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. Dans A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (dirs.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (pp. 27-38). Dunod.

Schenk, F., Leuba, G., & Büla, C. (2013). *Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer : Vulnérabilité et plasticité* (2 e éd.). De Boeck.

Syndicat français des zoorthérapeutes. (s. d.). *Charte d'éthique et de déontologie*. Consulté le 19 avril 2021 sur <https://www.syndicatfrancaisdeszootherapeutes.fr/charte-dethique-et-de-deontologie-7>

Touchon, J., & Portet, F. (2004). Histoire naturelle de la maladie d'Alzheimer. In P. Metais & M.P. Pancrazi (Eds.), *Ethique et démences*. Masson.

Valentin Lefranc, A., & Pavot Lemoine, C. (2015). Prévention, éducation et soin. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini, P., & Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité : 2. Méthodes et techniques* (pp. 99-128). De Boeck Supérieur.

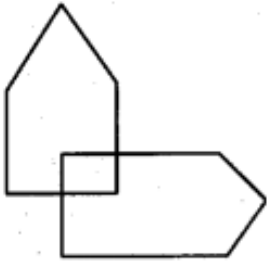
Annexes :

Annexe I : La grille nationale autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR) ;
(direction de l'information légale et administrative et al., 2020).

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Annexe II : Le *Mini-mental state examen* (MMSE) ; (GRECO, 1999).

Encadré 2 Mini-Mental State Examination. Version GRECO, 1999	
NOM :	Prénom :
Date :	Examineur :
SCORE :	
Orientation (1 point par réponse juste ; maxm A = 5 ; B = 5)	
A. – « En quelle année sommes nous ? »	
– « En quelle saison ? »	
– « En quel mois ? »	
– « Quel jour du mois ? »	
B. – « Dans quelle ville sommes nous ? »	
– « Dans quel département est située cette ville ? »	
– « Dans quelle province est situé ce département ? »	
– « Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? »	
– « A quel étage sommes-nous ? »	
Apprentissage (1 point par mot répété correctement ; maxm 3)	
– « Je vais vous donner 3 mots, je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, je vous les redemanderai tout à l'heure : citron, clé, ballon (cigare, fleur, porte) »	
[Nombre d'essais pour une répétition correcte : maxm 6]	
Attention et calcul (1 point par soustraction exacte ; maxm 5)	
– « Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois jusqu'à ce que je vous arrête »	
[Faire effectuer 5 soustractions]	
[« Voulez-vous m'épeller le mot « monde » à l'envers, en commençant par la dernière lettre. »	
EDMON:]	
Rappel des 3 mots (1 points par mot rappelé, maxm 3)	
Langage, praxies	
– « Comment s'appelle cet objet ? Crayon, montre (1 point par objet ; maxm 2)	
– « Répétez ma phrase : Pas de mais, de si, ni de et »	
(1 point seulement si la répétition est parfaitement correcte)	
– « Prenez mon papier dans la main droite, pliez-le en deux et jetez-le par terre »	
(1 point par partie de la consigne exécutée)	
– « Faites ce qui est marqué : « FERMEZ LES YEUX »	
– « Voulez-vous recopier mon dessin » (1 point si tous les angles sont présents ainsi que l'intersection de deux côtés différents)	
– « Ecrivez-moi une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière »	
(1 point si au moins un sujet et un verbe)	



Annexe III : L'inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante (NPI-ES) ; (MobiQual, s. d.).



Maladie d'Alzheimer
et maladies apparentées

OUTIL D'ÉVALUATION

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



2

Inventaire neuropsychiatrique NPI-ES Version Équipe Soignante

INSTRUCTIONS

BUT

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) **mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante**. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur **les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient**. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence.

Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

- Le but de l'interview.
- Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles.
- Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant d'autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation).
- Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par "oui" ou "non".

Il est important de :

- Déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant ; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement ; quel est son rôle auprès du patient ; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES ?
- Recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez "NON" et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex : le soignant répond "NON" à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer "OUI" et poser les sous-questions.

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est "OUI", il faut alors poser les sous questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu "OUI" à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse "OUI" de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous-questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en "NON".

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté "NA" (Non Applicable, dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter "NA".

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI-ES

OUTIL
D'ÉVALUATION

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

- "Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous-questions) ? Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ?".

- 1 **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine
- 2 **Assez souvent** : environ une fois par semaine
- 3 **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
- 4 **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

- "Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? A quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ?

- 1 **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
- 2 **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
- 3 **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit : score du domaine = fréquence x gravité

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative **au retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant**.

Pour se faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points :

- 0 **Pas du tout**
- 1 **Perturbation minimum** : presque aucun changement dans les activités de routine.
- 2 **Légèrement** : quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
- 3 **Modérément** : désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
- 4 **Assez sévèrement** : désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
- 5 **Très sévèrement ou extrêmement** : très désorganisant, source d'anxiété majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

**Pour chaque domaine, il y a donc 4 scores possibles :
Fréquence, Gravité, (fréquence x gravité), Retentissement sur les activités professionnelles.**

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En recherche clinique il existe plusieurs scores (cut off) possibles.

En pratique clinique les éléments les plus pertinents à retenir sont :

- le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

RÉFÉRENCE

Sisco F., Taurel M., Lafont V., Bertogliati C., Baudu C., Giordana J.Y., Braccini T., Robert P.H. Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gériatrique, 14 : 151-171, 2000. Copyrights : Centre mémoire de ressources et de recherche - CHU de Nice.



Inventaire neuropsychiatrique

NPI-ES

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

Fonction de la personne interviewée : _____

Type de relation avec le patient :

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

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

A	IDÉES DÉLIRANTES.....	p. 2
B	HALLUCINATIONS	p. 3
C	AGITATION / AGRESSIVITÉ	p. 4
D	DÉPRESSION / DYSPHORIE.....	p. 5
E	ANXIÉTÉ	p. 6
F	EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE	p. 7
G	APATHIE / INDIFFÉRENCE.....	p. 8
H	DÉSINHIBITION.....	p. 9
I	IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR	p. 10
J	COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT	p. 11
K	SOMMEIL	p. 12
L	APPÉTIT / TROUBLES DE L'APPÉTIT.....	p. 13

A IDÉES DÉLIRANTESNA ☐

- "Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ou de l'équipe soignante ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe ? Le patient a-t-il d'autres croyances inhabituelles ?

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille, de l'équipe soignante ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)	☐	☐
6. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?	☐	☐
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes.		

FRÉQUENCEQuelquefois : moins d'une fois par semaine ☐ 1Assez souvent : environ une fois par semaine ☐ 2Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4**GRAVITÉ**Léger : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente ☐ 1Moyen : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente ☐ 2Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout ☐ 0Minimum ☐ 1Légèrement ☐ 2Modérément ☐ 3Sévèrement ☐ 4Très sévèrement, extrêmement ☐ 5

B HALLUCINATIONSNA ☐

- "Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? A-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ?" (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hallucination). Le patient/la patiente s'adresse-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes, des animaux, des lumières, etc...) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente dit-il/elle ou se comporte-t-il comme si il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?	☐	☐
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations.		

FRÉQUENCE

- Quelquefois** : moins d'une fois par semaine ☐ 1
- Assez souvent** : environ une fois par semaine ☐ 2
- Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3
- Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4

GRAVITÉ

- Léger** : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente ☐ 1
- Moyen** : les hallucinations sont éprouvantes et stessantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges ☐ 2
- Important** : les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l'administration d'un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser) ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

- Pas du tout** ☐ 0
- Minimum** ☐ 1
- Légèrement** ☐ 2
- Modérément** ☐ 3
- Sévèrement** ☐ 4
- Très sévèrement, extrêmement** ☐ 5

C AGITATION / AGRESSIVITÉNA ☐

- "Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle bruyant(e) et refuse-t-il/elle de coopérer ? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres ?"

NON : passez à la section suivante**OUI** : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	☐	☐
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation.

FRÉQUENCEQuelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1Assez souvent : environ une fois par semaine..... ☐ 2Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4**GRAVITÉ**Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant..... ☐ 1Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler..... ☐ 2Important : l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire..... ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0Minimum..... ☐ 1Légèrement..... ☐ 2Modérément..... ☐ 3Sévèrement..... ☐ 4Très sévèrement, extrêmement..... ☐ 5

D DÉPRESSION / DYSPHORIENA ☐

- "Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ?
Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimée ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	☐	☐
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

FRÉQUENCEQuelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐1Assez souvent : environ une fois par semaine..... ☐2Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐3Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐4**GRAVITÉ**Léger : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant..... ☐1Moyen : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager..... ☐2Important : l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager..... ☐3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐0Minimum..... ☐1Légèrement..... ☐2Modérément..... ☐3Sévèrement..... ☐4Très sévèrement, extrêmement..... ☐5

E ANXIÉTÉNA ☐

- "Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ?
Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapable de se détendre ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur
d'être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille ?	☐	☐
2. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	☐	☐
3. Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	☐	☐
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ? (s'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e) ?)	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	☐	☐
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.		

FRÉQUENCEQuelquefois : moins d'une fois par semaine ☐ 1Assez souvent : environ une fois par semaine ☐ 2Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4**GRAVITÉ**Léger : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant ☐ 1Moyen : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager ☐ 2Important : l'état d'anxiété est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est-il perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout ☐ 0Minimum ☐ 1Légèrement ☐ 2Modérément ☐ 3Sévèrement ☐ 4Très sévèrement, extrêmement ☐ 5

F EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIENA ☐

- "Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôles ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôles ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?	☐	☐
5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur / euphorie.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1

Assez souvent : environ une fois par semaine..... ☐ 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4

GRAVITÉ

Léger : le patient/la patiente semble parfois trop heureux/se..... ☐ 1

Moyen : le patient/la patiente semble parfois trop heureux/se et cela provoque des comportements étranges quelquefois..... ☐ 2

Important : le patient/la patiente semble presque toujours trop heureux/se et pratiquement tout l'amuse..... ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0

Minimum..... ☐ 1

Légèrement..... ☐ 2

Modérément..... ☐ 3

Sévèrement..... ☐ 4

Très sévèrement, extrêmement..... ☐ 5

G APATHIE / INDIFFÉRENCENA ☐

- "Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l'intérêt pour le monde qui l'entoure ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ? (ne coter que si la conversation est possible)	☐	☐
3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s'attendre (joie lors de la visite d'un ami ou d'un membre de la famille, intérêt pour l'actualité ou le sport, etc) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1

Assez souvent : environ une fois par semaine..... ☐ 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4

GRAVITÉ

Léger : le patient/la patiente manifeste parfois une perte d'intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités..... ☐ 1

Moyen : le patient/la patiente manifeste une perte d'intérêt pour les choses qui ne s'atténue qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille..... ☐ 2

Important : le patient/la patiente manifeste une complète perte d'intérêt et de motivation..... ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0

Minimum..... ☐ 1

Légèrement..... ☐ 2

Modérément..... ☐ 3

Sévèrement..... ☐ 4

Très sévèrement, extrêmement..... ☐ 5

H DÉSINHIBITIONNA ☐

- "Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente caresse, touche ou étreint-il/elle les gens d'une façon désadaptée ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	☐	☐
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition.		

FRÉQUENCEQuelquefois : moins d'une fois par semaine ☐ 1Assez souvent : environ une fois par semaine ☐ 2Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4**GRAVITÉ**Léger : le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier ☐ 1Moyen : le patient/la patiente est très impulsif/ve et son comportement est difficile à modifier ☐ 2Important : le patient/la patiente est toujours impulsif/ve et son comportement est à peu près impossible à modifier ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout ☐ 0Minimum ☐ 1Légèrement ☐ 2Modérément ☐ 3Sévèrement ☐ 4Très sévèrement, extrêmement ☐ 5

H DÉSINHIBITIONNA ☐

- "Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente caresse, touche ou étreint-il/elle les gens d'une façon désadaptée ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition.

FRÉQUENCE

- Quelquefois** : moins d'une fois par semaine ☐ 1
- Assez souvent** : environ une fois par semaine ☐ 2
- Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3
- Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4

GRAVITÉ

- Léger** : le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier ☐ 1
- Moyen** : le patient/la patiente est très impulsif/ve et son comportement est difficile à modifier ☐ 2
- Important** : le patient/la patiente est toujours impulsif/ve et son comportement est à peu près impossible à modifier ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

- Pas du tout** ☐ 0
- Minimum** ☐ 1
- Légèrement** ☐ 2
- Modérément** ☐ 3
- Sévèrement** ☐ 4
- Très sévèrement, extrêmement** ☐ 5

J COMPOTEMENT MOTEUR ABERRANTNA ☐

- "Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu'il/elle reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme boutonner et déboutonner, tripoter, envelopper, changer les draps, etc?	☐	☐
5. Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant.

FRÉQUENCE

- Quelquefois : moins d'une fois par semaine ☐ 1
- Assez souvent : environ une fois par semaine ☐ 2
- Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3
- Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4

GRAVITÉ

- Léger** : le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n'entrave pas les activités quotidiennes ☐ 1
- Moyen** : les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l'aide du soignant ☐ 2
- Important** : les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossibles à contrôler par le soignant ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

- Pas du tout ☐ 0
- Minimum ☐ 1
- Légèrement ☐ 2
- Modérément ☐ 3
- Sévèrement ☐ 4
- Très sévèrement, extrêmement ☐ 5

K SOMMEILNA ☐

- Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistent aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez "NA".

"Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?	☐	☐
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient/la patiente se lève uniquement une fois ou deux fois par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?	☐	☐
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?	☐	☐
4. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?	☐	☐
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients) ?	☐	☐
6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé ?	☐	☐

Commentaires : Si la réponse à la question se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil.

FRÉQUENCEQuelquefois : moins d'une fois par semaine ☐ 1Assez souvent : environ une fois par semaine ☐ 2Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours ☐ 3Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps ☐ 4**GRAVITÉ**Léger : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente ☐ 1Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents ☐ 2Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient/la patiente durant la nuit ☐ 3**RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES**

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout ☐ 0Minimum ☐ 1Légèrement ☐ 2Modérément ☐ 3Sévèrement ☐ 4Très sévèrement, extrêmement ☐ 5

L APPÉTIT / TROUBLES DE L'APPÉTITNA ☐

- "Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d'appétit, y-a-t-il eu des changements dans son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ?"

NON : passez à la section suivante

OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	OUI	NON
1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?	☐	☐
2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?	☐	☐
3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?	☐	☐
4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?	☐	☐
5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?	☐	☐
6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger, par exemple, trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?	☐	☐
7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?	☐	☐
8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?	☐	☐
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger.		

FRÉQUENCE

- "Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent..."

Quelquefois : moins d'une fois par semaine..... ☐ 1

Assez souvent : environ une fois par semaine..... ☐ 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours..... ☐ 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps..... ☐ 4

GRAVITÉ

Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants..... ☐ 1

Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids..... ☐ 2

Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents, entraînent des fluctuations de poids, sont anormaux et d'une manière générale perturbent le patient..... ☐ 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout..... ☐ 0

Minimum..... ☐ 1

Légèrement..... ☐ 2

Modérément..... ☐ 3

Sévèrement..... ☐ 4

Très sévèrement, extrêmement..... ☐ 5

Annexe IV : Charte d'éthique et de déontologie (syndicat français des zoothérapeutes, s. d.).

Dans cette Charte, le mot « intervenant » désigne le professionnel qui exerce les activités citées ci-dessus selon son métier (santé, social ou de l'enseignement spécialisé) de base et son projet de travail.

T.M.A : Thérapie par la Médiation d'un Animal qui correspond à un soin non médicamenteux

Introduction

La présente Charte d'Éthique et de Déontologie a pour objet de servir de règlement professionnel aux personnes qui ont recours à l'appellation « Intervenants Professionnels en Médiation par l'Animal » ou qui sont déjà thérapeute de par leur métier de base, médecin, infirmière, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricienne, psychologue, psychanalyste, psychothérapeute, et qui peuvent donc prétendre à la spécialisation de zoothérapeute quels que soient leur mode d'exercice et leur cadre professionnel. Sa finalité est avant tout de protéger les bénéficiaires et les professionnels de la santé, du social et de l'enseignement spécialisé.

Les entités professionnelles signataires de la présente Charte, s'emploient à la respecter. L'adhésion au Syndicat des Zoothérapeutes et Intervenants en Médiation par l'Animal implique l'engagement à accepter les dispositions de la Charte.

Les fondements

La complexité des situations rencontrées dans les différents domaines du soin, du social et de l'enseignement spécialisé s'oppose à la simple précaution systématique de règles pratiques. Accepter et respecter les règles de la présente Charte d'Éthique et de Déontologie s'appuie sur une réflexion et une aptitude d'évaluation dans l'observation des fondements suivants :

1. Respect des droits de la personne

L'intervenant en médiation par l'animal réfère son travail aux principes édictés par les législations nationales, européenne et Internationale qui reposent sur le respect des droits fondamentaux des personnes, notamment sur leur dignité, leur liberté et leur protection. L'intervenant professionnel n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes

concernées. Pour les mineurs avec l'autorisation des parents ou du tuteur et obligatoire. L'intervenant préserve la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collaborateurs. Il doit également respecter le principe essentiel que nul n'est tenu de révéler quoi que soit sur lui-même. Il se refuse aussi à toute discrimination et considère les personnes dans leur ensemble et leur particularité.

2. Respect des droits des animaux

L'intervenant réfère son travail avec les animaux médiateurs aux principes édictés par la Déclaration Universelle des Droits de l'Animal. Toute vie animale a droit au respect. Aucun animal ne doit être soumis à de mauvais traitements ou à des actes cruels. L'animal, avec lequel l'intervenant en médiation animale travaille sous sa responsabilité a droit à un entretien et à des soins attentifs. L'Intervenant professionnel n'intervient qu'avec un animal médiateur ayant reçu une éducation spécifique qui lui permet d'être « Animal Médiateur » L'intervenant ne doit travailler qu'avec un animal en bonne santé. Il est le seul responsable envers son animal. L'animal médiateur ne doit représenter en aucun cas un danger envers le bénéficiaire de la médiation par l'animal et vice versa.

3. Aptitude

L'intervenant met ses savoirs et ses connaissances régulièrement à niveau, par le biais de la formation continue que l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) organise sous forme de séminaires, de colloques, de stages, d'Université de Travail... Sachant que l'Institut Français de Zoothérapie reste à l'écoute de chacun et apporte par le biais de scientifiques, de participation à des colloques, de réunion avec le corps médical, un contenu innovant dans le domaine de la médiation par l'animale. Chaque intervenant est responsable de ses aptitudes et ses compétences particulières et définit ses propres limites, en rapport à ses formations et à ses expériences. Il doit refuser toute intervention de sa part lorsqu'il sait ne pas être en capacité de répondre à la demande.

4. Responsabilité

Outre les responsabilités définies par la législation commune, l'intervenant a une responsabilité professionnelle. Il veille à ce que ses interventions soient conformes aux règles de la dite Charte. Dans le cadre de ses aptitudes professionnelles, l'intervenant en thérapie utilisant la médiation par l'animal, l'intervenant en activité éducative par médiation par l'animal ou l'animateur assistée par médiation par l'animal prend la responsabilité du choix et de l'application des méthodes et des moyens techniques qu'il conçoit et qu'il met en activité. De la sorte, il répond personnellement à ses choix et aux conséquences directes des actions professionnelles qu'il a mises en place.

5. Intégrité

L'intervenant a un devoir d'honnêteté dans toutes ses relations professionnelles. Ce devoir fonde l'analyse des règles déontologiques et son effort continu pour perfectionner ses interventions, définir ses manières et commenter ses objectifs.

6. Valeur scientifique

Les pratiques d'interventions choisies par l'intervenant en médiation par l'animale doivent pouvoir faire l'objet d'une interprétation raisonnée de leurs fondements théoriques et de leur construction. Toute évaluation doit pouvoir faire l'objet d'un débat contradictoire entre professionnels.

7. Respect du but assigné

La mise en place par l'intervenant répond aux motifs de ses interventions et à eux seulement. Tout en mettant en place son intervention dans le respect du but demandé, il doit également prendre en considération les utilisations possibles qui peuvent éventuellement en être faites par des tiers. L'intervenant est soumis à une obligation de capacité quand aux intentions de son concours.

8. Autonomie professionnelle

L'intervenant professionnel, ne peut aliéner l'indépendance nécessaire à l'exercice de sa spécialité sous quelque forme que ce soit.

9. Modalité de conscience

Dans tout état de cause où l'intervenant professionnel estime ne pas pouvoir respecter ces fondements, il est en devoir de faire jouer la clause de conscience.

Exigences professionnelles

Clauses des interventions professionnelles en médiation animale

Article 1 : L'intervenant en T.M.A. doit exercer dans les domaines liés à ses qualifications. Celles-ci s'apprécient notamment par ses formations initiales, ses formations spécialisées ainsi que par d'autres formations spécifiques éventuelles. Elle s'apprécie également par ses expériences pratiques et par ses travaux d'approfondissement sur la médiation par l'animal.

Article 2 : L'intervenant en T.M.A. fait respecter la spécificité de son activité et son autonomie technique. Il respecte celle des autres professionnels avec lesquels il collabore dans l'exercice de son travail.

Article 3 : L'Intervenant accepte les services qu'il estime compatibles avec ses compétences, sa façon de pratiquer, ses fonctions et qui ne contreviennent ni aux dispositions de la présente Charte, ni aux dispositions législatifs en vigueur.

Article 4 : Le fait que l'intervenant soit lié dans sa mission par un contrat, une convention à tout organisme public ou privé, ne modifie par ses devoirs professionnels et en particulier, les droits du secret professionnel et le choix de ses décisions. Il doit faire état de la présente Charte à l'organisme avec lequel il est lié dans son travail et il doit s'y référer.

Article 5 : Avant toute intervention, l'intervenant doit s'assurer du consentement des personnes qui participent à la prise en charge.

Article 6 : Avant toute intervention, l'intervenant en T.M.A. doit consulter les professionnels de l'établissement où il exerce sa mission afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indication par rapport à l'état psychosomatique de la personne prise en charge.

Article 7 : Lors d'une prise en charge pour des mineurs ou des majeurs protégés par une tutelle, l'intervenant a l'obligation d'avoir le consentement de l'autorité parentale ou de la tutelle ainsi que l'acceptation du mineur ou du majeur protégé.

Article 8 : L'intervenant n'utilise pas de sa situation à des fins personnelles de prosélytisme ou d'aliénation d'autrui. Il ne doit pas répondre à la demande d'un tiers qui recherche un avantage illicite ou immoral, ou qui pourrait faire acte d'autorité abusive dans le recours de ses exercices.

Article 9 : L'intervenant ne peut s'agréer de sa fonction pour avaliser un acte illégal. Conformément aux dispositions de la loi pénale en matière de non assistance à personne en danger, il lui est donc faite obligation de signaler aux autorités compétentes chargées de l'application de la Loi, toute situation qui mettrait en danger l'intégrité des personnes. Dans le cas où ces informations seraient à caractère confidentiel mais qui présentent des situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité psychique ou physique du bénéficiaire, l'intervenant évalue en conscience la conduite à tenir et doit immédiatement en rendre compte à la Direction de l'établissement où il exerce sa mission.

Article 10 : Tout document provenant de l'intervenant, (bilan, synthèse, grille d'observation, compte-rendu, courrier...) doit porter son nom, l'identification de sa fonction, ses coordonnées professionnelles, sa signature ainsi que la mention du bénéficiaire et le nom du destinataire du document. L'intervenant ne peut accepter que d'autres que lui modifient, signent, raturent ou annulent les documents relevant de son activité professionnelle d'intervenant en médiation par l'animal. L'intervenant ne remet ces documents aux personnes concernées que lors d'une réunion avec toutes les personnes faisant partie du protocole de la mise en place de la mission.

Article 11 : L'intervenant en T.M.A. doit disposer de tous les moyens techniques suffisants en rapport avec ses interventions professionnelles. Il veille à ce que les lieux soient adaptés à son exercice et permettant de respecter la présente Charte, notamment en matière de secret

professionnel. L'intervenant en T.M.A. ne doit pas accepter comme lieu d'exercice un couloir ou un endroit où il y a un passage de personnes étrangères à l'exercice professionnel de l'intervenant. Cela peut mettre en péril son travail professionnel ainsi que les bénéficiaires de l'intervention.

Article 12 : L'intervenant T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. surveille à ce que ses animaux médiateurs qui l'accompagnent dans l'exercice de son travail soient respectés par toutes autres personnes que lui. Il prend également attention à leur bonne santé et refuse de travailler avec un animal médiateur malade ou fatigué. Il veille également sur les accessoires utilisés (brosses, peignent, laisse, collier), mais également les accessoires permettant de monter un programme avec des équidés. Il retire tout accessoire qui pourrait blesser une personne ou l'animal.

Article 13 : L'intervenant en T.M.A. doit respecter les horaires des ateliers et fait en sorte de ne pas arrêter précipitamment la séance ou ne pas la prolonger sans motif valable et avis des référents, de la Direction de l'établissement ou des parents. Dans l'éventualité où il doit interrompre l'atelier, il doit impérativement soit faire en sorte qu'un collègue à lui ayant les mêmes capacités, puissent continuer les ateliers, soit prévenir l'établissement où les parents de son absence et prévoir la durée. Dans quel cas, un autre intervenant en médiation par l'animale doit assurer la continuité avec l'accord des bénéficiaires, de la Direction de l'établissement ou des parents.

Moyens techniques des applications de la médiation par l'animale

Article 14 : La pratique de la médiation par l'animal qu'elle soit à effet thérapeutique, éducative ou en animation, ne se réduit pas qu'aux techniques et méthodes que l'on met en place. Elle est inséparable d'une évaluation critique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques.

Article 15 : L'intervenant en T.M.A. est informé du caractère relatif de ses évaluations et interprétations. Il ne doit pas en tirer de conclusions sommaires ou définitives sur les capacités ou sur la personnalité des bénéficiaires. Notamment lorsque ses conclusions peuvent avoir une influence directe sur leur existence.

Devoirs envers les collaborateurs

Article 16 : L'intervenant en médiation par l'animale doit soutenir ses collègues dans l'exercice de leur activités et dans l'application et la défense de la dite Charte. Il doit répondre favorablement à leurs sollicitations de conseils et il les aide dans les situations difficiles. Notamment en collaborant à la résolution des problèmes de déontologies. Il peut collaborer avec des confrères travaillant dans un domaine connexe. Le travail et la collaboration en réseau doit respecter les principes de la dite Charte.

Article 17 : L'intervenant respecte les conceptions et les pratiques de ses collaborateurs pour autant qu'elles ne contreviennent pas aux principes de la présente Charte. Ce qui n'exclut pas toute discussion fondée.

Article 18 : L'intervenant en T.M.A. ne doit pas concurrencer ces collègues et doit faire appel à leur collaboration s'il estime qu'ils sont à même de pouvoir le conseiller et répondre à une demande précise.

Article 19 : L'intervenant a une responsabilité dans la diffusion et le développement de la thérapie par médiation par l'animal. Il doit présenter ses applications et ses méthodes en accord avec les règles de déontologies de l'activité et dans le respect de la dite Charte. Il se doit d'intervenir auprès des médias tout confondus, pour rectifier et contribuer au sérieux des informations communiquées au public.

Article 20 : L'intervenant se doit également d'informer le public et les médias, dans le cas d'un reportage, des dangers potentiels d'une pratique incontrôlée de la médiation par l'animale. On entend par là, une pratique sans formation suffisante de la part de l'intervenant en médiation par l'animal et sans contrôle.

Article 21 : Il est rappelé que tout professionnel, qu'il soit dans la santé, dans le social ou dans l'enseignement spécialisé, pour adhérer au Syndicat des Zoothérapeutes et Intervenants en Médiation par l'Animal, devra au préalable, avoir suivi une formation à l'Institut Français de Zoothérapie.

Résumé :

Au cours de ces dernières années, la psychomotricité est de plus en plus proposée aux personnes âgées en France. Cela peut s'expliquer par l'accroissement de cette partie de la population et aussi par l'intérêt qu'a cette thérapie non-médicamenteuse dans les différentes pathologies du vieillissement. L'apparition et la majoration des troubles psycho-comportementaux chez les personnes âgées démentes sont souvent un accélérateur de placement au sein des institutions gériatriques. Ces troubles ne sont pas toujours bien compris, ni bien accompagnés. La médiation canine peut-être, dans le processus thérapeutique en psychomotricité, un moyen d'aller à la rencontre de ces personnes, de leurs troubles, et de les apaiser. C'est en tout cas l'hypothèse que j'ai émise, et à laquelle je tente de répondre dans ce mémoire.

Mots-clés : personne âgée, démence, symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD), médiation canine, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante (EHPAD).

Summary :

In recent years, psychomotricity is more and more available for the elderly in France. This can be explained primarily by the increase of that part of the population, but also by the appeal of this non-drug therapy among the various pathologies of aging. The emergence and increase of psycho-behavioral disorders in elderly people with dementia is often an accelerator of placement in geriatric institutions. These disorders are not always well understood or well accompanied. Canine mediation may be, in the psychomotor therapy process, a way to meet these people, their troubles, and to soothe them. In any case, this is the hypothesis I have made, and to which I am trying to answer in this brief.

Keywords : elderly person, dementia, psycho-behavioral symptoms of dementia (SPCD), canine mediation, accommodation establishment for dependent elderly persons (EHPAD).