

# La Maladie d'Alzheimer :

## De l'autonomie à la dépendance

*Apport de la psychomotricité*

*dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer*



Mémoire présenté par Elodie CLAISEAU

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

Référents de mémoire :

Session de JUIN 2009

M<sup>me</sup> Danièla GATTO

M<sup>me</sup> Nathalie LE MELINER

# La Maladie d'Alzheimer :

## De l'autonomie à la dépendance

*Apport de la psychomotricité*

*dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer*

Mémoire présenté par Elodie CLAISEAU

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

Référents de mémoire :

Session de JUIN 2009

M<sup>me</sup> Danièla GATTO

M<sup>me</sup> Nathalie LE MELINER

*« Si je ne suis pas ou plus celui que je pensais,  
ai-je encore de la valeur pour les autres et pour moi ? »*

*(Gommers A., 1992)*

*Un grand Merci...*

*A Danièla Gatto et Nathalie Le Meliner pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité, leurs conseils et leur soutien tout au long de cette année.*

*A Claire De Savigny pour son aide et l'attention qu'elle a portée à mon travail.*

*A l'équipe soignante pour leur accessibilité.*

*Aux résidents de la maison de retraite et du service de long séjour pour leur accueil chaleureux, leurs sourires et leur implication au sein des séances.*

*A ma famille, à mes ami(e)s qui m'ont écouté, encouragé et soutenu dans les moments de doute.*

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

Introduction.....	p.2
-------------------	-----

## PARTIE THEORIQUE

I. Personne âgée et maladie d'Alzheimer.....	p.4
1.1. La personne âgée présentant une démence.....	p.4
1.1.1. <u>Quelques définitions</u> .....	p.4
1.1.1.1. Le vieillissement.....	p.4
1.1.1.2. La démence.....	p.4
1.1.2. <u>Caractéristiques psychomotrices de la personne âgée</u> .....	p.5
1.1.2.1. Le schéma corporel et l'image du corps.....	p.5
1.1.2.2. Le tonus.....	p.6
1.1.2.3. Le maintien de l'équilibre et la posture.....	p.7
1.1.2.4. « La marche sénile ».....	p.8
1.1.2.5. Les mouvements.....	p.8
1.1.2.6. La sphère sensorielle.....	p.9
1.1.2.7. L'espace et le temps.....	p.10
1.1.2.8. Au niveau cognitif.....	p.10
1.1.2.9. Au niveau psychologique.....	p.11
1.2. <u>La maladie d'Alzheimer</u> .....	p.11
1.2.1. <u>Historique de la maladie d'Alzheimer</u> .....	p.12
1.2.2. <u>Neuropathologie</u> .....	p.12
1.2.2.1. Les plaques séniles.....	p.12
1.2.2.2. Les dégénérescences neurofibrillaires.....	p.13
1.2.3. <u>Diagnostic</u> .....	p.13
1.2.4. <u>Evolution de la maladie d'Alzheimer</u> .....	p.13
1.2.4.1. La phase de début.....	p.13
1.2.4.2. La phase d'état.....	p.14
1.2.4.3. La phase terminale.....	p.14
II. Une perte progressive de l'autonomie physique et psychique.....	p.15
2.1. <u>L'altération de l'autonomie en fonction du tableau clinique de la maladie</u> .....	p.16
2.1.1. <u>Les troubles cognitifs</u> .....	p.16
2.1.1.1. Les troubles mnésiques.....	p.16
2.1.1.2. Les apraxies.....	p.18
2.1.1.3. Les agnosies.....	p.19
2.1.1.4. Les aphasies.....	p.20
2.1.1.5. Les troubles des fonctions exécutives.....	p.21
2.1.1.6. Les troubles attentionnels.....	p.22
2.1.2. <u>Les troubles psychomoteurs</u> .....	p.23
2.1.2.1. La désorientation temporo-spatiale.....	p.23
2.1.2.2. Les troubles du schéma corporel et de l'image du corps.....	p.24
2.1.2.3. Le tonus.....	p.24
2.1.2.4. L'instabilité psychomotrice.....	p.25
2.1.2.5. L'inhibition psychomotrice.....	p.26

2.1.3.	<u>Les troubles psycho-comportementaux</u> .....	p.26
2.1.4.	<u>Autres troubles</u> .....	p.27
2.2.	<u>Un sentiment de déclin</u> .....	p.28
2.2.1.	<u>Le vécu de la perte</u> .....	p.28
2.2.1.1.	La perte d'objet.....	p.29
2.2.1.2.	La perte de fonction.....	p.29
2.2.1.3.	La perte de soi.....	p.30
2.2.2.	<u>Altération du narcissisme</u> .....	p.30
2.3.	<u>L'institutionnalisation</u> .....	p.31
2.3.1.	<u>L'entrée en institution</u> .....	p.31
2.3.1.1.	Une rupture.....	p.31
2.3.1.2.	Une perte de repères.....	p.33
2.3.1.3.	Un choix pour certains.....	p.33
2.3.2.	<u>Une étape qui peut être malgré tout positive</u> .....	p.33
2.3.3.	<u>La relation soignants / soigné</u> .....	p.34
2.3.4.	<u>La dépendance s'installe et s'accroît, jusqu'à être totale</u> .....	p.35
III.	<u>La prise en charge psychomotrice des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer</u> .....	p.35
3.1.	<u>La psychomotricité en gériatrie</u> .....	p.35
3.1.1.	<u>Champ d'intervention de la psychomotricité en gériatrie</u> .....	p.35
3.2.	<u>Les stimulations psychomotrices</u> .....	p.36
3.3.	<u>L'approche corporelle</u> .....	p.36
3.3.1.	<u>Le corps, un langage</u> .....	p.36
3.3.2.	<u>L'approche corporelle comme ...</u> .....	p.37
3.3.2.1.	... réponse aux troubles psycho-comportementaux.....	p.37
3.3.2.2.	... maintien dans le réel.....	p.37
3.3.3.	<u>Le "corps-plaisir"</u> .....	p.38
3.3.3.1.	Réinvestissement corporel.....	p.38
3.3.3.2.	Réhabilitation de l'estime de soi.....	p.39
IV.	<u>Conclusion</u> .....	p.40

## PARTIE CLINIQUE

I.	<u>Présentation de l'établissement</u> .....	p.42
1.1.	<u>Le fonctionnement de l'établissement</u> .....	p.42
1.2.	<u>Les résidents</u> .....	p.43
1.3.	<u>La psychomotricité dans l'établissement</u> .....	p.43
1.3.1.	Sa place dans l'établissement.....	p.43
1.3.2.	Les prises en charge.....	p.44
1.3.3.	Ma place en tant que stagiaire.....	p.45
II.	<u>Madame B. et Madame T., deux patientes atteintes de maladie d'Alzheimer</u> .....	p.45
2.1.	<u>Madame B.</u> .....	p.45
2.1.1.	<u>Anamnèse</u> .....	p.45
2.1.1.1.	Antécédents.....	p.45
2.1.1.2.	Histoire de la maladie.....	p.46

2.1.2.	<u>Les bilans</u> .....	p.46
2.1.2.1.	Les bilans complémentaires.....	p.46
2.1.2.2.	Le bilan psychomoteur.....	p.47
2.1.3.	<u>Projet thérapeutique en psychomotricité</u> .....	p.49
2.1.4.	<u>Evolution de la prise en charge</u> .....	p.50
2.1.5.	<u>Conclusion de la prise en charge</u> .....	p.53
2.2.	<u>Madame T.</u> .....	p.54
2.2.1.	<u>Anamnèse</u> .....	p.54
2.2.1.1.	Antécédents.....	p.54
2.2.1.2.	Histoire de la maladie.....	p.54
2.2.2.	<u>Les bilans</u> .....	p.54
2.2.2.1.	Les bilans complémentaires.....	p.54
2.2.2.2.	Le bilan psychomoteur.....	p.55
2.2.3.	<u>Projet thérapeutique en psychomotricité</u> .....	p.57
2.2.4.	<u>Evolution de la prise en charge</u> .....	p.57
2.2.5.	<u>Conclusion de la prise en charge</u> .....	p.58
III.	<u>Conclusion</u> .....	p.59

## DISCUSSION

Comment la psychomotricité peut-elle limiter la perte d'autonomie chez les personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer? Comment le psychomotricien peut-il les accompagner dans ce processus vers la dépendance, dans cette rétrogénése ?

I.	<u>La stimulation psychomotrice</u> .....	p.62
1.1.	<u>La motricité</u> .....	p.63
1.2.	<u>L'orientation temporo-spatiale</u> .....	p.65
1.3.	<u>Au niveau cognitif</u> .....	p.67
II.	<u>L'accompagnement dans la maladie : améliorer le quotidien</u> .....	p.68
2.1.	<u>Les troubles psycho-comportementaux</u> .....	p.68
2.2.	<u>La dépendance</u> .....	p.72
2.3.	<u>Les communications non verbales</u> .....	p.74
2.4.	<u>La notion de plaisir</u> .....	p.76
2.5.	<u>La fin de vie</u> .....	p.77

## CONCLUSION

Conclusion.....	p.82
-----------------	------

## ANNEXE

Facteurs de risque et de protection de la maladie d'Alzheimer.....	p.84
--	------

## BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie.....	p.86
--------------------	------

# INTRODUCTION



L'envie d'écrire un mémoire sur la maladie d'Alzheimer m'est venue suite à un stage court effectué auprès de personnes âgées. Ce mémoire est donc le fruit d'une rencontre, de chemins qui se sont croisés, avec des personnes qui m'ont touché. A travers elles, j'ai découvert la maladie d'Alzheimer que je ne connaissais alors que par l'intermédiaire des médias. J'ai été interpellé par la manière dont s'exprime cette maladie au niveau corporel, engendrant hypertonie, dysharmonie tonico-émotionnelle, trouble du schéma corporel etc., mais aussi par l'atteinte cognitive plus ou moins précoce selon les personnes et phases de la maladie. A travers les observations que j'ai pu faire lors de ce stage, je me suis rendue compte que la psychomotricité ne pouvait être que bénéfique pour ces personnes, aussi bien à travers l'approche corporelle qu'elle propose pour favoriser une communication non verbale et une détente psychocorporelle, qu'à travers les diverses stimulations psychomotrices possibles permettant le maintien d'une certaine autonomie.

De cette rencontre, un stage long s'est donc mis en place et les questions se sont succédées : Comment ces personnes présentant une maladie d'Alzheimer ressentent-elles leur corps ? Quels impacts la maladie d'Alzheimer engendre-t-elle au niveau de l'autonomie ? Comment ces personnes vivent-elles cette perte d'autonomie, cette rétrogénése ? En ont-elles conscience ?

Face à ces interrogations, un plan s'est établi et les pages se sont écrites. Ces pages qui suivent vont donc tenter de répondre en partie à ce questionnement.

Dans une première partie, grâce à des notions théoriques, nous dessinerons un bref portrait de la personne âgée, et nous définirons la maladie d'Alzheimer. Puis, nous aborderons la perte progressive de l'autonomie physique et psychique résultant de l'accentuation des troubles. Enfin, nous évoquerons la prise en charge psychomotrice des personnes âgées souffrant de cette démence.

Dans une seconde partie, nous suivrons les prises en charge psychomotrice de deux résidentes présentant une maladie d'Alzheimer, Mesdames B. et T.

Enfin, au cours de la discussion, nous aborderons des sujets de réflexions que le stage et l'écriture de ce mémoire ont fait émerger. Ainsi, nous nous questionnerons autour de l'apport de la psychomotricité dans le ralentissement de la perte d'autonomie chez les personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer, mais également autour du type d'accompagnement que peut offrir le psychomotricien dans ce processus vers la dépendance, dans cette rétrogénése.

# PARTIE THEORIQUE

## II. Personne âgée et maladie d'Alzheimer

### 1.1. La personne âgée présentant une démence

#### 1.1.3. Quelques définitions

##### 1.1.3.1. Le vieillissement

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques modifiant la structure et les fonctions de l'organisme. C'est un processus lent, progressif et irréversible d'altération de l'organisme quant à son adaptation aux conditions de l'environnement. (Cours de gérontologie : Gérontologie).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) parle de jeunes vieillards de 60 à 74 ans, puis de vieillards de 75 à 90 ans, et enfin de grands vieillards au-delà de 90 ans.

Avec l'avancée en âge, le risque de développer des maladies croît. Ces pathologies touchent le plus souvent des organes ou un trouble fonctionnel des organes. Ce risque est angoissant pour les personnes âgées. La répercussion de ces maladies est souvent plus importante chez le sujet âgé car leurs effets se surajoutent aux altérations liées au vieillissement.

##### 1.1.3.2. La démence

La démence constitue une des principales pathologies chez les personnes âgées.

Selon la 10<sup>ème</sup> révision de la Classification Internationale des Maladies, « la démence est un syndrome dû à une affection cérébrale habituellement chronique et progressive, caractérisée par une perturbation des fonctions supérieures. »

Les démences primaires dégénératives (telles que la Maladie d'Alzheimer) ou vasculaires (dus à un accident vasculaire cérébral) sont à différencier des démences secondaires dues à une infection (telles que le VIH) ou à un médicament. Les démences primaires sont irréversibles alors que la plupart des démences secondaires sont curables : nous parlons plus de signes démentiels que de démence à proprement dit.

#### **1.1.4. Caractéristiques psychomotrices de la personne âgée**

##### **1.1.4.1. Le schéma corporel et l'image du corps**

*« Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. » (De Ajuriaguerra J., cours de psychomotricité : Sémiologie des troubles du schéma corporel).*

Le corps est envisagé comme point de référence dans la mesure où le sujet en est le possesseur. *« Le schéma corporel comme référence n'est pas une donnée mais une pratique qui évolue avec l'exploration et l'imitation. » (De Ajuriaguerra J., cours de psychomotricité : Sémiologie des troubles du schéma corporel).* Il n'est pas une entité biologique et psychologique, mais le résultat est la condition de juste rapport entre un individu et son milieu. Avec le vieillissement, privé de l'ensemble de sensations (kinesthésiques, visuelles etc.), le schéma corporel de la personne âgée s'appauvrit. Cette dernière a tendance à oublier, à délaissé, les parties de son corps qui ne sont plus investies. Son manque d'initiative motrice engendre une diminution d'expériences et d'exploration.

*« L'image du corps est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire. [...] Elle est éminemment inconsciente. L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles [...]. Tout contact avec l'autre, que ce contact soit de communication ou d'évitement de communication est sous-tendu par l'image du corps, car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le passé résonne dans la relation présente. » (Dolto F., cours de psychomotricité : Schéma corporel et Image du corps).*

L'image du corps se construit à partir du schéma corporel, des expériences émotionnelles et de la relation à autrui. L'altération du schéma corporel et le corps vieillissant vont alors modifier l'image du corps du sujet âgé. Ce dernier assiste à la lente transformation de son corps d'un point de vue physiologique, ce qui remet en cause sa propre image du corps avec laquelle il a tendance à nier toute relation narcissique. La personne âgée décrit son corps comme laid, douloureux car il est ridé, fripé. L'image que lui renvoie le miroir est difficile à accepter. Les troubles de l'image du corps provoquent chez la personne âgée une fragilisation de l'organisme face aux maladies et aux accidents. La personne âgée vit son corps sur un mode douloureux. Face aux difficultés de l'existence et aux traumatismes, le narcissisme joue le rôle de « gardien de la vie » (Balier C.,

1979), dans la mesure où il est amour de soi. Les divers changements qui surviennent au cours du vieillissement génèrent une épreuve de réalité douloureuse et provoquent des blessures narcissiques, des atteintes plus ou moins profondes de l'image de soi. La personne âgée doit donc opérer un perpétuel travail de réconciliation avec son corps qui défaille. « *Le corps devient une épreuve de réalité, cela entraîne le deuil de l'image idéale du corps.* » (Modange et Chaumont, *cours de gérontologie : La maladie d'Alzheimer*).

Le rôle du psychomotricien au niveau de la réhabilitation de l'estime de soi, de la revalorisation, est donc un axe de travail primordial.

#### **1.1.4.2. Le tonus**

Avec l'âge, les cellules du cortex moteurs sont lésées (une perte de 20 à 40% des cellules s'observe). Entre 70 et 80 ans, nous observons un dépeuplement des cellules du cervelet et des noyaux gris centraux. Ce dépeuplement s'accompagne d'une diminution de l'activité de ces neurones. Des rétrocontrôles segmentaires vont s'opérer, entraînant ainsi des déséquilibres toniques avec modifications du tonus de fond.

Selon J. De Ajuriaguerra, « *les personnes âgées présentent une légère hypertonie d'opposition et une hypertonie plastique. Ces phénomènes prédominent dans un premier temps au niveau des membres supérieurs, puis se diffusent jusqu'au cou.* » (Cours de gérontologie : *Vieillesse et fonctions psychomotrices*).

Pour F. Pitteri, « *vu leur fréquence élevée chez le sujet de plus de 70 ans, l'hypertonie d'opposition, l'hypertonie plastique et les paratonies de fond peuvent être considérées comme quasi physiologiques.* » (Cours de gérontologie : *Vieillesse et fonctions psychomotrices*).

Toutes ces modifications liées au vieillissement pourront modifier le tonus d'attitude : nous observerons alors un corps rigide, les épaules en antéflexion, le dos cyphosé, l'élévation du regard plus difficile, l'équilibre statique fragilisé, le polygone de sustentation élargi, la marche ralentie en raison d'une limitation de l'amplitude des pas, et le ballant des membres supérieurs très diminué.

### 1.1.4.3. Le maintien de l'équilibre et la posture

*« Le phénomène de perte de l'équilibre chez le sujet âgé est une réalité. Plus nous vieillissons, plus les sentiments de stabilité, de vertige, d'insécurité ainsi que de dépendance lors des déplacements augmentent. » (Albaret J.M., Aubert E., 2001, p.22).*

Avec le vieillissement, le nombre de chutes croît. Selon l'OMS, la chute est la première cause de décès accidentels après 65 ans.

L'équilibre statique (faculté à contrôler les oscillations posturales du corps pendant la station verticale sans déplacement des points d'appuis) est plus précaire avec l'avancée en âge. En effet, les oscillations lors de la station érigée sont plus fréquentes et d'amplitude plus grande. La posture en position debout souligne l'accentuation de la rétroversion du bassin ou de la flexion des genoux et des hanches, induisant un appui plus important sur les talons. De plus, comme nous venons de le voir précédemment, les modifications toniques entraînent une modification de la posture chez le sujet vieillissant.

*« L'équilibre dynamique nécessite l'utilisation d'informations intéroceptives et extéroceptives afin de réagir aux perturbations de stabilité. Les changements brusques de l'environnement rendent l'équilibre dynamique du sujet âgé moins performant. » (Albaret J.M., Aubert E., 2001, p.26).*

Compte tenu des multiples modifications liées au vieillissement, la perte d'équilibre ne résulte pas uniquement d'une diminution des capacités physiques. Selon Craik (1989), un « *stimulus interne ou externe cause la perte d'équilibre, il peut s'agir de vertiges, de faiblesses musculaires ou des aléas de la surface de déplacement.* » Il ajoute également que cette perte d'équilibre serait « *liée à l'incapacité du sujet âgé à corriger ou à répondre à cette perte d'équilibre inattendue, à cause d'un accroissement du temps de réaction, une diminution des intégrations du système nerveux central, la diminution de la force musculaire et la perte de la mobilité articulaire. Ces mécanismes sont qualitativement et quantitativement modifiés, obligeant le sujet vieillissant à une réorganisation stratégique de sa capacité à maintenir son équilibre.* » (cité par Albaret J.M., Aubert E., 2001, p.27).

#### **1.1.4.4. « La marche sénile »**

Certains auteurs qualifient de « marche sénile » la marche de la personne âgée.

L'aspect de la marche de la personne âgée est modifié. Nous observons un élargissement du polygone de sustentation visant à abaisser le centre de gravité. La marche est plus précautionneuse (plus lente), et l'amplitude des pas est réduite. Les pas sont traînés voire glissés sur le sol, favorisant les chutes par accrochages du pied. La trajectoire est irrégulière. La phase d'appui unipodal est réduite en faveur d'un allongement de la phase d'appui bipodal. L'amplitude des mouvements des chevilles, des genoux et des hanches est réduite. Le tronc est légèrement incliné entraînant une cyphose dorsale haute, et les bras sont collés au corps. La marche nécessite une attention plus importante avec le regard fixé au sol près des pieds. La capacité d'adaptation de la vitesse de marche est diminuée. Enfin, chaque déplacement demande un effort physique supplémentaire : le sujet est plus vite fatigué.

Notons qu'il arrive qu'une aide à la marche soit nécessaire afin de rassurer la personne âgée (donner le bras, prendre une canne par exemple). En effet, la peur de chuter est une réalité chez le sujet âgé. Le manque de confiance en soi vient notamment alimenter cette peur. Une perte de l'élan moteur peut alors être constatée par crainte de tomber.

#### **1.1.4.5. Les mouvements**

*« Les altérations liées au vieillissement portent d'une part, sur des limitations de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements, mais aussi sur une réduction des capacités de traitement de l'information, concernant principalement l'attention ainsi que les processus de sélection et de programmation de la réponse motrice. » (Albaret J.M., Aubert E., 2001, p.19).*

Le temps de réaction est le temps qui sépare l'apparition d'un stimulus auquel le sujet doit répondre, et le début de cette réponse.

Avec l'avancée en âge, le temps de réaction est plus long, et ce encore plus avec l'accroissement du nombre de réponses possibles. Les dégénérescences neurophysiologiques peuvent expliquer en grande partie l'augmentation du temps de réaction ; mais elle peut également s'expliquer par la tendance qu'a la personne âgée à privilégier une réponse plus lente et plus réfléchie en minimisant ainsi les risques d'erreurs.

Le temps de mouvement quant à lui est aussi augmenté. En effet, la personne âgée privilégie la précision au détriment de la vitesse pour limiter les erreurs. Comme le soulignent Goggin et Stelmach en 1990 (cités par J.M. Albaret et E. Aubert, 2001, p. 22), les pics d'accélération et de vitesse sont diminués, les phases de décélération sont allongées, et la régulation de la vitesse en fonction de l'amplitude du mouvement est moins importante qu'auparavant.

#### **1.1.4.6. La sphère sensorielle**

##### ✓ La perception visuelle

Les changements touchent tous les tissus et composants de l'œil, bouleversant ainsi l'acuité visuelle du sujet.

La perception des couleurs est d'abord altérée avec une diminution de la sensibilité. La personne âgée modifie également son rapport à la lumière : elle devient plus sensible à l'éblouissement et le changement de luminosité nécessite un temps d'adaptation plus long. La profondeur du champ visuel est aussi sujette à des modifications : nous observons de réelles difficultés à fixer des objets placés à différentes distances. Avec l'âge, l'acuité visuelle est moins performante. L'augmentation du seuil de la sensation visuelle (stimulation minimum pour être perçue) en est une preuve. Les stimuli doivent donc être plus intenses pour être perçus. La perception du plus petit mouvement est également moins fine. Enfin, l'activité oculomotrice est plus lente et la poursuite oculaire est saccadée.

##### ✓ La perception auditive

Avec l'âge, nous observons une presbyacousie croissante notamment portée sur les hautes fréquences. Les sons aigus contenus dans les consonnes sont peu ou pas perçus, ce qui entraîne une mauvaise compréhension du discours. Enfin, compte tenu de la faible capacité de discrimination, le sujet âgé présente également une stéréocousie (perte de la perception auditive spatiale) d'autant plus si le son est aigu.

##### ✓ La perception tactile

Les caractéristiques physiques de la peau (diminution de l'épaisseur, de l'élasticité par exemple) et de ses différents composants (collagène, tissus adipeux etc.) se modifient au cours du temps, ainsi que la qualité et la quantité d'informations reçues lors de manipulation, de mobilisation. Avec l'avancée en âge, le nombre de récepteurs diminue, entraînant ainsi une augmentation du seuil de sensibilité tactile et digitale : les stimuli doivent être plus forts pour être perçus.



✓ La proprioception

Au cours du vieillissement, « on note [...] des différences constitutionnelles au niveau des muscles avec une diminution du nombre de récepteurs ligamentaires et capsulaires, associée à une raréfaction des récepteurs neurotendineux de Golgi et ceux des fuseaux neuromusculaires. » (Tavernier-Vidal et al., 1991, cité par Albaret J.M., Aubert E., 2001, p.18). La discrimination proprioceptive est donc moins fine.

L'altération de la proprioception retentit sur l'équilibre, l'équilibration et la motricité fine.

✓ L'olfaction et la gustation

La sensibilité aux odeurs, aux goûts est diminuée au cours du vieillissement. Les personnes âgées trouvent la nourriture plus fade et moins appétissante. La tolérance aux épices diminue également. Il n'est donc pas étonnant que la perte du goût fasse perdre l'appétit.

#### **1.1.4.7. L'espace et le temps**

Au niveau de l'espace corporel, la personne âgée peut voir ses repères déstabilisés. Elle doit s'adapter aux transformations de son corps vieillissant, et doit constamment renégocier sa relation à l'espace. « On observe successivement : une restriction de l'espace d'action, un balisage et un repérage d'itinéraires, une compensation par habitudes. » (F. Pitteri, 2000, p.229). Il n'est pas rare aussi de constater que la personne âgée réduise ses déplacements, ses sorties, par souci de devoir souvent demander de l'aide, et donc de déranger.

Le temps est avant tout un rythme qui diminue avec l'âge ; le temps qui reste à vivre diminue. Enfant, une année nous paraît une éternité. En grandissant, les années nous semblent passer plus vite. Puis, en vieillissant, nous finissons par compter le temps qui nous reste à vivre.

#### **1.1.4.8. Au niveau cognitif**

Nous savons que vieillir conduit généralement à une diminution des performances cognitives et des capacités mnésiques en particulier.

Les changements neuro-anatomiques et physiologiques liés à l'âge entraînent des modifications sur le plan cognitif. Le système nerveux central est altéré, induisant notamment un ralentissement au niveau cognitif. Des mécanismes comme le ralentissement de la transmission synaptique ou la perte d'informations au cours de chaque transmission, seraient ainsi impliqués dans ce ralentissement cognitif. Avec l'avancée en âge, les fonctions intellectuelles diminuent

également mais peuvent toutefois rester très bonnes. Au niveau de l'attention, la personne âgée a tendance à se laisser distraire et la concentration soutenue dure moins longtemps. L'apprentissage automatique est plus difficile également. La capacité verbale quant à elle reste souvent intacte.

#### **1.1.4.9. Au niveau psychologique**

Selon F. Pitte (2000, p.228), « *le ralentissement demeure le phénomène le plus caractéristique du vieillissement, mais la qualité du vieillir dépend de la rapidité de la dégradation somatique et de la force de cohésion de la personnalité antérieure. L'atteinte de l'autonomie psychologique (volonté d'exercer son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir) influe plus sur la santé mentale que la dégradation de l'autonomie fonctionnelle.* »

Nous avons vu précédemment qu'au cours du vieillissement, le risque de développer une maladie augmentait. Ce risque est angoissant pour la personne âgée. Une des pathologies à laquelle la personne âgée est sujette est la dépression, mode d'entrée le plus fréquent dans une démence. La dépression peut être réactionnelle à des deuils : deuil de la perte des états corporels, mais aussi deuil de la perte des états psychoaffectifs. Un travail du vieillir doit être réalisé simultanément.

## **1.2. La maladie d'Alzheimer**

La maladie d'Alzheimer est une démence neurodégénérative à prédominance corticale qui touche en premier lieu les fonctions cognitives, et se répercute sur le comportement et l'adaptation sociale des personnes en souffrant. Elle survient en moyenne autour de 65 ans. Elle commence généralement de façon insidieuse et lente, et évolue progressivement pendant plusieurs années.

Cette maladie est responsable d'environ 80% des démences présentées par les personnes âgées. Sa fréquence augmente avec l'âge : seulement 3% des sujets de 60 ans sont concernés par cette maladie, alors que 47% des sujets de plus de 75 ans en souffrent.

Ces données indiquent l'importance du problème social et économique que constitue cette maladie et montrent combien il est essentiel de mettre en place des stratégies de prises en charge et d'accompagnement efficaces tel que le plan Alzheimer, un des cinq plans de santé publique.

Le plan Alzheimer est un plan pour la prise en charge des troubles de la maladie d'Alzheimer en France et de ceux qui y sont liés. Les grandes orientations du plan Alzheimer 2008-2012 sont notamment : le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie, le

développement de la recherche médicale, la simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille dans toutes ses dimensions, l'amélioration de la prise en charge de l'apparition précoce de la maladie d'Alzheimer.

### **1.2.1. Historique de la maladie d'Alzheimer**

Aloïs Alzheimer (1864-1915), médecin psychiatre et neuropathologiste allemand, étudia le cerveau des personnes atteintes de démence. En 1907, il établit pour la première fois un rapport entre un syndrome démentiel survenant chez une patiente de 51 ans, Madame Auguste D., et des lésions neuroanatomiques caractéristiques. Atteinte de démence, Madame Auguste présentait une jalousie excessive accompagnée, peu après, de troubles régressifs des fonctions intellectuelles. Les lésions étaient proches de celles de la démence sénile mais le jeune âge de Madame Auguste ne permettant pas de poser le diagnostic de démence sénile, le nom de maladie d'Alzheimer fut donné.

### **1.2.2. Neuropathologie**

Le vieillissement cérébral s'accompagne de plusieurs changements : atrophie corticale, perte neuronale, et changement de la fonction cholinergique qui entraîne des perturbations du fonctionnement cognitif. Les changements les plus caractéristiques sont les dégénérescences neurofibrillaires et les plaques séniles. Ces plaques et faisceaux neurofibrillaires sont observés en moindre quantité dans le vieillissement normal qu'ils ne le sont dans la maladie d'Alzheimer.

#### **1.2.2.1. Les plaques séniles**

Ces plaques sont essentiellement localisées dans le néocortex et l'hippocampe.

Il s'agit de lésions extracellulaires. Les plaques séniles résultent de l'accumulation extracellulaire d'amyloïde (béta-protéine A4), ou peptide A. L'accumulation dans le milieu extracellulaire du peptide A participerait à l'entrée massive de calcium dans la cellule (altération de la membrane) et activerait la microglie (réaction inflammatoire), ce qui entraînerait la mort inéluctable du neurone par nécrose ou par apoptose.

### **1.2.2.2. Les dégénérescences neurofibrillaires**

Il s'agit de lésions cellulaires secondaires à l'accumulation de la protéine tau sous une forme hyperphosphorylée. Les faisceaux neurofibrillaires sont constitués de fibrilles, elles-mêmes composées de la protéine tau, qui s'enroulent en hélice et s'amassent massivement dans le corps de la cellule nerveuse et sur ses axones. Les substances nécessaires au bon fonctionnement du neurone ne pourront donc plus être acheminées jusqu'au corps cellulaire, le neurone dégénère et meurt.

### **1.2.3. Diagnostic**

« Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est un diagnostic d'exclusion : il n'est prononcé que lorsque toutes les autres explications possibles des troubles du patient sont exclues. Il faudra notamment exclure les conséquences d'un syndrome dépressif, de lésions vasculaires ou d'autres démences comme la démence fronto-temporale et la démence à corps de Lewy. C'est un diagnostic de probabilité qui ne sera confirmé qu'après autopsie. L'examen post mortem est le seul élément permettant de poser un diagnostic rétrospectif de certitude de la maladie. Cependant, un diagnostic peut être émis du vivant de la personne sur la base d'un ensemble d'éléments. Au premier plan figurent les pertes de mémoire qui se manifestent graduellement et de façon insidieuse. [...] Toutefois, pour envisager un diagnostic de maladie d'Alzheimer, ces déficits mnésiques doivent être associés à au moins un autre déficit cognitif qui peut toucher les fonctions instrumentales (langage, praxies, gnosies), les fonctions exécutives (raisonnement, planification, contrôle de l'exécution), ou les fonctions d'orientation temporo-spatiale. » (Brouillet D., Syssau A., 2008, p.77-78).

### **1.2.4. Evolution de la maladie d'Alzheimer**

La maladie d'Alzheimer est une maladie évolutive caractérisée par des périodes de stabilisation. La vitesse de progression du déclin intellectuel est très variable (de un à quinze ans) se résumant le plus souvent en trois phases.

#### **1.2.4.1. La phase de début**

Pendant cette phase, la personne âgée peut présenter une perte de mémoire perturbant ainsi son activité professionnelle, une diminution des capacités de concentration, un trouble de la

reconnaissance des chiffres et des nombres avec une certaine acalculie, des troubles visuo-spatiaux modérés, une perte d'intérêt pour des tâches ou des plaisirs habituels, et une perte de codes sociaux en terme de sens commun. Les premiers oublis de nom et de choses simples sont constatés lors de cette phase.

#### **1.2.4.2. La phase d'état**

Cette seconde phase est caractérisée par une prosopagnosie (perte de la reconnaissance des visages) mais le conjoint est toujours reconnu, des comportements d'errance sans but, une perte de l'orientation spatiale sur des parcours habituels, une incapacité à effectuer des actes de la vie courante (début de la difficulté pour se nourrir, se brosser les dents, s'habiller, prendre le traitement), une période de délire et d'hallucination sur des termes très divers, des troubles du sommeil (insomnies avec déambulation et angoisses nocturnes), une dysphasie, une dyspraxie, une dysgnosie (incapacité à reconnaître et identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes).

#### **1.2.4.3. La phase terminale**

Cette dernière phase de la maladie se caractérise par les 4A (amnésie, apraxie, agnosie, aphasie) l'absence de la marche, des troubles de la déglutition majeurs qui imposent la mise en place de sonde nasogastrique, et un alitement de la personne âgée. Tous les actes de la vie quotidienne sont touchés. Le décès s'ensuit.

(Cours de gérontologie : La maladie d'Alzheimer).

Du fait de l'hétérogénéité des manifestations de cette démence, la définition de la phase d'évolution de la maladie est délicate. En effet, certaines personnes âgées pourront présenter des troubles évoqués lors de la phase de début seulement en phase d'état, et inversement. L'évolution est différente d'un sujet à un autre : il existe autant de formes de la maladie que de sujets atteints.

Les troubles évoqués lors de ces différentes phases ne sont pas sans répercussions au niveau de l'autonomie physique et psychique des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer.

## II. Une perte progressive de l'autonomie physique et psychique

L'autonomie se définit comme étant la capacité à se gouverner soi-même. Elle suppose donc une bonne capacité de jugement et la liberté de pouvoir choisir. (Cours de gérontologie : Gérontologie).

La perte d'autonomie est corrélée avec l'altération des fonctions cognitives. Au cours de la maladie d'Alzheimer, l'autonomie de la personne est diminuée du fait de l'aggravation des symptômes. En phase terminale, la dépendance à autrui est totale.

En s'appuyant sur les théories piagésiennes, J. De Ajuriaguerra et ses collaborateurs (1968, 1970...) ont montré que la maladie d'Alzheimer réalisait une rétrogénèse dont nous pouvons suivre l'involution instrumentale et cognitive : « *La démence dégénérative fait repasser mais en sens inverse, les vieillards qui en sont atteints, par les stades qui caractérisent l'ontogénèse des fonctions cognitives.* » (De Ajuriaguerra J. et al., cités par Montani C., 1994, p.35).

Linden (1981) distingue six étapes dans le cours de la rétrogénèse :

- « - *stade 1 : importance croissante du souvenir,*
- *stade 2 : début du manque de mémoire,*
- *stade 3 : début de l'éloignement de la réalité,*
- *stade 4 : effacement, apathie, confusion et désorientation,*
- *stade 5 : manque de contrôle sphinctérien, incontinence,*
- *stade 6 : impotence complète s'approchant du stade fœtal.* »

(cité par Personne M., 1994, p.93).

Afin de mettre en évidence la perte progressive de l'autonomie physique et psychique lors de cette démence, nous allons dresser en premier lieu le tableau clinique de la maladie d'Alzheimer, dans lequel nous ferons le lien entre les symptômes et les conséquences au niveau de l'autonomie. Puis, nous évoquerons le sentiment de déclin que ressentent ces personnes suite à cette perte d'autonomie. Enfin, nous verrons que cette dernière conduit inévitablement à l'institutionnalisation.


## 2.1. L'altération de l'autonomie en fonction du tableau clinique de la maladie

La maladie s'installe de façon insidieuse et progressive, de telle sorte qu'il n'est pas toujours facile de préciser quand elle a débuté. Au départ, les symptômes sont discrets, banals et différents d'une personne à l'autre. Leur importance s'aggrave généralement avec le temps.

### 2.1.1. Les troubles cognitifs

Il y a encore peu, l'approche neuropsychologique de la maladie d'Alzheimer était dominée par une conception qui considérait que les "malades Alzheimer" présentaient un dysfonctionnement cognitif généralisé et homogène. Aujourd'hui, il est admis que cette maladie peut affecter de manière relativement isolée certains processus ou systèmes cognitifs, et en épargner d'autres.

#### 2.1.1.1. Les troubles mnésiques

 La mémoire est le domaine cognitif le plus atteint, le plus précocement et de manière quasi systématique. Il est très rare que cette démence débute par un autre trouble que celui de la mémoire. Les troubles mnésiques sont généralement remarqués au début par l'entourage. Ce sont les troubles les plus invalidants de la vie quotidienne. En phase terminale, l'amnésie est totale.

##### ✓ La mémoire à long terme

Elle peut être définie comme une mémoire permanente présumée avoir une capacité illimitée, mais sujette à l'oubli et plus fragile aux lésions cérébrales. La récupération est plus lente qu'en mémoire à court terme car les informations doivent être cherchées avant d'être rappelées, ce qui nécessite l'utilisation de stratégies plus ou moins automatiques et requérant plus ou moins de ressources cognitives.

La mémoire à long terme est la première touchée dans la maladie d'Alzheimer. Elle regroupe la mémoire épisodique, la mémoire sémantique (ces deux premières formant la mémoire déclarative), la mémoire procédurale.

Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer connaissent d'importantes difficultés dans les tâches de mémoire épisodique, c'est-à-dire dans les tâches exigeant la récupération consciente d'informations apprises dans un contexte spatio-temporel particulier (les tâches de rappel ou de reconnaissance). Les troubles de la mémoire épisodique peuvent affecter tous les processus mnésiques : encodage, stockage, récupération. Le rappel libre est très faible, peu amélioré par la répétition de l'information. L'indiciage sémantique ne favorise pas l'encodage ni la récupération de l'information. Les personnes âgées souffrant de cette maladie ne semblent pas réceptifs, sensibles à l'indiciage, et ce encore moins au fur et à mesure que la démence évolue. A.M. Ergis (2007, p.B-39) écrit : « *Même en fournissant lors de l'encodage un indice catégoriel afin de favoriser un encodage sémantique de l'information et en utilisant ce même indice lors de la récupération, les patients avec MA présentent des déficits marqués.* » La fonction de stockage est également déficitaire : l'information acquise est trop vite oubliée.

En ce qui concerne la mémoire sémantique, les connaissances générales semblent relativement conservées en phase de début et en phase d'état. Les troubles de la mémoire sémantique débutent par des perturbations des connaissances spécifiques sur certains sujets.

La mémoire procédurale quant à elle, semble préservée. C'est la mémoire du savoir comment, en opposition à la mémoire du savoir quoi représentée par la mémoire déclarative. En effet, la mémoire procédurale s'exprime dans l'activité du sujet en permettant l'acquisition progressive et la rétention d'habiletés perceptivo-motrices. C. Montani (2002, p.36) explique : « *ces habilités gestuelles s'inscrivant dans des automatismes acquis résistent, alors que la mémoire déclarative s'effondre dès l'entrée dans le processus dégénératif, ce qui est naturel puisque l'apprentissage implicite est un processus précoce sur le plan développemental et que la démence de type Alzheimer semble réaliser une rétrogénèse.* » La récupération des informations procédurales est lente mais très fiable, alors qu'elles sont très difficilement verbalisables et non accessibles à la conscience.

La mémoire procédurale s'inscrit donc dans le corps et est bien ancrée.

#### ✓ La mémoire à court terme


La mémoire à court terme (ou mémoire de travail) se définit par le fait qu'elle est limitée dans le temps et dans l'espace. En effet, les informations qu'elle contient ont une durée de vie de quelques secondes et un nombre limité qui définit l'empan mnésique. Nous savons qu'une personne non démente peut, en moyenne, maintenir dans cette mémoire entre cinq et neuf




informations différentes. Dans la maladie d'Alzheimer, cette capacité de rétention de l'information diminue : les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer peuvent maintenir en mémoire deux ou trois éléments, voire n'y parviennent plus. C'est ce que nous appelons un oubli à mesure : à la fin de la phrase, la personne a oublié ce que nous venions de lui dire.

Ces limitations peuvent néanmoins être atténuées par l'utilisation de stratégies telles que l'auto-répétition pour le temps, et le regroupement d'informations en unités pour l'espace.

Notons que tous les "malades Alzheimer" ne subissent pas un déficit aussi important de la mémoire de travail : son altération serait en rapport avec la gravité de la démence.

 Les troubles mnésiques perturbent le quotidien, altèrent l'autonomie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. En effet, au début ce sont d'abord des oublis de mots, de choses simples qui surviennent. Puis, la démence s'installant, les oublis vont devenir plus nombreux et plus importants. L'activité professionnelle va en pâtir jusqu'à ne plus être possible. La "personne Alzheimer" ne sera plus assez compétente pour remplir les objectifs de son poste. Des activités comme la cuisine deviendront difficiles (les recettes seront oubliées par exemple). Les sorties seules diminueront, la personne âgée souffrant de cette démence ne sachant plus pourquoi elle est sortie. C'est en ce sens que les troubles mnésiques participent à la diminution de l'autonomie physique et psychique.


#### **2.1.1.2. Les apraxies**

 Les perturbations des praxies sont constantes dans la maladie d'Alzheimer, mais leur moment et leur ordre d'apparition au cours de l'évolution de la démence restent variables.

L'apraxie réflexive, qui consiste à reproduire des gestes sans signification, apparaît précocement. Elle est rapidement suivie d'une apraxie visuo-constructive.


L'apraxie de l'habillage, l'apraxie idéomotrice (c'est-à-dire la perte de la représentation motrice du geste) et l'apraxie idéatoire (c'est-à-dire l'incapacité à manipuler des objets dont leur utilisation nécessite une séquence gestuelle) apparaissent tardivement dans la maladie.

Jacobs et al. (1999) soulignent qu'« *il faut toutefois relever que les patients Alzheimer, même apraxiques, possèdent encore des capacités normales d'apprentissage procédural.* » (cités par Albaret J.M., Aubert E., 2001, p.122)


 Les troubles praxiques se manifestent de manière concrète dans les activités quotidiennes. Ils jouent un rôle important dans la perte d'autonomie. En effet, voyant que des gestes sont de plus en plus difficiles à réaliser voire la mettent en échec, la "personne Alzheimer" peut adopter des conduites d'évitement. Elle choisira donc de désinvestir les activités faisant intervenir ces gestes, laissant autrui les réaliser à sa place. Faire la cuisine, le ménage, bricoler etc. sont des activités complexes qui feront parties des premières touchées, ne sachant plus quel matériel utiliser pour telle ou telle tâche, et comment l'utiliser (apraxies idéatoire et idéomotrice). La toilette, l'habillage deviennent difficiles à faire seul. Toutefois, au début, le guidage verbal tel que « commencez par nettoyer votre visage » ou « mettez ensuite votre pantalon », peut suffir à aider la "personne Alzheimer". Cet accompagnement va lui permettre de garder une certaine autonomie physique. Cette étape intermédiaire entre l'autonomie et la dépendance totale, est importante pour ces personnes car elle prouve qu'elles peuvent encore s'occuper d'elles dans certains actes de la vie courante. Un peu plus tard, des difficultés pour s'alimenter apparaîtront (les "personnes Alzheimer" ne savent plus comment amener la fourchette à la bouche, comment piquer l'aliment).

Notons que les troubles praxiques et les troubles gnosiques agissent en corrélation en ce qui concerne la perte d'autonomie.

### **2.1.1.3. Les agnosies**

 L'agnosie visuelle apparaît assez tôt. D'abord ce sont des images qui ne sont pas reconnues, puis des objets, des visages familiers (prosopagnosie qui peut être source de comportement agressif envers ses proches), jusqu'à ce que la personne démente ne se reconnaisse plus lui-même.


Il existe également une agnosie digitale, une autotopoagnosie, une anosognosie etc.

 Les troubles gnosiques viennent compliquer la réalisation de certaines activités. Dès la phase de début, ces troubles interviennent dans la diminution de l'autonomie. Les troubles de la reconnaissance des chiffres et des nombres avec une certaine acalculie sont notamment un obstacle à la gestion des finances. L'intervention de la famille sera alors nécessaire lors de l'utilisation de grandes sommes d'argent. Cela impose que des personnes s'immiscent précocement dans la gestion financière de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer. Cependant, elle pourra au début continuer ses achats habituels, aller chez le boulanger ou chez le

marchand de journaux car, bien connue de ces petits commerçants, ils l'aideront à payer, choisissant directement les pièces dans son porte-monnaie.

Lors d'activité comme la cuisine, la non-reconnaissance d'un objet va entraîner la non-maîtrise de celui-ci et donc l'irréalisation de l'activité. Au niveau des repas, la non-reconnaissance des couverts, de leur fonction, vont rendre l'alimentation difficile, nécessitant une aide au repas.

#### **2.1.1.4. Les aphasies**

 Les troubles du langage apparaissent le plus souvent dans l'année qui suit l'installation des troubles mnésiques. Ils seraient en lien avec la rapidité du déclin.


Les troubles concernent plus précocement le langage écrit du fait des troubles praxiques, que le langage oral.

A l'oral, ces troubles prennent la forme d'un manque de mot avec hésitations, de paraphrasies sémantiques (utilisation d'un mot pour un autre), qui peuvent passer inaperçus dans les conversations en phase de début. Le manque du mot est à mettre en rapport avec les troubles mnésiques, et notamment avec les perturbations du système sémantique. La compréhension, la répétition et la lecture sont généralement préservées en phase de début. Le débit oratoire est normal. Il y a une meilleure conservation de la phonologie et de la syntaxe du langage par rapport aux dimensions lexicale et sémantique.

A l'écrit, nous observons très tôt une dysorthographe et une dysgraphie (utilisation des lettres capitales).


En phase d'état, les capacités s'altèrent. Le manque de mot est plus fréquent avec altération de l'association mot-concept. Le discours est peu informatif et partiellement incohérent. La fluence verbale diminue. La compréhension est plus déficitaire. La répétition est conservée. L'écriture est perturbée (agencement spatial, troubles du graphisme etc.) puis devient illisible. La lecture est plus ou moins préservée.

En phase terminale, langage écrit et oral sont désintégrés. Les personnes font des écholalies, des palilalies. Le débit est très réduit. La compréhension est aléatoire. Le mutisme s'installe, et l'aphasie devient globale.


 La perturbation du langage n'est pas sans répercussion sur l'autonomie. Le manque du mot, la paraphrasie sémantique rendent la communication, les échanges avec l'entourage, la société, les soignants très difficiles. En ce qui concerne les sorties, la personne âgée présentant une maladie d'Alzheimer peut alors demander à être accompagnée par peur de ne pas réussir à s'exprimer, à se faire comprendre, mais aussi par peur de ne pas comprendre. Ainsi, l'accompagnateur pourra l'aider et lui expliquer les choses doucement, en respectant son rythme, avec des mots simples et en prêtant attention à l'intonation de sa voix. L'accompagnement est alors rassurant ; mais il est aussi symbole de perte d'autonomie : cette sortie auparavant faite seule, se fait aujourd'hui à deux. Toute la sphère sociale, relationnelle, affective va être touchée par ces difficultés phasiques.

Lorsque le stade de l'aphasie est atteint, soignants, thérapeutes et famille vont devoir prêter une attention encore plus soutenue aux communications non verbales, au dialogue tonico-émotionnel.

#### **2.1.1.6. Les troubles des fonctions exécutives**


 Les fonctions exécutives sont impliquées dans les processus tels que l'initiation, la planification, la réalisation et le contrôle des activités motrices et cognitives.

Les fonctions exécutives déclinent très précocement. L'exécution d'activités complexes ou demandant une flexibilité mentale (comme l'élaboration d'un plan, la prise de décision, le jugement) est altérée au fil de la maladie. Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer présentent des déficits des processus d'inhibition, de flexibilité, de catégorisation. Elles ont également des difficultés à former des concepts, résoudre des problèmes, réaliser une action dirigée vers un but.

 L'atteinte des fonctions exécutives dans la maladie d'Alzheimer pourrait donc rendre compte d'une grande partie des difficultés des "personnes Alzheimer" dans les activités de la vie quotidienne. Ces troubles ont un impact direct sur la perte d'autonomie psychique.

Pour L. Ploton (1987), « *l'incapacité à élaborer un choix et à exprimer une volonté, peut être considérée comme un symptôme fondamental de la perte d'autonomie.* » (cité par Lesniewska H.K., 2003, p.61).


### 2.1.1.7. Les troubles attentionnels

 Les troubles attentionnels sont fréquents et présents dès le début de la maladie. Ils surviennent après les troubles de la mémoire épisodique mais avant les troubles visuo-perceptifs, visuo-spatiaux, et les troubles de la mémoire de travail. Tous les domaines attentionnels ne sont pas affectés de la même façon par la maladie.

Ainsi, les capacités d'alerte phasique (capacité d'augmenter son niveau d'alerte suite à la présentation d'un stimulus avertisseur), de vigilance (aptitude à rester attentif durant de longues périodes de temps afin de détecter la survenue d'items peu fréquents) et d'attention soutenue (capacité de détecter un grand nombre de stimuli sur une courte période de temps) restent relativement intactes, du moins dans les premières phases de la maladie.

Dans les tâches d'attention sélective dirigée (capacité d'engager son attention sur les éléments pertinents de la tâche, tout en inhibant les éléments distracteurs), les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer semblent privilégier la précision sur la vitesse. Des études réalisées dans les années 1990 « ont montré que [...] les patients Alzheimer ne présentent pas de déficit d'engagement ou de maintien de l'attention, mais bien un déficit spécifique du désengagement ou de la réorientation de l'attention. » (Albaret J.M., Aubert E., 2001, p.120).

Les "personnes Alzheimer" présenteraient également un trouble de l'attention divisée, caractérisé par une atteinte dans la capacité à gérer la réalisation simultanée de deux tâches, exigeant ou non de stocker l'information en mémoire.


 Les troubles attentionnels sont donc un obstacle à la réalisation de tâches. Associés aux troubles mnésiques, praxiques, gnosiques, phasiques et des fonctions exécutives, ils ne font qu'augmenter les difficultés de réalisation des activités, et donc perturbent d'une certaine façon l'autonomie physique et psychique des sujets atteints de maladie d'Alzheimer.

J Jankowak, J.E. Knoefel, et M.L. Albaret résument le déclin progressif des capacités cognitives au cours de la maladie d'Alzheimer en trois stades : « *le premier stade est caractérisé par l'oubli affectant la mémoire épisodique [...]; au stade de la confusion, il existe des perturbations de l'orientation, de la concentration et aussi de la mémoire sémantique. [...]* Le troisième et dernier stade est celui de l'inexorable détérioration qui conduit à l'incontinence et à

*une dépendance totale témoignant d'une altération de la mémoire procédurale, c'est-à-dire des associations entre stimulus et réponses à l'origine du répertoire des comportements nécessaires à l'adaptation quotidienne. » (cités par Signoret J.L., Hauw J.J., 1996, p.220).*


## **2.1.2. Les troubles psychomoteurs**

### **2.1.2.1. La désorientation temporo-spatiale**

 Elle est consécutive à la perte de mémoire et est indissociable de celle-ci.

La désorientation dans le temps apparaît en premier. Elle se traduit par une difficulté à retenir la date du jour, par la confusion d'un jour pour un autre dans une activité routinière comme le marché par exemple. La "personne Alzheimer" perd le sens du rythme : le cycle nyctéméral est inversé (il dort le jour et déambule la nuit). Au fur et à mesure que la maladie évolue, nous observons une perte totale des repères temporels.

La désorientation dans l'espace est plus tardive mais aussi plus spécifique. Elle se traduit au début par des difficultés à fixer le nom des lieux où se trouve la personne lorsqu'ils lui sont inhabituels. A un stade plus avancé, l'interrogation de l'entourage peut révéler des difficultés à s'orienter dans un lieu non familier du malade (par exemple dans une grande surface, ou lors d'un trajet en voiture inhabituel). L'orientation spatiale et la structuration spatiale sont perturbées. Les troubles de l'orientation spatiale peuvent être majorés si le patient présente aussi des troubles visuo-spatiaux. En revanche, la perception spatiale semble conservée.

 La désorientation temporo-spatiale est également une cause de la perte d'autonomie. Les troubles spatiaux viennent compliquer la réalisation des courses au supermarché. Au début, la difficulté se manifeste au niveau de l'orientation, de la structuration spatiale (repérage des différents rayons). Au cours de la maladie, l'accompagnement de la personne ne suffit plus. Les courses seront alors faites à sa place. L'organisation spatiale étant altérée, les déplacements à l'extérieur de son domicile sont également rendus difficiles (sorties en ville ou même chez un de ses enfants). La réduction de l'espace d'action au corps propre entraîne un appauvrissement de l'exploration spatiale. Ses déplacements se limitent. Il perd donc en autonomie.

La perte des repères temporels rend notamment difficile la prise des repas. La personne démente Alzheimer ne sait plus quand, ni dans quel ordre elle doit manger. Si on lui sert un plateau repas et que ses yeux tombent en premier sur le dessert, elle commencera par manger celui-ci.

### **2.1.2.2. Les troubles du schéma corporel et de l'image du corps**

Du fait de la maladie, le schéma corporel de la "personne Alzheimer" se trouve altéré. En effet, les symptômes s'accroissant, cette dernière désinvestit peu à peu son corps. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le manque d'initiative motrice engendre une diminution d'expériences et d'exploration. (cf. 1.1.2.1. p.4). Les apraxies, les agnosies et notamment l'autotopagnosie, la désorientation temporo-spatiale, les déficits cognitifs participent grandement à ce désinvestissement corporel. La représentation corticale de son corps ne s'élabore plus. La personne réduit de plus en plus son espace d'action au corps propre. L'absence d'interactions avec l'environnement annule tout enrichissement au niveau de la somatognosie, et participe à l'appauvrissement du schéma corporel. Progressivement, une perte de conscience du corps s'observe. Selon la phase de la maladie, la personne peut avoir à certains moments une perception de son propre corps qui n'est pas en rapport avec la réalité. Elle perd le contact avec son propre corps, et n'en perçoit plus les limites. Il est alors important de renforcer une fonction de contenance, de rassemblement d'une perception morcelée.

Suite aux modifications de son schéma corporel, la "personne Alzheimer" dit quelquefois ne plus se reconnaître. L'unité et l'identité psychomotrices sont déstabilisées, d'autant plus que le regard d'autrui est également différent ou perçu comme tel. « *C'est le temps du « miroir brisé » : le miroir renvoie une image moins valorisante, le regard des autres est moins positif.* » (Langendorff F., 2001, p.572). Un sentiment de dépersonnalisation s'installe, pouvant donc engendrer une blessure narcissique. Le corps est désinvesti.

### **2.1.2.3. Le tonus**

Des modifications toniques liées à la dégénérescence du système nerveux s'effectuent. L'expression tonique s'appauvrit. Les angoisses et les troubles anxieux favorisent les hypertonies. Deux types d'hypertonie peuvent être différenciés :

- l'hypertonie d'opposition : elle est présente surtout lors de la toilette, des soins. Elle se traduit par un raidissement total du corps et une incapacité à s'exprimer verbalement.

L'hypertonie d'opposition est considérée comme un trouble tonico-émotionnel.

- l'hypertonie d'appel : elle est présente chez la personne angoissée. Elle cède parfois à l'interaction.

Ces hypertonies engendrent de grandes difficultés de perceptions corporelles. La globalité du corps devenant difficilement perceptible, les réactions régressives s'amplifient (retour des réflexes de succion et de grasping). Ces réactions sont encore accentuées dans les contextes anxieux et lors de carence en matière d'interactions et de toucher.

#### **2.1.2.4. L'instabilité psychomotrice**

Selon Madame G.B. Soubiran, « *l'instabilité psychomotrice est souvent liée à un désordre affectif exprimé par le corps et traduisant une angoisse latente.* » (*Cours de psychomotricité : Sémiologie de l'instabilité psychomotrice et de l'inhibition psychomotrice*).

La nosographie psychiatrique met en avant trois symptômes prédominants nécessaires au diagnostic d'instabilité psychomotrice : les troubles de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité.

L'instabilité psychomotrice de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer peut être mise en rapport avec la description de l'enfant instable faite par J. De Ajuriaguerra.

Selon J. De Ajuriaguerra, l'enfant instable est happé par les stimuli extérieurs. Il est incapable d'inhiber son éparpillement. Son attention est labile : il se fixe tantôt sur le détail, tantôt sur l'ensemble, sans en faire l'analyse, et l'activité ordonnée le fatigue. Dans l'ensemble, l'enfant instable réussit souvent les tests qui demandent une dépense d'énergie de courte durée, alors qu'il échoue dans les tests qui exigent de la coordination, de la précision, de la rapidité dans le mouvement ; c'est-à-dire tout ce qui requiert un effort d'inhibition et d'organisation. L'enfant instable est suggestible et influençable. Son humeur oscille entre une gaieté un peu tendue et une dépression d'ennui. (*Cours de psychomotricité : Sémiologie de l'instabilité psychomotrice et de l'inhibition psychomotrice*).

Comme l'enfant instable, la personne âgée souffrant de cette maladie rencontre des difficultés attentionnelles. Le moindre objet distracteur le déconcentre. Nous retrouvons également une labilité thymique (cf. 2.1.3. Les troubles psycho-comportementaux) et une impulsivité.



### **2.1.2.5. L'inhibition psychomotrice**

« *L'inhibition est un blocage, une suspension ou un ralentissement d'une fonction psychique ou physique qui persiste mais qui ne peut s'exprimer.* » (Cours de psychomotricité : Sémiologie de l'instabilité psychomotrice et de l'inhibition psychomotrice).

L'inhibition psychomotrice se décrit par différents symptômes :

- l'inhibition intellectuelle : elle se traduit par une difficulté à penser, à mémoriser et à se concentrer. La personne souffre de ne pas pouvoir se livrer à une activité intellectuelle pourtant désirée. Ceci entraîne au moment de l'activité un état de tension, de l'angoisse associée à de la fatigue et parfois même des céphalées.
- l'inhibition motrice : elle se définit par une perte ou une diminution de l'initiative motrice.
- l'inhibition instinctuelle : elle se manifeste par une perte d'appétit, des troubles du sommeil, et une diminution de la sexualité.
- l'inhibition affective : difficulté à extérioriser ses émotions.

Sur le plan psychomoteur, nous observons une restriction de l'activité motrice et de l'expression de la pensée, une dysharmonie tonico-émotionnelle avec hypertonie de situation, des troubles du schéma corporel et de l'image du corps.

### **2.1.3. Les troubles psycho-comportementaux**

D'apparition généralement tardive, les troubles psycho-comportementaux sont, avec les troubles cognitifs, une des composantes majeures de la maladie d'Alzheimer.

Selon J. Touchon et F. Portet (2002, p.41), les troubles psycho-comportementaux peuvent survenir en « *réactions du patient à ses déficits, réactions à un environnement vécu comme hostile et inquiétant par mauvaise appréhension cognitive, conséquence directe de l'atteinte de structures cérébrales corticales ou sous-corticales. La nature et la gravité de ces troubles varient d'un patient à l'autre. Ils sont mal tolérés par l'entourage et motivent souvent le placement en institution.* »

Les troubles psycho-comportementaux peuvent être classés ainsi :

- troubles de l'humeur et de la motivation : dépression (il s'agit plus de symptômes dépressifs associés que de syndrome dépressif ; la dépression majeure est exceptionnelle), anxiété, apathie, conduites régressives (refus alimentaire, incurie, opposition aux soins), perturbations émotionnelles (émotions excessives).
- troubles comportementaux : agitation, agressivité physique et verbale, instabilité psychomotrice, compulsions, déambulations, désinhibition.
- manifestations psychotiques : délires dont la thématique tourne la plupart du temps autour du vol et du préjudice, hallucinations visuelles et auditives, trouble de l'identification, illusions souvent de nature paranoïaque (certitude qu'un voleur hante les lieux).
- troubles des fonctions élémentaires : troubles du sommeil et des rythmes circadiens, troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), troubles sphinctériens, troubles des conduites sexuelles.

(Cours de gérontologie : Les troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer)

Ces troubles sont révélateurs de la phase dans laquelle se trouve le patient.

En phase de début, la personne a tendance à s'isoler. Elle est apathique, anxieuse, irritable.

En phase d'état, ces quatre troubles psycho-comportementaux s'accroissent. Des troubles du comportement moteur apparaissent : comportements stéréotypés, déambulations, agressivité, agitation, fugues. Des troubles des fonctions élémentaires et psychotiques sont aussi présents.

En phase terminale, nous pouvons observer des troubles du comportement majeurs.

#### **2.1.4. Autres troubles**

En phase terminale, nous observons entre autres des myoclonies (contractions musculaires brèves et brusques), la réapparition de réflexes archaïques, des crises épileptiques sont possibles, une incontinence sphinctérienne d'abord nocturne puis diurne, des troubles de la déglutition, une déshydratation pouvant susciter des hallucinations, et une absence de la marche.

Lorsque ces troubles surviennent, la dépendance est installée.

A partir de l'évocation de ce tableau clinique, nous comprenons combien l'autonomie physique et psychique des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer est altérée. La perte d'autonomie est dite progressive du fait de la discrétion des symptômes au début de la maladie. Pendant la phase de début il ne semble pas y avoir de perte d'autonomie. Cependant, l'aggravation des troubles au cours de la démence et leur accumulation au fil des différentes phases de la maladie ne font qu'accentuer la perte d'autonomie. L'amnésie progressive puis globale devient notamment handicapante. Elle gêne la vie quotidienne et familiale du sujet présentant une maladie d'Alzheimer. Elle perturbe sa vie sociale, son travail et ses relations affectives. Tous les actes de la vie courante sont peu à peu touchés, les processus de pensée sont altérés, et rendent la "personne Alzheimer" de moins en moins capable de s'occuper d'elle-même. Un sentiment de déclin peut alors être ressenti par ces personnes.

## 2.2. Un sentiment de déclin

### 2.2.1. Le vécu de la perte

Le vécu d'une perte s'accompagne généralement de deuil.

*« Le deuil est défini comme un ensemble de relations, d'attitudes et de comportements consécutifs à une perte ou à une séparation. Il s'agit à la fois de l'état dans lequel nous met la perte d'un être cher (être en deuil), les coutumes qui accompagnent cet événement (porter le deuil), et le travail psychologique que cette situation implique (faire le deuil). » (Léger J.M., Ouango J.G., 2001, p.210)*

Chaque perte nécessite « un travail de deuil » (Freud). Le travail de deuil est un processus intrapsychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement ; perte qui n'est pas toujours assimilable à la mort. Toute perte peut nécessiter un travail de deuil si celui qui n'est plus, avait une grande importance pour celui qui en est frappé. (Cours de gérontologie : Le vieillissement psychique).

En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, la personne Alzheimer doit faire les deuils de la perte d'objet, de la perte de fonction, et de la perte de soi.

### **2.2.1.1. La perte d'objet**

La perte d'objet renvoie de prime abord à la perte d'êtres chers, et principalement de nos parents et amis atteints de maladies létales. Mais, elle concerne également la perte de l'emploi, de la place au sein de la société, du groupe social auquel nous appartenions. Perdre sa place au sein de la famille, de la société, se sentir peu à peu mis à l'écart, est d'autant plus difficile à supporter pour la personne atteinte de maladie d'Alzheimer car elle sait que cette maladie est "un aller sans retour". Elle doit donc trouver à réinvestir l'énergie engagée auparavant dans nos activités, dans le "combat" contre cette maladie.

Le placement constitue une autre étape pour les personnes qui doivent changer de lieu de vie, quitter leur maison avec tous les souvenirs qui y sont liés. Ce sont autant de garants de leur narcissisme sain (ce qui permet de s'aimer et de se trouver aimable) qui leur échappent.

### **2.2.1.2. La perte de fonction**

Avec l'âge, les performances physiques se restreignent, un sentiment de déclin s'opère en nous, nous nous sentons engagés sur une pente descendante. La personne âgée doit accepter son corps vieillissant, ses limites corporelles. Elle doit réaménager son rapport à elle-même. Il n'est pas rare de l'entendre dire : « Avant je pouvais marcher trois heures sans m'arrêter ; maintenant j'ai mal partout. » Elle doit faire le deuil de la perte de ses états corporels. Ce deuil, comme tout deuil, est très difficile pour la personne Alzheimer car c'est accepter sa déchéance, accepter de devenir de plus en plus dépendant d'autrui, dépendance qu'elle a toujours repoussée.

Une des questions principales de la maladie d'Alzheimer est à mon sens la suivante : Comment retrouver l'envie de continuer à vivre quand nous nous voyons décliner, et que nous savons que les pertes ne seront pas récupérables ? La perte de fonction entraîne une perte de plaisir, de désir. Plusieurs désinvestissements peuvent s'observer. Tout d'abord, nous pouvons remarquer un désinvestissement corporel par refus de ce corps changeant. Un désinvestissement spatial a également lieu par réduction de la fréquence des déplacements, de l'espace d'action au corps propre en phase d'état ; et du fait de l'alitement en phase terminale. Un désinvestissement social se manifeste aussi à travers le repli sur soi, l'isolement car le sujet âgé n'accepte pas sa nouvelle condition de vie. La sphère sociale s'amenuise alors.

### **2.2.1.3. La perte de soi**

Il s'agit de notre propre perte, notre propre mort, notre propre finitude qu'il faut accepter. L'accumulation des pertes que subit le sujet âgé, ce face à face avec la mort, l'amène à envisager sa propre disparition et le plonge régulièrement dans l'analyse du bilan de sa vie passée et à venir. Au cours de cette rétrospective, il fait le deuil de ce qu'il a été et ne sera plus. Même si pour l'inconscient nous restons immortels, le conscient reconnaît notre disparition de la Terre. C'est pour cela que ces deux instances sont en lutte permanente. Il faut travailler sur cela en élaborant le travail du deuil du moi : à savoir qu'une partie du moi continue à investir certains secteurs, alors qu'une autre s'engage dans le renoncement et le désinvestissement. (Cours de gérontologie : Le vieillissement psychique).

### **2.2.2. Altération du narcissisme**

Avant la maladie, le sujet vit plus ou moins en accord avec lui-même. Il s'étaye sur ce corps sain, bien portant, qui lui renvoie une image de lui-même : ce corps est le support de son identité. Lorsque la maladie apparaît, il se crée un décalage entre ce que le sujet était, ce qu'il est à présent, et ce qu'il aimerait toujours être.

L'image du corps est le support de notre narcissisme : c'est à travers elle que nous nous sentons reconnu et aimé. Les changements inhérents à la maladie renvoient au sujet une image dévalorisante de lui-même, le blessant ainsi au cœur de son narcissisme. « *La blessure narcissique est telle que le sujet ne peut plus ressentir le sentiment d'existence ou le sentiment d'identité.* » (Ferragut E., 1995, p.65).

La baisse des performances physiques et l'image de nous-mêmes qui arrive à notre esprit, induisent un sentiment de déclin, d'inutilité, surtout si la société nous renvoie aussi cette image : le sujet présentant une démence « *est un élément de la société, dénué de sa position de sujet, presque matérialisé, [...] présent par ce qu'il évoque du passé.* » (Ploton L. cité par Montani C., 1994, p.39-40).

Lorsque physiquement le corps ne peut plus, les désirs ne peuvent être réalisés et le plaisir ne peut en être retiré. Le narcissisme sain est altéré : « Je ne suis plus bonne à rien, je ne peux plus faire ce que je veux ». Nous pouvons même parler de dévalorisation narcissique. La prise de conscience des troubles envahissants peu à peu la vie intellectuelle, relationnelle, va progressivement modifier l'image que la personne Alzheimer a d'elle-même et la façon dont elle se perçoit parmi les autres. La perte d'autonomie physique et psychique, la dépendance

augmentant, ses capacités diminuant, elle se sent inutile. Cette prise de conscience de ses défaillances va engendrer une perte progressive de l'estime de soi, conduisant certaines personnes à un repli sur soi avec rupture avec le monde extérieur, afin d'échapper à l'insupportable, et en quelque sorte garder la maîtrise de l'image d'elles-mêmes. La baisse de l'estime de soi peut également amener à un comportement agressif ; par ailleurs, mode d'expression de leur mal-être et de leurs angoisses. Il s'agit d'une sorte de manifestation de vie dont font preuve ces personnes.

L'altération du narcissisme est notamment caractéristique de la phase de début de la maladie, phase où le sujet est encore conscient de ses capacités. La démence engendrera plus tard la perte de l'image de soi.

Ce sentiment de déclin est une réalité de la maladie, de la perte d'autonomie. Cette dernière, du fait de l'évolution de la maladie, conduit inévitablement à l'institutionnalisation.

## 2.3. L'institutionnalisation

### 2.3.1. L'entrée en institution

J. Belmin et C. Ollivet (2003) ont évoqué « *les principales raisons pouvant conduire à l'entrée en institution d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer : l'isolement, les soins au domicile mal organisés ou peu efficaces, le refus de l'aide à domicile, les troubles du comportement, les troubles du sommeil, la perte sévère de l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, la maladie ou le décès de l'aidant, l'épuisement de l'entourage, les hospitalisations à répétition, les difficultés ou l'impossibilité pour organiser un retour au domicile après hospitalisation, la fréquentation d'une institution.* »

#### 2.3.1.1. Une rupture

Comme le souligne Jocelyne de Rotrou : « *L'institutionnalisation est une rupture dans la trajectoire existentielle de la personne âgée.* » (*Cours de gérontologie : Le vieillissement psychique*).

L'institutionnalisation est une étape inévitable dans la maladie d'Alzheimer. L'impact des troubles sur la vie quotidienne et l'autonomie, étant de plus en plus important, le maintien à domicile devient de plus en plus difficile. Le passage du domicile vers l'institution est toujours un moment délicat pour le malade et son entourage par la rupture qu'il suppose. En effet, l'institutionnalisation est la symbolique d'une perte d'autonomie réelle. Si la personne se voilait jusqu'alors la face, l'entrée en institution la confronte à cette dure réalité. Elle quitte son domicile où elle ne retournera fort probablement pas. C'est également une étape difficile car dans l'inconscient collectif, le placement en institution est vécu comme le dernier lieu de vie, celui où l'on attend la mort.

L'adaptation des "personnes Alzheimer" à la vie institutionnelle est souvent problématique. Les troubles cognitifs forment une barrière pour le résident : bien comprendre la situation, mémoriser les règles de vie, se repérer dans un nouvel espace beaucoup plus grand que son domicile, communiquer avec le personnel ou d'autres résidents peuvent le mettre en difficulté. Tous ces faits sont pourtant nécessaires pour qu'un individu placé dans un nouvel environnement puisse s'adapter. De plus, l'adaptation à ce nouveau lieu va également être difficile parce que le résident va se retrouver confronté à des personnes avec différentes pathologies qu'il ne connaît pas (« des fous » comme nous entendons souvent), mais aussi parce que ses meubles ne rentrent pas dans cette nouvelle chambre. Enfin, l'adaptation est rendue plus délicate lorsque la personne ne consent pas à quitter son domicile. Or, du fait de l'anosognosie ou du déficit cognitif global, il est rare que le "malade Alzheimer" prenne lui-même la décision d'entrer en institution ou que l'entourage ait pu obtenir son consentement.

La rupture se situe également au niveau relationnel. Il est important de prendre en compte la famille avec le résident. En effet, pouvant se sentir coupables de placer leur proche, ils peuvent diminuer peu à peu les visites, se sentant mal à l'aise vis-à-vis de ce parent. Les relations affectives sont donc affectées. Un sentiment d'abandon peut être évoqué par le résident.

A travers tout cela, la personne âgée semble perdre son identité (elle devient un numéro de chambre, un résident parmi tant d'autres), son statut d'homme ou de femme (elle devient une personne âgée, un vieux ou une vieille dans le pire des cas), elle perd son indépendance. Il est alors plus facile de comprendre les différents troubles du comportement que peut manifester une "personne Alzheimer" à son entrée en institution.

### **2.3.1.2. Une perte de repère**

Présentant généralement déjà une désorientation temporo-spatiale, l'adaptation à ce nouveau lieu va être difficile. Difficile parce que ses meubles ne rentrent pas dans cette nouvelle chambre, unique pièce où il pourra conserver une intimité aussi minime soit-elle. Il lui faut donc sélectionner les objets à prendre mais ce choix est très délicat car chacun d'entre eux évoque un souvenir. C'est perdre en un sens un peu de soi.

L'établissement dans lequel la personne est placée est plus grand que son domicile. Il va lui falloir trouver des repères pour situer les endroits importants les uns par rapport aux autres, comme sa chambre, la salle à manger, ou encore le salon. C'est là un de nos rôles en tant que psychomotriciens.

Les rythmes individuels vont également se voir modifiés. En effet, en institution tout est "heuré". Les résidents ne peuvent se lever, se laver, manger quand ils le souhaitent. Lors du déjeuner, ils n'ont pas forcément faim mais « l'appétit vient en mangeant » comme le soulignent certains d'entre eux. Ils doivent adopter un nouveau rythme de vie que leur impose l'institution.

### **2.3.1.3. Un choix pour certains**

N'oublions pas que certaines personnes acceptent d'entrer en institution afin de vivre au mieux le reste de leur vie. Elles s'épanouissent dans cette structure où ce qui leur était devenu difficile à faire, leur est simplifié. Elles peuvent alors investir de nouvelles sources de plaisir, à la hauteur de leurs capacités physiques et psychiques. En ce qui concerne les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, certains d'entre elles vivant seules, font le choix d'entrer en maison de retraite suite à plusieurs hospitalisations, dès la phase de début de la maladie. Dans ce cas, c'est la perte d'autonomie globale et non la maladie d'Alzheimer qui motive ce choix.

## **2.3.2. Une étape qui peut être malgré tout positive**

Le placement institutionnel peut être une réelle étape positive dans la maladie. Les résidents pourront notamment bénéficier de stimulations sensorielles, motrices et cognitives généralement plus importantes qu'à domicile, leur permettant de conserver plus longtemps une certaine autonomie. La survenue de troubles du comportement tels que l'isolement pourra être repoussée voire évitée, la communication avec les autres résidents et le personnel soignant étant favorisée. De plus, le placement institutionnel peut avoir un rôle sécurisant. En effet, le sentiment de



sécurité est renforcé dans la mesure où le résident sait que s'il lui arrive quoique ce soit (comme chuter par exemple), un soignant sera toujours là pour lui venir en aide. Rassuré, peut-être moins angoissé, des comportements tels que la déambulation peuvent se voir atténués. L'institution offre donc un cadre rassurant, contenant.

### **2.2.1. La relation soignants / soigné**

Soignants et thérapeutes sont là pour favoriser une bonne adaptation de la "personne Alzheimer", l'aider à prendre de nouveaux repères, à s'intégrer dans l'établissement et faire connaissance avec de nouvelles personnes avec lesquelles elle pourra échanger. Gardons à l'esprit qu'avant d'être une malade, la "personne Alzheimer" est un être humain comme nous tous qui a donc besoin de communiquer.

La relation soignants / soigné va se mettre en place progressivement. Soignants et nouveau résident vont devoir apprendre à se connaître. Le résident souffrant de maladie d'Alzheimer va devoir accepter l'aide qui lui est proposée, et les soignants vont devoir l'accepter tel qu'il est, avec ses troubles, ses comportements... comme le soulignent J. Belmin et C. Ollivet (2003) : *« Si le nouveau résident doit s'adapter à l'institution, il est important aussi que l'institution essaie de s'adapter au nouveau résident et à ses spécificités en tant que personne d'une part, avec son passé, ses préférences, ses choix, et en tant que malade d'autre part, avec ses symptômes, ses pertes, ses besoins de soins. »* Une certaine confiance va devoir s'installer. En effet, le soignant va intervenir dans la vie quotidienne du résident, et plus précisément dans les gestes intimes de sa vie. Le résident pourra se sentir mal à l'aise de se dévoiler, de se dénuder, devant ces nouvelles personnes encore inconnues il y a quelques heures. L'aide apportée peut être vécue comme très intrusive. L'intimité du "résident Alzheimer" est restreinte voire même, inexistante. D'où l'importance qu'une relation, qu'un échange se mette en place. Le dialogue tonico-émotionnel tient une place importante dans cette relation.

Les soignants sont notamment présents pour assurer les soins, la prise de traitement, mais ils sont aussi une oreille attentive, une écoute, des personnes qui peuvent comprendre le résident, peut-être même mieux que l'entourage familial, parce qu'ils connaissent la maladie. Ils ne jugent en aucun cas le résident sur ses comportements ce qui peut favoriser une bonne adaptation.

### **2.2.2. La dépendance s'installe et s'accroît, jusqu'à être totale**

La dépendance se définit comme étant l'impossibilité totale ou partielle pour une personne d'effectuer des activités de la vie courante et/ou de s'adapter à son environnement. (Cours de gérontologie : Gérontologie).

Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, la dépendance résulte avant tout de l'évolution de la maladie. Les capacités cognitives et motrices diminuant, la perte d'autonomie finit par être totale. La phase terminale de la maladie se caractérise par une dépendance totale.

Nous évoquerons cette partie plus en détail dans la discussion. (cf.2.2. p.70).

A travers cette seconde partie, nous venons de prendre connaissance des nombreuses répercussions psychocorporelles que pouvait avoir la maladie d'Alzheimer. Le psychomotricien a donc un rôle important à jouer dans la prise en charge des personnes présentant une maladie d'Alzheimer.

## **III. La prise en charge psychomotrice des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer**

### **3.1. La psychomotricité en gériatrie**

#### **3.1.1. Champ d'intervention de la psychomotricité en gériatrie**

Après des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, le psychomotricien intervient au niveau de la revalorisation, au niveau de la stimulation, et au niveau du maintien ou de la suppléance des fonctions motrices, psychomotrices, sensorimotrices, communicatives (principalement la communication non verbale) et/ou de troubles apparentés. Il a également un rôle d'accompagnement dans leurs dernières années de vie.

## 3.2. Les stimulations psychomotrices

La priorité d'une prise en charge psychomotrice pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, est de maintenir le plus longtemps possible leurs capacités. Nous devons cibler les priorités en fonction de la gêne occasionnée, en fonction des potentiels d'évolution.

En tant que psychomotricien, nous devons stimuler ces personnes souffrant de la maladie au niveau de la motricité, de l'orientation temporo-spatiale et au niveau cognitif.

J'ai choisis de développer cette partie dans ma discussion afin d'illustrer l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge des personnes âgées présentant cette démence par des vignettes cliniques.

## 3.3. L'approche corporelle

### 3.3.1. Le corps, un langage

*« La communication existe avant le langage, elle est fondée sur le corps [...] Communication avant tout non verbale, corporelle, où la fonction tonique assume dès le début le rôle organisateur de toute la communication. » (Boscaini F., 2004, p.13)*

Le corps est un véritable organe de relation. Il est avant tout un outil de communication. Avant même que nous ayons le langage, le tout petit communique avec l'entourage par l'intermédiaire de son corps. Les communications non verbales et notamment le « dialogue tonique » (mis en évidence par J. De Ajuriaguerra, 1977), sont les prémices de la communication, de l'échange. Par la suite, l'acquisition du langage viendra compléter cet outil de communication qu'est le corps.

Chez la personne Alzheimer, lorsque la communication verbale n'est plus possible, en raison de l'évolution de la maladie, les communications non verbales prennent toute leur place. Indissociables de leur environnement, elles passent par le corps à travers le tonus musculaire, les mimiques, les mouvements volontaires, les pleurs, les cris, les réponses aux stimuli sensoriels, les vocalisations, les sourires, les regards, et l'expression des besoins physiologiques. Ces manifestations sont perçues à travers les attitudes sensorielles, motrices et affectives de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer.

Donner de l'importance à ces communications *« permet de redonner existence à celui qui ne peut plus s'exprimer verbalement et qui, par cette réduction des possibilités d'expression, se*

*modifie visiblement aux yeux des autres, en s'isolant, et qui voit alors sa pathologie s'aggraver. » (Personne M., 1994, p.9).*

Pour L. Ploton, « *quelque soit le stade de la maladie d'Alzheimer, le patient garde trois capacités : savoir ce qu'il veut, exprimer certains besoins, et il conserve des capacités inconscientes d'adaptation.* » (Cours de gérontologie : Les troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer).

### **3.3.2. L'approche corporelle comme ...**

#### **3.3.2.1. ... réponse aux troubles psycho-comportementaux**

Le but de la prise en charge psychomotrice va être d'atténuer les troubles psycho-comportementaux présentés par le résident. Comme évoqué précédemment, les troubles psycho-comportementaux peuvent survenir en réaction à un environnement vécu comme hostile et inquiétant, mais également en réponse à un corps qui nous échappe, que nous ne reconnaissons plus. Le psychomotricien va donc travailler autour de la relation avec l'environnement du résident afin de favoriser un sentiment de sécurité, de le rassurer. Les déambulations, les agitations motrices et verbales etc. sont des comportements adoptés par la personne atteinte de maladie d'Alzheimer suite à un sentiment d'insécurité, une importante anxiété. Le toucher thérapeutique et la relaxation peuvent être utilisés dans ce cas afin d'atténuer l'anxiété, de stimuler la conscience du corps, la concentration et l'attention. « *Le corps permet la re-connaissance de soi. Cette dernière renforce le sentiment d'unité conduisant à retrouver une sécurité accrue, une quiétude face à un monde qui reste incompréhensible* » (Personne M., 1994, p.14)

#### **3.3.2.2. ... maintien dans le réel**

Comme l'évoque Linden, la personne atteinte de maladie d'Alzheimer s'éloigne de la réalité au fil de la démence. (cf.p.14). La prise en charge psychomotrice va donc s'axer autour d'un ancrage, d'un maintien dans le réel à travers une concentration sur les sensations, les perceptions corporelles, notamment par l'intermédiaire du toucher thérapeutique et de la relaxation .

La prise en charge corporelle permet de ramener la personne au réel, à l'ici et maintenant. Pour le "malade Alzheimer", le corps est en quelque sorte la seule chose réelle parce qu'il est concret,

palpable. Ce toucher propre au psychomotricien aide le résident à sentir son corps, à centrer son attention sur lui-même ; il lui offre également la sensation de permanence de soi.

« *Cette désinsertion du réel a d'autres conséquences : les rigidités corporelles [...] l'enferment dans une véritable armure corporelle.* » (Personne M., 1994, p.66). Le psychomotricien doit donc agir au niveau de la tonicité, de l'hypertonie. Il doit abaisser les tensions qui finissent par rendre le corps douloureux. Diverses médiations pourront être utilisées : bain thérapeutique, relaxation, toucher thérapeutique etc.

### **3.3.3. Le "corps-plaisir"**

#### **3.3.3.1. Réinvestissement corporel**

L'attention portée au corps permet de redonner à tout individu son statut de personne. Au cours de la maladie d'Alzheimer, de nombreux remodelages psychiques s'opèrent. La personne souffrant de cette maladie a recourt à différents mécanismes de défense comme l'isolation, le déni, la projection agressive etc.

La relaxation permet un travail structurant du lien psychocorporel. La mentalisation pendant les séances de relaxation permet de se représenter son corps. Quand en fin de vie, le résident ne parle pas de son corps ou ne veut plus en parler, il apparaît souvent comme indispensable qu'il prenne conscience de son schéma corporel. Ce travail sur les perceptions corporelles lui permet de reconnaître son corps comme sien, de se la réapproprier. Le réinvestissement du corps va permettre un enrichissement de l'évolution du schéma corporel. « *Du corps, objet qui se réduirait à des manipulations, [...] le psychomotricien redonne un sens d'humanisation des soins.* » (Lefèvre C., 2002). Le corps n'est plus seulement objet de soins, "objet mécanique", mais retrouve une dimension relationnelle.

Les expériences motrices, sensorielles adaptées permettent à la personne âgée de se réapproprier son corps ; cela peut entraîner une prise de conscience de ses capacités et de ses limites, voire un dépassement de celles-ci. Cette démarche corporelle, orientée vers le plaisir, va relier positivement la personne à elle-même et lui permettre de goûter à un sentiment de bien-être. La psychomotricité apporte un regard positif sur le corps pour qu'il demeure acceptable.

Diverses médiations comme la relaxation, le toucher thérapeutique, la salle Snozelen ou encore le bain thérapeutique, sont à la portée du psychomotricien pour amener la personne âgée à passer du corps souvent douloureux au corps-plaisir.

### **3.3.3.2. Réhabilitation de l'estime de soi**

Nous avons vu précédemment que le narcissisme du "malade Alzheimer" n'était pas épargné par la démence. Un travail sur la réhabilitation de l'estime de soi, la revalorisation, doit être fait en psychomotricité. C'est d'ailleurs un des objectifs principaux de notre profession.

Le vécu de la maladie et de l'institutionnalisation doit être verbalisé. Il est important de témoigner aux résidents qu'ils ne sont pas seuls.

Voyant ses capacités déclinées, la personne souffrant de maladie d'Alzheimer en oublie qu'elle possède encore des compétences motrices. Le psychomotricien, par un regard bienveillant et des paroles valorisantes, va l'amener à se rendre compte qu'elle est toujours compétente. Il lui renvoie une image toujours positive d'elle-même.

La revalorisation s'effectue également au travers du temps que le psychomotricien accorde au résident. Il prend du temps pour lui. Il va le chercher pour sa séance et ne l'oublie jamais. Pour le résident, cela signifie que le psychomotricien lui accorde de l'importance.

A travers les stimulations sensorielles, le psychomotricien renforce le ressenti du résident et le stimule afin de sentir agréablement son corps. Cela participe à la réhabilitation de l'estime de soi.

La revalorisation passe aussi et surtout par une action sur l'apparence physique. Souvent, nous entendons les résidents nous dire : « vous êtes jolis » ; et lorsque nous leur renvoyons le compliment, il est fréquent de les entendre nous dire : « oh non, vous savez moi je suis vieille, je ne ressemble plus à rien ». Ainsi, un travail autour de l'esthétique peut être mis en place : maquillage, soins du visage ou encore des mains par exemple.

## IV. Conclusion

La maladie d'Alzheimer est une démence dont les conséquences au niveau psychocorporel ne peuvent être ignorées. Un suivi thérapeutique adapté doit donc être mis en place, notamment en psychomotricité.

Les pages qui suivent retracent les prises en charge psychomotrice de Mesdames B. et T., deux résidentes atteintes de cette maladie.

# PARTIE CLINIQUE



# I. Présentation de l'établissement

## 1.1. Le fonctionnement de l'établissement

Le Centre Hospitalier dans lequel j'ai effectué mon stage est un établissement public, qui dispose d'une capacité de 448 lits dont 21 places d'accueil de jour répartis par pôles.

L'établissement se compose de 7 pôles :

- **Pôle 1 : pôle administratif.**
- **Pôle 2 : pôle médical.** Il se compose des services de cardiologie-pneumologie, gastro entérologie, cancérologie, hématologie-neurologie, des soins palliatifs, de l'unité mobile de la douleur et de l'unité onco-gériatrique.
- **Pôle 3 : pôle chirurgical.** Il comprend les consultations de chirurgie, les services de chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie plastique et réparatrice, ORL, urologie, et le bloc opératoire.
- **Pôle 4 : pôle urgences, réanimation, SMUR, anesthésie.** Il comprend les urgences générales, le SMUR, les conduites addictives, la réanimation et l'anesthésie.
- **Pôle 5 : pôle mère - enfant.** Il comprend la maternité, le bloc obstétrical, la pédiatrie, la gynécologie chirurgicale et oncologique, la néonatalogie, les urgences gynécologiques et pédiatriques, le service de procréation médicalement assistée, d'interruption volontaire de grossesse, les consultations maternité/gynécologie.  
Un projet d'hospitalisation à domicile de maternité est en cours.
- **Pôle 6 : pôle ambulatoire et médico-technique.**
- **Pôle 7 : pôle gérontologie.** Il comprend les consultations mémoire et de soins de suite et de réadaptation, les soins de suite et de réadaptation, l'hôpital de jour de soins de suite et de réadaptation, deux services de long séjour, la maison de retraite, et la gériatrie aiguë.  
L'accueil de jour pour "personnes Alzheimer" est en projet.

## **1.2. Les résidents**

J'ai effectué mon stage dans deux services du pôle gérontologie : un service de long séjour et la maison de retraite. C'est donc les résidents que j'ai rencontré tout au long de cette année que je vais vous présenter.

### ✓ Le service de long séjour

Les résidents de ce service présentent des démences à un stade plus ou moins modéré (maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy, maladie d'Alzheimer...).

Des activités leur sont proposées au cours de la semaine : jeux de question en fonction des capacités cognitives, atelier cuisine etc.

Les résidents grabataires, en fin de vie, sont regroupés dans le second service de long séjour.

### ✓ La maison de retraite

La maison de retraite compte des résidents autonomes dont les entrées et les sorties sont libres, des résidents qui suite à un accident ne peuvent plus vivre seul à domicile (amputation par exemple), et des résidents déments mais dont les troubles cognitifs ne sont pas trop importants.

Chaque jour des activités sont proposées par les psychomotriciennes (atelier vocabulaire, chant, cinéma, sorties extérieures) et des bénévoles (jeux de société notamment).

## **1.3. La psychomotricité dans l'établissement**

### **1.3.1. Sa place dans l'établissement**

L'établissement compte deux psychomotriciennes, dont l'une est à plein temps et la seconde à mi-temps. La psychomotricité a une place bien ancrée dans l'hôpital.

Tous les lundis a lieu une réunion d'équipe avec les kinésithérapeutes, les psychomotriciennes, l'ergothérapeute et l'orthophoniste, au cours de laquelle sont évoquées les entrées et les sorties de la semaine, et l'évolution des résidents.

Les psychomotriciennes partagent leur travail entre la maison de retraite et les deux services de long séjour. Elles disposent d'une salle de psychomotricité, mais les prises en charge se font également dans les lieux de vie des services tels que la salle à manger ou encore le salon.

Leur travail est pris en considération par les soignants qui n'hésitent pas à les interroger au sujet des résidents, et à les informer sur les évolutions de ces derniers.

### 1.3.2. Les prises en charge

#### ✓ Les prises en charge individuelles

Elles ont lieu dans la salle de psychomotricité lorsque les résidents peuvent descendre ou dans les services (salle à manger, salon). Un large choix de matériel existe.

#### ✓ Les prises en charge groupales

Elles ont lieu dans les services. Les groupes sont dits ouverts, c'est-à-dire que chaque résident est libre de venir participer à la séance s'il le souhaite. Les séances se déroulent dans les salles à manger ou dans le salon selon la disponibilité des salles.

Les psychomotriciennes encadrent divers ateliers :

- l'atelier vocabulaire, très investi par les résidents de la maison de retraite. Ce groupe compte 10 à 20 résidents.
- l'atelier jeux : jeux de questions type *Qui veut gagner des millions*, baccalauréat adapté en fonction des capacités des résidents, reconnaissance d'images type *Photo mystère*, domino de couleur etc.
- l'atelier chant, également très investi par les résidents. Ce groupe compte une quinzaine de participants.
- l'atelier cinéma
- l'atelier frites : environ 5 résidents y participent. Cette activité est proposée une fois par mois. Les résidents prennent plaisir à éplucher les pommes de terre. Le geste d'épluchage revient facilement. Le plaisir de manger ensuite les frites est grand car l'hôpital ne peut leur en proposer en repas.

Des sorties sont également proposées, notamment du printemps à l'automne : sortie à Truffaut, promenade dans les villes alentours, journée à la mer, sortie au cinéma... Les psychomotriciennes ont à leur disposition un minibus et prennent au plus 5 résidents (généralement deux résidents sont en fauteuil, et trois marchent).

### **1.3.3. Ma place en tant que stagiaire**

Dès le début de mon stage, j'ai tout de suite eu ma place au sein des psychomotriciennes, et de l'équipe médicale en général (médecin, kinésithérapeutes, soignants). Une grande liberté m'a été offerte : liberté d'expression, liberté de suivre les prises en charge que je souhaitais, mais aussi de prendre en charge des résidents et de leur proposer des activités dont j'avais envie en lien avec les projets thérapeutiques. J'ai donc pu faire passer des bilans psychomoteurs et mettre en place le suivi de deux résidentes, Mesdames B. et T., que je vais vous présenter ci-dessous.

Les résidents m'ont également accueilli chaleureusement. Ils m'ont accepté dans leur prise en charge et m'ont permis d'y participer.

## **II. Madame B. et Madame T., deux résidentes atteintes de maladie d'Alzheimer**

### **2.1. Madame B.**

Mme B. est âgée de 79 ans. Elle présente une maladie d'Alzheimer. Mme B. est une femme fluette, coquette, souriante, qui aime chanter, danser, et qui est toujours partante pour participer à une activité. Si Mme B. a besoin d'aide pour certains gestes de la vie quotidienne, elle garde cependant une certaine autonomie. Elle se déplace seule dans le service.

#### **2.1.1. Anamnèse**

##### **2.1.1.1. Antécédents**

Il y a 20 ans Mme B. a eu un cancer du sein.

Elle est myope et porte une prothèse oculaire gauche.

Mme B. est sujette à une hypertension artérielle et présente une hypothyroïdie.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé il y a 2 ans mais semble évolué depuis 5 ans.

### **2.1.1.2. Histoire de la maladie**

Mme B. est veuve. Elle a trois enfants qui lui rendent visite régulièrement.

Mme B. vivait avec son époux. Fatigué, ne se sentant plus capable de s'occuper de son épouse, Mr B. demande l'hospitalisation de sa femme. Mme B. entre donc en service de long séjour le 8 octobre 2007. A son arrivée, elle est mécontente, et souhaite repartir chez elle. Elle est triste et anxieuse. Néanmoins, Mme B. s'est bien adaptée au service. Elle participe à de nombreuses activités et est dans la relation avec les autres résidents.

### **2.1.2. Les bilans**

#### **2.1.2.1. Les bilans complémentaires**

L'examen neuropsychologique réalisé en octobre 2007 a mis en évidence une désorientation temporo-spatiale et une altération des fonctions cognitives.

Le bilan psychologique réalisé en octobre 2007 montre que Mme B. a conscience de ses troubles mnésiques avec une forte gêne et beaucoup d'application pour masquer les troubles. Le MMS est noté à 16/30.

Mme B. participe une fois par mois à la journée mémoire encadrée par la psychologue.

Le dossier de soins infirmiers révèle des troubles du comportement (Mme B. s'énerve vite, est agressive), et une désorientation temporo-spatiale. Elle mange seule. Lors de la toilette, un guidage verbal est nécessaire mais Mme B. participe à sa toilette. L'accompagnement verbal est également nécessaire pour l'habillage, sans quoi Mme B. superposerait ses vêtements les uns sur les autres sans enlever au préalable sa chemise de nuit. Les habits doivent être sortis sur son lit. Mme B. a des manies (elle cache de la nourriture dans sa chambre par exemple).

Mme B. a également un traitement médicamenteux.

Le GIR de Mme B. n'est pas mentionné.

### 2.1.2.2. Le bilan psychomoteur (effectué les 2 et 9 mars 2009)

Mme B. accepte de me suivre en salle de psychomotricité pour passer un bilan. Elle me dit : « Oui, si vous voulez. J'aime apprendre des choses. » Je lui explique que le bilan est dans son intérêt, mais elle semble ne pas comprendre et accepter pour me faire plaisir. Au cours de la passation Mme B. est souriante, volontaire. Elle s'applique.

#### ✓ Tonus

Mme B. se laisse difficilement mobiliser. Des participations et des blocages sont observées. La capacité de résolution musculaire semble difficile. Mme B. présente une hypertonie de fond.

#### ✓ Coordinations dynamiques générales

L'équilibre : en station bipodale, Mme B. est stable, yeux ouverts et fermés. La station unipodale est plus difficile : Mme B. tient 3 secondes, yeux ouverts. Sur la pointe des pieds l'équilibre est plus précaire mais est tout de même tenu quelques secondes.

La marche : Mme B. se déplace seule. Elle se tient droite, les pas sont réguliers, le déroulé de la cheville est correct. Lors de passage d'obstacle elle s'arrête et le passe doucement. Lorsque le terrain est irrégulier lui donner un bras la sécurise, la rassure. Elle monte les escaliers en se tenant à la rampe.

#### ✓ Motricité fine

La préhension des objets et le déliement digital sont corrects.

#### ✓ Schéma corporel

L'épreuve de somatognosie de Bergès – Lézine est parfaitement réussie. Mme B. a une bonne somatognosie.

L'épreuve d'imitation de gestes de Bergès – Lézine est réalisée en miroir.

Les gestes simples sont réussis, réalisés pour la plupart en pièce à pièce (items 5 à 10 et 15 à 20). Des imprécisions au niveau de la position dans l'espace sont observées. La perception des gestes est approximative.

Au niveau de l'imitation des gestes complexes, des persévérations sont observées. Les gestes sont mal perçus. L'épreuve est échouée.

La restriction de son champ visuel constitue une importante gêne lors de cette épreuve.

Le dessin du bonhomme se résume à un cercle faisant office de tête et un cou. Puis Mme B. arrête de dessiner et écrit des mots (lunettes de soleil, bonhomme). L'automatisation de l'écriture "prend le dessus". La représentation imagée du bonhomme semble ne plus exister.

#### ✓ Praxies

Les praxies idéatoires (écrire, se servir d'une cuillère, distribuer des cartes) sont bonnes.

Les praxies idéomotrices sont réussies sur gestes simples (se coiffer, salut militaire, signe au revoir), mais sont échouées sur gestes complexes (enfoncer un clou, se verser à boire). Lors des gestes complexes, Mme B. a besoin de verbaliser : elle me décrit comment elle ferait pour réaliser le geste mais elle ne mime pas.

Les praxies réflexives ont été évaluées à travers "l'épreuve d'imitation de gestes de Bergès – Lézine". Elles sont difficiles.

Une apraxie visuo-constructive est mise en évidence. Les intrications ne sont pas perçues.

#### ✓ Espace

Dans le service, Mme B. ne peut me conduire ni à la salle manger, ni aux ascenseurs. Elle retrouve sa chambre avec difficulté, lisant les noms sur une grande majorité des portes. Les repères spatiaux sont fortement altérés.

Les notions droite / gauche sont toujours bien connues sur elle et sur autrui.

Le test de l'horloge est échoué. Mme B. n'a plus de représentation imagée d'une horloge. Elle écrit dans le cadran des horaires au hasard (18h, 4h...). Structuration et orientation spatiale sont défaillantes.

#### ✓ Temps

Mme B. n'a plus de repères temporels. Elle pense être en 1990, tantôt au mois d'avril, au mois de mai, ou même encore au mois de novembre. Elle ne sait pas dans quel établissement elle se trouve, et situe celui-ci à Asnières, ville où elle vivait avec son mari.

Elle connaît sa date de naissance, et dit être le 29 août ; son mari (décédé) lui aurait fêté son anniversaire le matin.

L'épreuve des trois rythmes de Mira Stambak (de 5 à 8 ans), est difficile. La consigne est bien comprise mais l'attention fluctue (les longues structures rythmiques doivent être répétées). Le tempo spontané n'est pas régulier. L'épreuve est effectuée jusqu'à la 11<sup>ème</sup> structure rythmique. La structuration temporelle est altérée.

✓ Au niveau cognitif

Le MMS est noté à 8/30. Les capacités mnésiques de Mme B. sont très déficitaires.

La lecture est correcte.

Les représentations imagées ne sont plus possibles.

La dénomination d'objet est bonne. La reconnaissance d'image n'est pas toujours évidente (manque du mot).

✓ **Conclusion de bilan**

Mme B. présente une importante désorientation temporo-spatiale et des capacités mnésiques très diminuées. Au niveau des praxies, le bilan met en évidence une apraxie idéomotrice qui ne touche pour le moment que les gestes complexes, et une apraxie visuo-constructive. Les gnosies semblent encore bonnes.

Une prise en charge en psychomotricité est proposée afin de stimuler les praxies (coordinations bimanuelles, adresse motrice), la marche et l'équilibre.

### **2.1.3. Projet thérapeutique en psychomotricité**

Etant présente dans l'établissement une journée par semaine, je propose à Mme B. une séance de psychomotricité individuelle d'une heure, une fois par semaine, en salle de psychomotricité.

Le but de cette prise en charge est de conserver ses capacités et ralentir sa perte d'autonomie.



La prise en charge s'articulera autour des axes suivants :

✓ **Equilibre / Marche**

Ils seront stimulés par l'intermédiaire de parcours psychomoteurs (passage d'obstacles, variations des enjambées, marche sur des tapis de consistances différentes), de stimulations de la voûte plantaire pour renforcer les appuis, de transferts d'appui d'un hémicorps à l'autre etc.

L'objectif est d'entretenir la marche, de stimuler l'équilibre : de conserver l'autonomie dans les déplacements.

✓ **Coordinations bimanuelles / Adresse motrice**

Elles seront stimulées à travers des jeux de ballons, des activités faisant intervenir la motricité fine (graphisme, jeux d'adresse, construction de tour...).


L'objectif est de conserver l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, déshabillage, repas).

✓ **Sensori-motricité**

Des exercices perceptivo-moteurs, des manipulations d'objets aux textures, poids différents etc. pourront être proposés.

L'objectif est de maintenir l'écoute de son corps, des perceptions, des sensations. Par les sens, des souvenirs peuvent émerger.

#### **2.1.4. Evolution de la prise en charge**

 La prise en charge de Mme B. a commencé le 2 mars 2009. La relation s'est installée rapidement. En effet, Mme B. et moi-même nous croisons tous les lundis après-midi lors de l'atelier vocabulaire. Mon visage ne lui était donc pas inconnu, ce qui a facilité la relation.

Chaque lundi, à 14h, je vais chercher Mme B. dans sa chambre. Je lui rappelle qui je suis et pourquoi je viens. Après un mois de séance, Mme B. semble me reconnaître et avoir pris l'habitude de nos séances. Elle m'attend assise dans le couloir et à mon arrivée, vient à ma rencontre.

Les séances se ritualisent. Nous effectuons une promenade de 10 à 15 minutes dans l'enceinte de l'hôpital avant de rejoindre la salle de psychomotricité lorsque le temps le permet. Ce moment permet d'entretenir la marche. A chaque sortie Mme B. évoque de nouveaux souvenirs, mais qui ne sont pas en rapport avec la réalité. Nous abordons également à ce moment là son vécu dans le service; comment s'est déroulée la semaine passée.

Nous rejoignons ensuite la salle de psychomotricité.

### ✓ **Equilibre / Marche**

Au niveau de la marche, Mme B. est capable de varier ses enjambées sur demande verbale mais également en fonction de la situation. Par exemple, lors d'un parcours psychomoteur je dispose des cerceaux au sol plus ou moins éloignés et lui demande de faire un pas dans chacun d'entre eux. Mme B. réussit cet exercice sans difficulté. Le passage d'obstacle est moins sûr. Mme B. le passe avec précision et attention : elle s'arrête devant l'obstacle puis l'enjambe. Elle a besoin d'être rassurée : un appui sur un meuble, une chaise, ou un bras est nécessaire pour la sécuriser.

Nous travaillons aussi sur l'espace environnant. Le champ visuel de Mme B. étant limité à son œil droit, nous apprenons à faire attention à ce qui nous entoure, afin d'éviter qu'un héminégligence de l'espace gauche ne s'installe insidieusement. En effet, il arrive parfois que Mme B. se heurte à un mûr, une porte du fait de sa mauvaise vue.

Au niveau de l'équilibre, Mme B. ne présente pas de difficulté. Les stimulations sont surtout réalisées dans un but préventif.

### ✓ **Coordinations bimanuelles / Adresse motrice**

Mme B. est plutôt habile de ses mains. Elle est précise dans ses gestes. La motricité fine est encore précise : le choix des pinces est adapté aux situations.


La construction d'une tour de cubes est réalisée avec minutie. Mme B. prend son temps et s'applique. Elle utilise spontanément sa main droite. Je lui propose alors d'utiliser ensuite sa main gauche. La tour est correctement construite. Je l'invite alors à construire cette tour en alternant les mains. L'exercice devient complexe, la consigne n'est pas comprise. J'illustre donc la consigne en réalisant l'exercice, afin qu'elle puisse se représenter les gestes à effectuer, mais l'atteinte cognitive fait défaut. Mme B. parviendra tout de même à réaliser cette tour en alternant ses mains par un guidage verbal.

Au niveau de la motricité globale, Mme B. ne se trouve pas en difficulté malgré son champ visuel restreint.

## ✓ **Sensori-motricité**

En ce qui concerne la perception des distances, Mme B. adapte ses lancés aux changements de distance. La perception des distances est donc bonne.

La perception corporelle quant à elle est plus difficile. Mme B. ressent les parties touchées et peut les nommer ; par contre, il lui est difficile de décrire les sensations provoquées par différents touchers (balle à picot, le contact de la main sur le vêtement, le contact peau à peau lors du massage des pieds...). L'expression de son ressenti semble limité par les troubles phasiques liés à la maladie.

 S'étant cassé le col du fémur en avril, j'ai dû adapter le projet thérapeutique alors établi un mois auparavant. Les séances ont donc eu lieu pendant trois semaines en service de chirurgie dans la chambre de Mme B. Le travail autour de la marche et de l'équilibre n'étant plus possible pour le moment, la priorité m'a semblé être de prévenir le risque d'un syndrome de glissement.

Lorsque j'ai revu Mme B. pour la première fois après sa chute, je l'ai invité à verbaliser autour de la chute et du vécu de l'hospitalisation. Mme B. n'a pas été capable de me raconter ce qui lui était arrivé. Selon elle, elle était en train de se promener avec son mari et, marchant trop vite, elle serait tombée. Une chute sans gravité d'après elle. Or, Mme B. se promenait avec une résidente et a chuté en trébuchant dans une pierre. Mme B. est confuse quant à son accident. L'hospitalisation semble bien vécue. Mme B. dit ne pas avoir de douleur et son expression corporelle semble le confirmer. « Tout le monde est gentil » avec elle et elle s'adapte bien au service selon ses dires. Elle n'est pas pressée de retrouver sa chambre en maison de retraite.

Après cet échange, je lui ai ensuite fait part de mon souhait de modifier nos objectifs de séance, et de celui de mettre en place du toucher thérapeutique afin de revaloriser son corps qui a défailli, de ne pas le désinvestir, en insistant sur les pieds pour qu'elle les ressente bien. Mme B. a été d'accord tout de suite. Je lui ai donc expliqué comment se dérouleraient les prochaines séances.

La séance lors de la deuxième semaine d'hospitalisation tombant un jour férié, n'a donc pas eu lieu.

Lors de la troisième semaine d'hospitalisation, j'ai ressenti un peu de démotivation chez Mme B. Elle dit ne pas être triste, mais je sens que la limitation de sa mobilité la pèse. Elle est impatiente de remarcher. La verbalisation a là toute son importance afin d'éviter tout repli sur soi voire une dépression. Nous avons donc parlé un long moment de cette mobilité restreinte, des seuls

transferts du lit au fauteuil et inversement, et nous avons évoqué le départ en centre de rééducation.

La séance s'est terminée par un massage des pieds, pendant lequel j'ai exercé des pressions plus fortes au niveau de la voûte plantaire. Mme B. était détendue. Je l'ai ensuite invité à exprimer son ressenti mais cela est difficile. De plus, il est difficile de se fier à la verbalisation de Mme B. du fait de la maladie, l'attention doit être portée sur le langage corporel, le dialogue tonico-émotionnel.

### **2.1.5. Conclusion de la prise en charge**

Mme B. est une résidente souriante, volontaire, qui aime se rendre en séance de psychomotricité. C'est pour elle un moment où elle apprend chaque fois de nouvelles choses selon ses dires.

Les troubles de la mémoire sont un obstacle à la réalisation des activités. Il est nécessaire de lui rappeler la consigne au cours de celles-ci. De même, il est important de faire des phrases courtes et d'employer un vocabulaire simple afin d'atténuer les difficultés de compréhension.

Après trois semaines d'hospitalisation en chirurgie, Mme B. est partie en centre de rééducation pour trois semaines dans un premier temps. Je ne sais donc pas si je reverrai Mme B. avant la fin de mon stage. La prise en charge individuelle ne sera fort probablement pas reconduite après mon départ. Cependant, si un suivi est maintenu, un travail autour de la chute (atelier d'éducation au relevé de chute), du rythme de la marche (cadence, amplitude du pas....) sera à effectuer.

## 2.2. Madame T.

Mme T. est âgée de 88 ans. Elle présente une maladie d'Alzheimer. Mme T. est une femme souriante, calme, qui accepte de participer à des activités lorsqu'elle y est invitée. Elle marche avec l'aide d'un bras.

### 2.2.1. Anamnèse

#### 2.2.1.1. Antécédents

Elle a eu un fibrome utérin (tumeur bénigne de l'utérus) qui a été opéré, une hernie ombilicale. Elle a subi une appendicectomie, une opération du canal carpien. Mme T. a des troubles du rythme cardiaque et une hyperthyroïdie. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé.

Le dossier médical de Mme T. ne mentionne aucune date.

#### 2.2.1.2. Histoire de la maladie

Mme T. est admise en service de long séjour le 16 octobre 2008 dans un souci de rapprochement familial. Elle vivait chez un de ses enfants avec une aide infirmière.

Mme T. s'est bien intégrée avec les autres résidents. Elle participe aux activités.

### 2.2.2. Les bilans

#### 2.2.2.1. Les bilans complémentaires

L'examen neuropsychologique réalisé en octobre 2008 met en évidence une désorientation temporo-spatiale, une altération des fonctions cognitives.

Lors du bilan psychologique réalisé en novembre 2008 le MMS est noté à 4/30.

Le bilan de kinésithérapie réalisé en octobre 2008 met en évidence un trouble de l'équilibre et de la marche, un trouble de la mémoire et de l'orientation.

Une prise en charge en kinésithérapie est faite.

Le dossier de soins infirmiers révèle un risque de chute, d'incontinence, une aide totale à l'habillage, au déshabillage, et à la toilette. Mme T. mange seule.

Le GIR de Mme T. n'est pas mentionné.

#### **2.2.2.2. Le bilan psychomoteur** (effectué les 9 et 16 mars 2009)

Je retrouve Mme T. assise dans le couloir du service parmi d'autres résidents. Elle me suit volontiers dans la salle à manger pour passer un bilan. La compréhension est très difficile. Mme T. parle allemand par moment. Le discours est parfois incohérent.

##### ✓ Tonus

Le tonus a été observé au cours du bilan. Mme T. présente une hypertonie de fond.

Au niveau postural, Mme T. a le tronc légèrement incliné en avant entraînant une cyphose dorsale haute. Les épaules sont en antéflexion. Le regard est dirigé vers le sol.

##### ✓ Coordinations dynamiques générales

Equilibre : la station bipodale pieds joints est tenue quelques secondes. Des oscillations du buste sont cependant observées. La station unipodale n'est pas réalisable.

Marche : Mme T. se déplace avec l'aide d'un bras. Au niveau de la posture, les épaules sont en antéflexion, le tronc légèrement fléchi en avant avec cyphose dorsale haute. La marche se fait à petit pas. Mme T. tend à se laisser emporter par la projection de son tronc en avant par moment, ce qui tend à accélérer la marche d'où le risque de chute.

##### ✓ Motricité fine

La préhension des objets et le déliement digital sont corrects.

L'écriture est tremblée et pas lisible.

##### ✓ Schéma corporel

L'épreuve d'imitation de gestes de Bergès – Lézine est réalisée en miroir et très difficile. Les gestes simples et complexes ne sont pas correctement imités. La position dans l'espace est incorrecte. Des persévérations avec les gestes précédents sont constatées.

A l'épreuve de somatognosie de Bergès – Lézine, la somatognosie est pauvre. La consigne n'est pas comprise (Mme T. ne comprend pas lorsqu'il faut montrer sur autrui). Elle ne peut pas passer de la nomination sur son corps au mien.

✓ Praxies

Au niveau des praxies idéatoires, Mme T. coupe une feuille, écrit (mais on ne peut pas la lire). Se servir d'une cuillère ou distribuer des cartes sont en revanche impossibles.

Les praxies idéomotrices sur gestes simples (se coiffer, salut militaire, signe au revoir) et complexes (enfoncer un clou, se verser à boire), les praxies réflexives (cf. épreuve d'imitation de gestes de Bergès – Lézine) et visuo-constructives sont toutes échouées. Mme T. ne comprend plus le "faire semblant".

✓ Espace / Temps

Mme T. présente une désorientation temporo-spatiale. Elle n'a plus de repères spatiaux ni temporels.

✓ Au niveau cognitif

Le MMS est noté à 0/30, ce qui renvoie à une démence sévère. La compréhension des consignes est très difficile. Les troubles de la mémoire sont très importants.

De nombreuses persévérations sont notées : Mme T. passe difficilement d'une tâche à une autre.

Mme T. ne nomme plus les objets, elle donne leur fonction (par exemple pour le stylo elle dit « c'est pour écrire », pour les ciseaux elle dit « c'est pour couper »).

Les images ne sont plus reconnues, Mme T. peut utiliser un mot pour un autre (paraphasie sémantique), et elle ne reconnaît que la couleur rouge (agnosie des couleurs).

La lecture est très difficile et hachurée (barrière de la langue).

✓ **Conclusion de bilan**

Mme T. présente une désorientation temporo-spatiale, et des troubles cognitifs importants. Il lui est difficile de passer d'une tâche à l'autre : elle persévère dans la tâche précédente.

La motricité fine est bonne. Les coordinations dynamiques générales sont à préserver.

Une prise en charge en psychomotricité est proposée afin de stimuler l'équilibre, la marche et les coordinations bimanuelles.

### **2.2.3. Projet thérapeutique en psychomotricité**

Etant présente dans l'établissement une journée par semaine, je propose à Mme T. une séance de psychomotricité individuelle de 45 minutes, une fois par semaine, dans le salon du service.

L'objectif de la prise en charge est d'entretenir l'autonomie dans les déplacements et les repas.

La prise en charge s'articulera autour des axes suivants :

#### **✓ Equilibre / Marche**

Ils seront stimulés par l'intermédiaire de parcours psychomoteurs (passage d'obstacles, variations des enjambées, marche sur des tapis de consistances différentes), de stimulations de la voûte plantaire, de transferts d'appui d'un hémicorps à l'autre etc.

L'objectif est d'entretenir la marche et l'équilibre pour faciliter les transferts.

#### **✓ Coordinations bimanuelles / Adresse motrice**

Elles seront stimulées à travers des jeux de ballons, des activités faisant intervenir la motricité fine (graphisme, jeux d'adresse, construction de tour, jeux de billes etc.).

L'objectif est notamment de conserver l'autonomie dans les repas, mais également de stimuler la motricité fine.

### **2.2.4. Evolution de la prise en charge**

La prise en charge de Mme T. a commencé le 9 mars 2009. Mme T. est une résidente souriante qui vient avec plaisir en séance de psychomotricité.

Je rejoins Mme T. tous les lundis à 11h dans la salle à manger du service de long séjour. Elle me sourit mais ne semble pas me reconnaître. Nous nous rendons ensuite au salon du service de long séjour situé à l'étage supérieur. L'éloignement géographique entre le service de long séjour de Mme T. et la salle de psychomotricité, la marche hésitante de Mme T. et le risque de chute présent, ne nous permettent pas de faire la séance en salle de psychomotricité.



### ✓ **Equilibre / Marche**

La marche se fait avec l'aide d'un bras. Mme T. est capable de varier ses enjambées sur demande verbale mais l'amplitude du pas est toutefois limitée. Mme T. n'adapte plus d'elle-même sa marche en fonction de la situation. Par exemple, si un obstacle se trouve sur son chemin, il est nécessaire de le lui signaler et de lui dire : « faites un grand pas ». Le passage d'obstacle est difficile. Mme T. s'appuie sur mon bras pour se stabiliser. L'entretien de la marche se fait essentiellement à travers des parcours psychomoteurs.

Au niveau des transferts d'appui, Mme T. ne parvient pas basculer le poids de son corps d'un hémicorps à l'autre. Elle déplace ses pieds. Le faire en même temps qu'elle ne l'aide pas non plus. L'équilibre est donc stimuler par des stimulations plantaires, des massages dans le but de renforcer la conscience corporelle.

### ✓ **Coordinations bimanuelles / Adresse motrice**

Mme T. fait preuve d'une précision, d'une minutie manuelle. Elle est plutôt habile de ses mains. La motricité fine est encore précise : le choix des pinces est adapté aux situations, aux objets. Mme T. lance et rattrape correctement le ballon. Elle s'adapte bien au changement de distance entre nous. Elle vise correctement.


#### **2.2.5. Conclusion de la prise en charge**

Mme T. est une résidente souriante, volontaire.

Les troubles cognitifs sont un obstacle à la réalisation des activités. Il est nécessaire de lui rappeler la consigne au cours de celles-ci. De même, il est important de faire des phrases courtes et d'employer un vocabulaire simple car la compréhension est très difficile.

Après un mois et demi de prise en charge, je me suis aperçu qu'il est difficile de varier les exercices du fait des difficultés de l'important déficit cognitif que présente Mme T.


### III. Conclusion

 Les prises en charge psychomotrices sont définies en fonction des besoins et des capacités des résidents. Elles s'insèrent dans une prise en charge globale du sujet âgé. Elles peuvent être individuelles ou groupales, et peuvent avoir lieu en salle de psychomotricité, dans les chambres des résidents, ou encore dans les lieux de vie tels que la salle à manger, le salon.

Le psychomotricien effectue en premier lieu un bilan psychomoteur ou un bilan d'observation, visant autant à révéler les potentiels que les déficits. L'évaluation reprend tous les items psychomoteurs tels que le tonus, le schéma corporel, l'espace, le temps, les praxies, les gnosies, les communications non verbales etc., et s'adapte au "handicap" du sujet.

Une fois le bilan effectué, un projet thérapeutique individualisé est établi. Pour les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer, la priorité est de maintenir le plus longtemps possible leurs capacités, c'est-à-dire ralentir la perte d'autonomie dans la mesure du possible et donc la dépendance. Le psychomotricien doit faire un choix en fonction de la gêne occasionnée, en fonction des potentiels d'évolution. Son intervention doit les aider à améliorer autant que possible leur vie quotidienne. Le psychomotricien peut alors réaliser des actes de stimulation sensorimotrice, psychomotrice, ou encore de stimulation cognitive (mémoire, attention). Il peut également intervenir au niveau des troubles du comportement. Pour ce faire, le psychomotricien peut avoir recours à une multitude de médiation afin de remplir ses objectifs (gym douce, danse, cuisine, chant, relaxation, bain thérapeutique etc.). La notion de plaisir au cours des prises en charge ne doit en cas être oubliée.

La prise en charge psychomotrice ne se résume pas qu'au cadre de la salle de psychomotricité. En effet, le psychomotricien peut être amené à intervenir dans le service où vit le résident afin de l'aider à s'y adapter du mieux que possible. Lui donner des clés pour se repérer dans l'établissement, assister à des soins, des toilettes pouvant être angoissants, sont aussi du ressort du psychomotricien. Il peut intervenir au moment des repas, et dans des moments informels d'échanges verbaux afin de créer un lien. Le psychomotricien donne une place importante à l'écoute, à la parole du résident mais aussi de la famille : quand une personne entre en institution, elle y entre généralement avec sa famille. Le psychomotricien peut être le lien qui permet à l'entourage de continuer à communiquer avec leur proche.

 Les prises en charge à court terme de Mesdames B. et T. ne me permettent pas de mettre en évidence des évolutions majeures. Avec les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, les

évolutions sont lentes et s'observent le plus souvent sur du long terme. De plus, mon objectif étant de ralentir la perte d'autonomie et de conserver les capacités restantes, la notion d'objectif atteint est subjective. En effet, l'évolution de la maladie différant d'une personne à une autre, il ne m'est pas possible de savoir à quel point le suivi en psychomotricité aura permis de ralentir la perte d'autonomie, même dans le cadre d'une prise en charge à long terme.

Nous pouvons cependant être sûrs que "les bienfaits" d'une prise en charge psychomotrice sont réels, et qu'un suivi en psychomotricité ne peut être que bénéfique pour ces "malades".

J'ai donc souhaité mettre en avant les intérêts d'un suivi en psychomotricité pour les personnes atteinte de cette démence, dans la partie qui suit.

# DISCUSSION

Le sujet de ma discussion s'est imposé comme une continuité de ma théorie. Evoquant la perte d'autonomie au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer, il m'a semblé évident de vous parler ici de l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge des personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer.

Ma réflexion s'est donc portée autour du questionnement suivant : Comment la psychomotricité peut-elle limiter la perte d'autonomie chez ces personnes âgées présentant cette démence? Comment le psychomotricien peut-il les accompagner dans ce processus vers la dépendance, dans cette rétrogénése ?

Notons que le travail d'équipe est primordial dans la prise en charge de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer. En tant que psychomotricien nous ne travaillons jamais seul mais en lien avec les soignants et autres thérapeutes.


### III. La stimulation psychomotrice

La priorité d'une prise en charge psychomotrice pour les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer, est de maintenir le plus longtemps possible leurs capacités, et de leur apporter bien-être et plaisir. Nous devons cibler les priorités en fonction de la gêne occasionnée, des potentiels d'évolution. La perte d'autonomie peut être limitée, repoussée, par l'intermédiaire de diverses stimulations que peut proposer le psychomotricien. En effet, en stimulant la personne, nous continuons à activer les circuits neuronaux permettant la réalisation de diverses tâches. Nous pouvons donc penser qu'un maintien de ces boucles neuronales s'opère à plus long terme.

Les prises en charge en groupe peuvent être une bonne indication. En effet, les capacités cognitives déclinant au cours de la maladie, les consignes sont de plus en plus difficiles à comprendre, mais le résident peut travailler en imitation. De plus le groupe apporte dynamisme, élan moteur et est source de socialisation.

### 3.1. La motricité

Nous avons vu dans la partie théorique que la maladie d'Alzheimer avait des répercussions sur le plan moteur, notamment au niveau des praxies, des coordinations, et donc par conséquent au niveau du schéma corporel. (cf. 2.1.1.2. p.16).

 Chez les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer, il est important de stimuler les praxies afin de conserver une autonomie dans les gestes quotidiens (toilette, habillage, repas...), mais également dans le but de leur permettre de préserver leurs loisirs. Jeux de ballon, atelier de gym douce peuvent être proposés. Il s'agit aussi de travailler autour de la fluidité du mouvement, de la souplesse : le corps se raidissant, les mouvements manquent d'harmonie, d'aisance.


La stimulation des praxies permet également de renforcer l'intégration du schéma corporel. La somatognosie peut être renforcée au cours de toute activité. En effet, la nomination des différents segments corporels mis en jeu lors des activités contribue à maintenir la conscience corporelle. Des médiations comme le toucher thérapeutique et la relaxation ont aussi un rôle au niveau de cette conscience corporelle. Travailler le schéma corporel, ancrer son intégration, a également son importance au niveau spatial. Effectivement, pour investir l'espace, se mouvoir aisément dedans, il faut avoir une bonne conscience de son schéma corporel (sa largeur, sa hauteur etc.).

Les praxies font appel aux coordinations et les coordinations permettent la réalisation de celles-ci. Les coordinations bimanuelles doivent être stimulées afin de permettre au résident présentant une maladie d'Alzheimer de faire sa toilette seul ou du moins d'y participer, de manger seul. Cette participation aux actes de la vie quotidienne permet une revalorisation de la personne âgée souffrant de cette démence. Cela lui montre qu'elle est encore capable de faire des choses et d'être autonome, aussi petite que l'autonomie soit.

*L'importance du déficit cognitif de Mme T. a grandement restreint son autonomie. Quasiment entièrement dépendante de son entourage, se nourrir est l'unique tâche qu'elle peut encore faire seule. Notre rôle est donc là de stimuler au maximum les coordinations afin de lui permettre de conserver ce peu d'autonomie lui restant. Si malgré les stimulations proposées en séance, des difficultés se font sentir lors du déjeuner, un repas thérapeutique pourra alors être mis en place.*


Toujours en ce qui concerne les coordinations, les coordinations dynamiques générales telles que l'équilibre et la marche sont aussi nécessaires à stimuler. En effet, l'autonomie dans les déplacements est généralement l'une des dernières conservées. Pour cela, le psychomotricien peut avoir recours à des parcours psychomoteurs faisant intervenir des obstacles, des supports de différente consistance (marcher sur des matelas plus ou moins durs par exemple), à des stimulations plantaires afin de renforcer les appuis au sol. Des ateliers de prévention de chutes, d'équilibre pourront être mis en place dans le but de leur redonner confiance en eux, en leur corps : travail sur les transferts d'appuis lors de la marche (alternation de phase d'appui bipodal et d'appui unipodal), passage d'une posture à une autre, etc.

*Mme L. est une résidente que je voyais le lundi matin lors de l'atelier réflexion encadré par la psychomotricienne. Elle est atteinte de maladie d'Alzheimer. La marche se fait à petits pas et l'attaque de celle-ci est difficile. En effet, la motricité automatique de la marche ne se met pas en place. Il est donc nécessaire que Mme L. pense bien au mouvement afin qu'elle puisse faire le premier pas. Des tressautements de la jambe droite avant d'attaquer la marche sont observés. L'induction verbale « faites un grand pas » peut faciliter l'attaque de la marche, ou la relancer lorsqu'un piétinement sur place s'installe. Le passage d'obstacle, l'encombrement des couloirs sont sources de peur de chuter. L'élévation des pieds étant difficile, le risque de chute est accentué. Mme L., auparavant femme très dynamique, se voit obliger de réduire ses déplacements à cause de cette peur de tomber et de ne pas pouvoir se relever (accident lui étant déjà arrivé dans un couloir du service). Elle continue à se déplacer seule uniquement pour se rendre à la salle à manger ou à des activités. Dans le cadre d'une prise en charge individuelle, j'aurais pu proposer à Mme L. des séances axées sur l'éducation au relevé de chute, notamment dans un objectif de réassurance. Nous aurions repris ensemble les retournements, la position latérale de sécurité, le quatre pattes ou encore le chevalier servant, l'équilibre statique. Cette prise en charge n'aurait pas eu d'amélioration significative au niveau de sa marche notons le bien, mais cependant je lui aurais apporté la clé lui permettant de se relever si un tel évènement venait à se reproduire. Par la répétition des positions, l'apprentissage aurait été possible.*

 La motricité fine doit être entretenue. L'enfilage de perle, le graphisme (écriture, dessin), la création de figures à l'aide de planchette de bois, l'argile ou la pâte à modeler, les ateliers d'origami etc. sont autant d'activités qui permettent de travailler la précision, les pinces digitales. Ce travail autour de la motricité fine permet notamment de maintenir les capacités de préhension de l'outil scripteur lors de l'écriture, moyen de communication très important.

*J'ai été surprise de voir à quel point Mme T. était encore capable de précision et de minutie. Mme T. porte de l'importance à ce qu'elle fait et notamment à ce que les choses soient bien faites. Soucieuse de mal faire, elle s'applique. Travailler autour de cet axe me permet donc de la valoriser.*

### **3.2. L'orientation temporo-spatiale**

 La prise en charge pose en elle-même un cadre temporel et spatial. En effet, la durée de la séance, sa fréquence hebdomadaire, son rythme (mise en place de rituels dans le déroulement des séances par exemple) définissent un cadre temporel constituant un repère pour le résident. Le lieu de la séance, l'agencement de la salle lui offrent également un cadre spatial. Il est important que le cadre reste identique d'une séance à l'autre afin de faciliter la prise de repères.

*Ainsi, lors de la séance de Mme T. dans le salon, les tables et les chaises sont mises de côté ; seule une table et deux chaises restent au centre de la pièce.*

Le psychomotricien va stimuler les repères spatiaux et temporels à travers l'écoute de la musique et des chants, la danse, notamment la danse de salon, car qui, parmi ces personnes âgées, n'a jamais dansé une valse ou un tango ? Très peu ! De plus, ces activités pourraient leur rappeler des souvenirs et interagir sur la mémoire.

L'orientation spatiale peut être travaillée par le biais de parcours psychomoteur faisant intervenir les notions spatiales et les repères par rapport au corps notamment, afin de permettre au résident de conserver une autonomie dans ses déplacements. S'orienter dans l'espace nécessite une bonne somatognosie et un bon investissement du corps. Il faut d'abord se centrer sur son corps (espace du corps propre) avant de pouvoir se centrer sur l'autour (espace environnemental). Le schéma corporel doit donc être stimulé en parallèle s'il n'est plus correctement intégré. Pour cela, le




psychomotricien a à sa disposition de nombreuses médiations telles que le toucher thérapeutique, la relaxation, la balnéothérapie, la stimulation sensorielle, les exercices perceptivo-moteurs etc.

Il est moins évident d'agir au niveau de la temporalité. En phase d'état, les personnes atteintes de cette maladie n'ont plus les notions de base du temps ni la notion de succession du temps : elles sont perdues dans un concept de temps qui les entoure mais qui ne signifie plus rien pour elles. Il est donc important de remettre un cadre temporel axé sur les activités quotidiennes dans le service, tout comme lors des séances par la mise en place de rituels. Le rapport avec le moment présent peut être facilité par la création de calendrier retraçant les activités et prises en charges hebdomadaires du résident.

*Dans le salon de la maison de retraite, un grand panneau est installé sur lequel figure la date complète, les activités du jour, le nom de l'encadrant, et les anniversaires du mois. Chaque jour un résident met ce panneau à jour.*


La structuration temporelle peut être stimulée à travers des séquences chronologiques. Il s'agit de remettre dans l'ordre chronologique quatre à cinq images comme par exemple, partir de la plantation d'un jeune arbre jusqu'à ce qu'il soit à maturation, c'est-à-dire jusqu'au moment où il donne son fruit.

 La prise en charge psychomotrice va dépasser le cadre de la salle de psychomotricité. En effet, le psychomotricien peut intervenir dans le service auprès de l'équipe soignante et de la famille du résident en leur demandant de faire attention à ne pas bouger les repères du résident (c'est-à-dire ses meubles, ses objets personnels). Lorsque la personne âgée n'est plus capable de s'ajuster à des variations extérieures, l'espace doit rester fixe : nous (soignants, thérapeutes, famille) devons éviter de la mettre dans une position inconfortable. De même, c'est au psychomotricien de veiller à ce que les toilettes, la salle à manger, le salon soient indiqués dans le service sur des affiches bien mises en évidence, afin de laisser la possibilité au résident de se déplacer seul grâce à la lecture de celles-ci.

*Mme B. présente une importante désorientation spatiale. Elle n'est pas capable de retrouver le chemin conduisant à sa chambre sans aide. Cependant, les noms des résidents figurants sur toutes les portes avec leur photo, Mme B. retrouve sa chambre par lecture des noms sur chacune des portes, jusqu'à ce que nous arrivions au sien.*

### 3.3. Au niveau cognitif

En psychomotricité, il nous est possible de travailler au niveau de la mémoire et de l'attention.

 La mémoire va être travaillée au travers de différentes activités. Il s'agira de stimuler les activités mentales et sensorielles, la mémoire sensorielle étant l'une des dernières préservée.

Le chant est une médiation où la mémoire intervient. En effet, chanter des chansons de la jeunesse du résident lui permet de se remémorer des souvenirs qu'il prend un certain plaisir à nous raconter : « Je me souviens avoir dansé sur cet air avec mon époux ! » Pour certains, seule la mémoire des faits anciens est conservée.

*Mme B. participe tous les mardis après-midi à l'atelier chant encadré par la psychomotricienne. Mme B. investit beaucoup cet atelier. Elle reconnaît les airs des chansons et peut les fredonner sans aucune difficulté. De même, elle retrouve facilement les paroles de ces chansons de sa jeunesse et prend plaisir à les chanter, les écouter, tout comme les autres résidents participant à cette activité.*


Nous pouvons également faire appel à la mémoire corporelle.

Des jeux de questions autour des années de leur jeunesse pourraient aussi être réalisables. De plus, leur montrer qu'ils sont capables de répondre est valorisant. Des jeux de lettres ou de mots constituent également un bon support, ou à défaut, des images avec des photos permettent de nombreux exercices. Il suffit de trouver des sujets qui les intéressent.

Lors des séances, le rappel des noms, de la date, du lieu, l'instauration de rituels dans la séance aident à la mémorisation.

La mémoire est le domaine sûrement le plus apprécié à travailler et celui reconnu comme le plus "utile" par les résidents ou leurs proches, car son intérêt est concret. Les résidents viennent donc parfois plus facilement aux séances.

Il est aussi important de stimuler la mémoire car elle permet de conserver notre identité.

 Sur le plan attentionnel, des activités comme les dominos de chiffres ou de couleurs nécessitant une certaine concentration peuvent être proposées, tout comme les jeux de sériations par couleur, par taille etc. Le psychomotricien doit faire attention à ne pas demander plusieurs choses à la fois car en phase terminale, la personne Alzheimer est capable de traiter une information à la fois. De même, il faut faire attention aux éléments distrayants car elle y est très sensible, donc vite dissipée.

Certes nous ne pouvons rien contre l'évolution de la maladie, mais l'entretien des capacités cognitives associée au traitement médicamenteux, est un moyen de lutter contre cette évolution, voire de ralentir le déclin de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer.

Le psychomotricien a donc un rôle de stimulation auprès de ces personnes, mais également un rôle d'accompagnement afin de leur rendre le quotidien plus agréable.

## IV. L'accompagnement dans la maladie : améliorer le quotidien


Dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer, le psychomotricien a aussi un rôle d'accompagnement dont l'objectif premier est d'améliorer leur quotidien. Apaiser les troubles du comportement, proposer des stratégies compensatrices pour repousser la dépendance, ramener le plaisir à leur conscience, ou encore les accompagner dans leur fin de vie sont du ressort de psychomotricien.

### **4.1. Les troubles psycho-comportementaux**

En début de maladie, le résident atteint de maladie d'Alzheimer est conscient de la diminution de ses capacités, de ses difficultés. Pour tenter de donner le change, pour masquer ses difficultés, il peut mettre en place des astuces.


## ✓ L'approche psychomotrice

Comment le psychomotricien peut-il intervenir au niveau des troubles du comportement ?

 Certains patients s'énervent, deviennent irritables, agressifs, ou encore déambulent sans cesse et sans but. Ils font preuve d'une agitation motrice et verbale. De tels comportements peuvent survenir en réaction à des angoisses, et peuvent être un moyen de s'affirmer.

*Alors que je venais chercher Mme B. pour sa séance de psychomotricité, je la trouve assise dans le couloir, habillée mais portant toujours sa robe de chambre. Je lui propose de l'enlever mais elle ne veut pas. L'infirmière passant à ce moment-là, me signale alors que Mme B. refuse de quitter celle-ci depuis ce matin. Elle lui demande une nouvelle fois si elle souhaite la retirer. Cette demande fut la fois de trop. Mme B. entre alors dans une grande colère : elle fait de grands gestes, ses propos sont agressifs, et part. Je rejoins Mme B. quelques minutes plus tard, lui laissant le temps de se calmer. Nous reprenons alors ce qu'il vient de se passer. Mme B. dit en avoir assez qu'on pense pour elle.*

L'agressivité qui est ressortie, a été je pense, un moyen pour Mme B. de s'affirmer, de montrer qu'elle est toujours capable de faire des choix. C'est un moyen de maîtriser sa vie, de garder un certain contrôle, une certaine puissance. La projection sur les soignants au niveau verbal est fréquente : la "personne Alzheimer" renvoie son mal être. Il est plus facile de dire : « Vous ne savez pas le faire » plutôt que « Je ne suis plus capable de le faire, et j'ai besoin de vous. »


 Au cours des démences, un sentiment de dépersonnalisation naît. La personne ne se reconnaît plus et l'entourage ne la reconnaît plus non plus. Ce sentiment est très angoissant. En tant que psychomotricien, nous allons donc chercher à ce qu'il ressente son corps, qu'il sache qu'il en possède toujours un avec une enveloppe corporelle et psychique qui le contient. Un travail autour de la conscience corporelle va se faire simultanément. Nous pouvons recourir au toucher thérapeutique en exerçant des pressions plus ou moins fortes, en jouant avec les sensations chaud/froid ou encore léger/lourd à l'aide de sacs lestés. Des objets médiateurs peuvent être utilisés comme le ballon, la balle à picot... Notre toucher doit être contenant, mais

également notre voix, notre regard. Des enveloppements dans des draps peuvent aussi être utilisés, tout comme le bain thérapeutique en faisant des massages avec les jets de la pomme de douche par exemple.


La non-reconnaissance des lieux, le sentiment d'être perdu, peuvent autant être source d'angoisse. Le psychomotricien veille alors à ce que les objets personnels, les meubles, aient une place fixe dans la chambre du résident.


Angoisse et anxiété peuvent également être apaisées par des stimulations sensorielles. En effet, la stimulation sensorielle a surtout pour but de faire émerger des sensations ou des souvenirs agréables, et donc d'amener une détente au cours de laquelle une déconnexion psychique, un lâcher prise avec la réalité, peut avoir lieu, laissant de côté les angoisses.

La salle Snoezelen semble être bien indiquée dans ce cadre. En effet, elle procure un état de bien-être, de relaxation, de sécurité, ayant pour conséquence un lâcher prise, une diminution des tensions.

 Dans le but de remédier à l'isolement, au repli sur soi, le psychomotricien va favoriser des activités de groupe. Une prise en charge groupale sera donc indiquée. Entretenir le contact avec les autres résidents est important tant au niveau des relations sociales, qu'au niveau psychique pour tenter de pallier à la dépression, éviter un syndrome de glissement.

Lors de l'entrée en institution, le psychomotricien peut faire les présentations entre ce nouvel arrivant et les autres résidents. De même, il peut lui faire visiter le service et lui présenter les activités qui s'y déroulent. Ainsi, le nouveau résident pourra investir ce nouveau lieu de vie. Faciliter son adaptation et son intégration au sein des résidents déjà présents font partis du travail du psychomotricien et des soignants.

 La démence entraîne une inversion des rythmes circadiens, engendrant des troubles du sommeil. Le psychomotricien peut agir en veillant à ce que le résident soit couché et levé à heure fixe afin de lui donner des repères. Des rituels de lever (musique, lumière...) et d'endormissement peuvent être mis en place.

 Dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux, la verbalisation tient une place fondamentale, que ce soit le résident lui-même qui verbalise son ressenti, son vécu, lorsque cela est encore possible, ou le psychomotricien à travers la lecture psychomotrice qu'il réalise.

## ✓ Les relations avec l'entourage

Les relations avec l'entourage ne sont pas épargnées. L'évolution de la maladie provoque un bouleversement intergénérationnel. En effet, nous remarquons que plus la dépendance s'accroît, plus les enfants ont tendance à tenir le rôle de parents pour leur propre parent malade. La "personne âgée Alzheimer" perd sa place dans la famille, et ceci n'est pas facile à accepter. Elle est consciente qu'elle devient une charge pour les personnes qui s'occupent d'elle. Nous pouvons l'entendre dire : « je suis un fardeau pour mes enfants », « je vous fais perdre votre temps ». L'entourage doit faire preuve de patience. La gestion des troubles de la "personne Alzheimer" au quotidien peut être fatigante, énervante. Les relations peuvent se désharmoniser, et cela le parent malade le ressent. S'en voulant à lui-même de ne plus être capable de faire telle ou telle chose et donc de dépendre de ses proches, il peut devenir désagréable et donc l'être avec les personnes qui l'entourent. Un cercle vicieux peut s'opérer : le parent malade est désagréable, l'entourage fatigué par ses agressions devient donc moins patient, moins disponible, plus irritable. L'entourage peut également ne pas supporter l'image que lui renvoie son parent. Imaginer que cette personne pourrait être eux plus tard peut leur être insupportable. L'entourage peut alors désinvestir toute relation avec le malade.

Les relations familiales, affectives, sont également rendues difficiles par les troubles de la communication. Au fil de la maladie, la "personne Alzheimer" a de plus en plus de difficultés à parler, à exprimer ses sentiments, ses émotions. Elle a donc recourt à des comportements inhabituels et étranges, pour nous faire comprendre quelque chose.

Je pense qu'en tant que psychomotricien nous avons là aussi un rôle à jouer. L'entourage ne comprend pas forcément pourquoi leur parent agit ainsi. Il faut faire face au questionnement de la famille. Nous devons leur expliquer pourquoi leur proche agit de la sorte. Nous aidons la famille à comprendre ses réactions. Le psychomotricien peut donc avoir un rôle de soutien auprès de la famille, il peut les aider à exprimer leurs inquiétudes, leurs angoisses. De plus, le psychomotricien, autant que les soignants, peut être le lien permettant le maintien de la relation. Il doit expliquer à la famille qu'elle a un rôle de mémoire pour son parent malade, un rôle de soutien moral, que malgré la maladie, la relation n'est pas rompue, et qu'au contraire leur présence est essentielle auprès de leur proche. La motivation du résident dépend en grande partie de cette présence ou de cette absence.

## 4.2. La dépendance

☐ L'institutionnalisation d'une personne âgée souffrant de maladie d'Alzheimer est bien souvent un pas de plus vers la dépendance. En effet, souvent par manque de personnel, le temps manque. Les soignants n'ont pas le temps, ou alors très peu de temps, pour apprécier si le résident est toujours capable de faire sa toilette seul, ou si seulement un guidage verbal serait suffisant ; s'il peut toujours manger seul malgré sa lenteur etc. Bien souvent les soignants font donc tous ces gestes à sa place. Les automatismes se perdent, et la dépendance s'accroît. C'est aussi à cause d'un manque de patience de la part de certains soignants que cette perte d'autonomie s'accroît. Le psychomotricien peut intervenir à ce moment en proposant son aide lors de la toilette, ou en mettant en place un repas thérapeutique.

*Mr A. est un résident présentant une maladie d'Alzheimer pour lequel les repas s'éternisent parce qu'il est vite distrait par des bruits, et finit par oublier ce qu'il était en train de faire. Afin d'éviter que les soignants ne lui donne la béquie et qu'il perde alors ses automatismes, la psychomotricienne a mis en place un repas thérapeutique afin d'accompagner Mr A. dans cette tâche. Elle commence par lui présenter les aliments un par un et lui précise dans quel ordre les manger. Elle accompagne son geste, utilise l'imitation, le ramène au moment présent lorsqu'il se disperse, et ceci en respectant son rythme. Ainsi, Mr A. continue de manger seul.*


☐ L'institution dans laquelle j'effectue mon stage ne respecte pas les rythmes individuels des résidents. Tout est "heuré", chronométré. J'entends bien que la vie institutionnelle impose des contraintes, que les soignants ne peuvent pas travailler au rythme des résidents car sinon à l'heure du déjeuner par exemple ils ne seraient pas tous douchés. Mais, dans la mesure du possible, je pense qu'il est envisageable de respecter certaines de leurs habitudes, afin de rendre leur quotidien plus agréable. L'institutionnalisation constituant déjà en elle-même une étape difficile pour le nouveau résident, ce changement de lieu de vie est d'autant plus difficile à accepter si nous lui changeons toutes ces habitudes. Une véritable rupture s'opère alors. Selon le projet de l'institution, nous pouvons veiller à ce que le résident conserve ses habitudes dans la

mesure du possible. Nous pouvons nous appuyer sur les dires de la famille ou des équipes à domicile si un suivi à domicile était en place. C'est le cas d'une maison de retraite où j'ai rencontré la psychomotricienne.

*Mr O. est entré en institution suite à une démence ; le maintien à domicile n'étant plus possible. Lors de son arrivée, la famille de Mr O. a été interrogé au sujet des habitudes de son parent. Ainsi, il se levait à 10h et prenait toujours une salade de fruit au petit-déjeuner. Ses habitudes pouvant être conservées sans difficulté, Mr O. est donc réveillé à 10h et petit déjeune avec une salade de fruit.*

*Aujourd'hui, Mr O. est en train d'inverser son cycle nyctéméral. Il se couche de plus en plus tard et se réveille vers 12h. La psychomotricienne est donc intervenue afin que Mr O. soit couché vers 22h et que les soignants le réveillent à 10h.*


Les plans de soins faits en équipe, "la philosophie de vie" de l'établissement dans lequel se trouve Mr O., rendent donc l'avancée vers la dépendance un peu moins difficile à accepter. Respecter les habitudes est un choix d'accompagnement rendant la rupture entre le domicile et l'institution moins brutale.

 Par manque de temps et d'effectif, les soignants agissent trop souvent à la place du résident. Ceci engendre donc en quelque sorte un "phénomène d'infantilisation" de la personne âgée, et encore plus de la personne âgée démente. Ce terme peut vous paraître fort, mais c'est le sentiment que je ressens.


Prenons l'exemple de l'incontinence : le manque d'effectif ne permet pas de répondre aux besoins des résidents dans l'immédiat. Des protections leur sont donc mises et il m'est choquant d'entendre un soignant dire : « vous avez une couche », sous-entendu « faites sur vous », alors que le résident a toujours la conscience de ses sphincters et une certaine maîtrise de ceux-ci. Au fil du temps, il ne demandera plus à aller aux toilettes, et deviendra effectivement incontinent. Lors d'une visite dans une maison de retraite, j'ai appris que la programmation mictionnelle existait. Celle-ci consiste à emmener les personnes encore continentes le jour aux toilettes toutes les quatre heures environ, afin de retarder au maximum l'incontinence. Certes, ce système peut paraître contraignant et sûrement délicat à mettre en place, mais il s'agit de modifier des habitudes professionnelles pour accéder à un gain de temps par la suite (retarder l'incontinence et




éviter la multiplication des changes). Cela est rendu possible selon la motivation des soignants et nécessite un suivi régulier et donc un relai en cas d'absence.

 Ces méthodes d'action, autant réalisables par les soignants que le psychomotricien, rendent la vie institutionnelle plus "douce" et le processus vers la dépendance moins brutal. Le psychomotricien ne peut pas éviter la dépendance car celle-ci découle de l'évolution de la maladie et est inévitable, mais cependant, je pense que si psychomotriciens et soignants agissent dans le même sens, la dépendance peut être plus ou moins retardée.


### **4.3. Les communications non verbales**

 Les troubles phasiques s'installant au fil de la maladie (manque du mot, paraphasie sémantique, néologisme...), les difficultés de communication s'accroissent, et redoublent lorsque le stade de l'aphasie est atteint. Privés du langage oral, les résidents présentant une démence conservent cependant toujours une possibilité de communiquer. Ils cherchent, avec leurs capacités restantes, à exprimer des préoccupations, des sentiments, des désirs, à travers l'intonation de leurs vocalises, les mimiques, la posture, les gestes : c'est la communication non verbale. Le regard quant à lui, peut rester expressif ou non. Certains d'entre eux auront plutôt un regard figé, neutre, c'est pourquoi nous devons plutôt nous fier au langage du corps. En effet, le soma est le lieu d'expression de symptômes psychiques et corporels. Le psychomotricien doit donc favoriser ces communications non verbales afin de maintenir un échange entre ces personnes âgées et leur environnement. La relation est essentielle à l'existence de soi. Entretenir la relation est aussi nécessaire pour éviter l'isolement, le repli sur soi, voire pour éviter qu'un sentiment d'abandon naisse, qu'une dépression ou qu'un syndrome de glissement s'ensuive. Nous devons accorder de l'importance à ces communications afin de ne pas renforcer le sentiment de solitude que ressentent fort probablement ces personnes. « *Ne plus exister dans le regard de l'autre, ne plus se reconnaître en lui, c'est ne plus avoir besoin d'être.* » (Karyne Duquenoy Sychala, psychologue clinicienne). Il est important de leur montrer qu'ils existent pour nous, qu'ils sont toujours des êtres vivants à part entière même privés de parole. En maintenant la relation aux autres, le psychomotricien évite la solitude pathogène, le repli sur soi, fréquemment retrouvés chez les personnes âgées.


S'il est difficile pour eux de communiquer, il est également difficile pour la famille, les soignants, de comprendre ce qu'ils essaient de nous dire. L'interprétation est délicate, mais nous ne devons pas avoir peur de nous tromper car les "personnes Alzheimer" conservent la capacité de savoir ce qu'elles veulent, et d'exprimer certains besoins. Donc, si nous n'interprétons pas correctement leurs signes, elles nous reprendront jusqu'à ce que nous les comprenions.


 Dans l'objectif de développer la communication non verbale, le psychomotricien a tout intérêt à avoir recours à la stimulation sensorielle. En effet, la mémoire sensorielle, notamment la mémoire corporelle, étant l'une des dernières préservées, un travail autour de la sensorialité semble particulièrement intéressant. Lorsque les "malades Alzheimer" n'ont plus les mots pour dire les choses, lorsque le langage oral n'est plus possible, ils restent capables de reconnaître le regard, la voix, les mimiques. La stimulation sensorielle peut donc devenir un support privilégié de la communication non verbale. Rappelons aussi que ressentir c'est vivre, exister. C'est entretenir le sentiment d'existence, de permanence de soi.

Par les stimulations sensorielles, le psychomotricien cherche à développer l'expressivité. Il peut recourir au toucher thérapeutique, à la balnéothérapie, à la salle Snoezelen, à des ateliers de musique, de senteur etc. Le psychomotricien vise à ce que le résident ressente son corps pour pouvoir ensuite l'investir, exprimer des émotions à travers son corps, et les partager avec autrui. Le dialogue tonique est également stimulé. Le contact tactile est vital pour chacun d'entre nous et l'est encore plus lorsque les mots ne sortent plus. Le toucher témoigne affectivité, empathie, chaleur humaine. Il confirme notre présence. Comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique, le corps est un organe de relation (cf. 3.3.1. p.39). En le stimulant, nous préservons ses capacités de communication, d'échange avec l'extérieur.


 Notons que lors de ces séances axées sur le développement des communications non verbales, sentiment de bien-être et d'estime de soi vont également être recherchés.


#### 4.4. La notion de plaisir

 En plus de veiller au maintien de leurs capacités, je pense que toute prise en charge en gérontologie doit s'articuler avec la notion de plaisir. Accepter la maladie, la défaillance de son corps, sa régression, le départ de son domicile, est un "cap difficile à passer". La personne âgée est sujette à des pertes successives nécessitant un travail de deuil. Il est donc essentiel de ne pas cibler que le symptôme et d'accentuer ainsi le sentiment de déchéance. Le psychomotricien doit donc travailler dans la globalité. Il doit prendre en compte l'ensemble du corps que sont la psyché et le soma. Il doit autant travailler là où les résidents sont encore compétents. A l'écoute de leurs désirs, le psychomotricien peut donc agir par l'intermédiaire d'activité de leur choix. Par là, il va les revaloriser, leur apporter du plaisir. Ainsi, un impact positif sur le moral sera visible. L'objectif premier de la prise en charge psychomotrice des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer n'est pas la rééducation mais, comment pouvons-nous améliorer leur quotidien ? Comment pouvons-nous leur rendre plus agréable, moins douloureux ?

 Passer du corps douloureux au "corps-plaisir" est important. Le plaisir peut être retrouvé au cours de stimulations sensorielles (bain thérapeutique, relaxation, salle Snoezelen, toucher thérapeutique). Ressentir des sensations agréables, des sensations oubliées, découvrir de nouvelles sensations, engendrent généralement du plaisir, mais aussi une détente psychocorporelle.

Ce sentiment de bien-être peut également émerger à travers des médiations comme la danse de salon, le chant, qui vont fort probablement faire renaître des souvenirs.

 Lorsque la démence n'est pas à un stade trop avancé, des stimulations cognitives à travers des jeux de questions ou de mots peuvent être très valorisantes. La mémoire des faits anciens étant intacte, des questions sur des faits divers de leur jeunesse peuvent être posées.


 Le plaisir passe également par la revalorisation : revalorisation du corps, mais aussi auprès des autres résidents et des soignants.

L'image du corps peut être revalorisée par un atelier d'esthétisme par exemple : manucure, maquillage, soins du visage etc.

La valorisation auprès des autres résidents peut passer par un atelier cuisine, peinture avec exposition des toiles par la suite par exemple. Lors de mon stage j'ai assisté à deux ateliers cuisine. J'ai pu constater à quel point ce temps avait été agréable pour les 5 résidents participant à cet atelier.

*Mme T. a participé à l'atelier cuisine. Il s'agissait d'éplucher des pommes de terre pour faire des frites. Mme T. a retrouvé d'elle-même le geste approprié à l'épluchage. Elle a été souriante tout au long de l'atelier, et le plaisir de goûter ensuite les frites se lisait sur son visage.*

Tous les résidents du service ont eu une barquette de frites. Tous l'ont appréciée, et le plaisir était d'autant plus grand qu'ils ne mangent jamais de frites.

 Enfin, les échanges verbaux avec les autres résidents, les soignants procurent un certain plaisir, celui de communiquer. La socialisation doit donc aussi être stimulée. Des sorties en extérieur peuvent être proposées. Elles permettent aux résidents de connaître les soignants différemment, hors du cadre de l'institution, et peuvent ainsi créer un lien s'il n'existait pas ou bien le renforcer. Ces sorties offrant des stimulations visuelles, auditives, olfactives ont un but thérapeutique.

#### **4.5. La fin de vie**

En fin de vie, en phase terminale de toute démence, le corps échappe aux malades. Il est étranger à eux-mêmes et bien souvent source de douleurs. La difficulté principale réside dans la communication, compliquant l'interprétation des symptômes et des désirs des personnes atteintes de démence. En tant que psychomotriciens, nous devons intervenir afin d'accompagner du mieux que possible ces personnes vers la mort, dans un corps en paix avec leur psyché. Nous devons rétablir l'unité psychocorporelle rompue par la déficience cognitive, la maladie, la douleur.

### ✓ **Accompagner pendant les soins**

Notre présence peut être requise lors des soins de nursing (ensemble des soins d'hygiène et de confort) et de pansements. Notre objectif est d'aider ces personnes à les vivre mieux, en prêtant attention à la douceur des manipulations notamment, mais aussi en expliquant le soin, en verbalisant ce que les soignants sont en train de faire, afin de diminuer le seuil d'alerte douloureuse et que ce soin soit moins ressenti comme une agression, une intrusion.

Nous sommes à l'écoute du dialogue tonico-émotionnel et pouvons sensibiliser les soignants à cette écoute.

### ✓ **Détente, bien-être, revalorisation corporelle**

Notre rôle se situe également au niveau de la détente, de la revalorisation corporelle, de la dignité. Par le biais du toucher thérapeutique ou de la relaxation, nous pouvons induire une détente. En effet, ces médiations visent à apporter un apaisement, un bien-être. Elles permettent d'accéder au lâcher prise, à la déconnexion psychique, grâce au soulagement de la douleur, à l'apport d'un sentiment de bien-être et de plaisir retrouvé. Ce n'est plus du "corps mécanique" dont il est question, mais du "corps-plaisir", objet de relation, de communication, source de sensations agréables.

*Je n'ai pas eu l'occasion de suivre de près en charge en fin de vie au cours de mes stages. Cependant, une discussion que j'ai eue à ce propos avec une psychomotricienne m'amène à vous parler d'une résidente, Mme V.*

*Mme V. est en phase terminale d'une démence neurodégénérative. D'après la psychomotricienne, le corps de Mme V. est très atteint dans son intégrité. Sur une ossature fragile, entièrement déminéralisée par l'ostéoporose et ayant subi de nombreuses fractures opérées, s'accroche une musculature hypertonique et atrophiée. Au cours de la journée, Mme V. est soit allongée dans son lit, soit assise dans un fauteuil coquille dans lequel elle reste figée dans une posture en rétraction. Un suivi en psychomotricité à travers du toucher thérapeutique s'est donc mis en place après le dîner, afin de procurer une détente, d'apaiser ses douleurs et de faciliter l'endormissement. La psychomotricienne me raconte que Mme V. a été tout de suite réceptive à cette prise en charge et qu'une détente a été observée dès le début : les poings fermés s'ouvraient, la mâchoire auparavant*

*serrée faisant grincer les dents de Mme V. se relâchait, laissant la bouche entrouverte tout au long de la séance. Son visage se détendait. La respiration devenait plus ample et calme. Mme V. s'est assoupie de nombreuses fois, et il est arrivé que la psychomotricienne la quitte endormie, ayant déjà commencé sa nuit. Un matin, alors que la psychomotricienne venait saluer l'équipe soignante, une infirmière lui annonça que Mme V. ne s'était pas réveillée. Elle était décédée dans la nuit, le visage apparemment détendu. Mme V. semble être partie dans un état de détente, d'apaisement.*

Les mobilisations lors de la relaxation apportent du mouvement au corps et permettent ainsi de ressentir son existence. Un travail sur les perceptions permet de se recentrer sur soi et donc d'exister avec un vrai "JE" : je sens donc JE SUIS ! La nomination des différents segments corporels lors de notre toucher permet de travailler le schéma corporel, de renforcer la somatognosie. Nommer me semble important car une fois alités, les résidents n'ont plus la possibilité de faire des expériences corporelles. Le corps est peu à peu désinvesti. Notre verbalisation associée à notre toucher peut permettre de redonner une conscience corporelle. Le psychomotricien pense également à offrir une posture la plus confortable dans le lit. Effectivement, il est important de veiller au confort de l'installation (attention aux attitudes vicieuses notamment) et de changer les positions, notamment pour limiter le risque d'escarres. De plus, rester longtemps dans une position initialement confortable peut finir par devenir pénible et douloureuse. La posture peut être améliorée avec des coussins par exemple.

A travers la lecture psychomotrice que nous réalisons et verbalisons au résident, nous portons une attention positive au corps. Nous essayons d'amener le résident à trouver du plaisir à sentir son corps, trop souvent vécu sur un plan douloureux. Revaloriser le corps est donc nécessaire. En effet, celui-ci est source de rejet car malade, déficient, affaibli. La rétrognèse opérant, les initiatives motrices et la communication sont réduites à leurs formes élémentaires.

#### ✓ **La relation avec la famille, l'entourage**

Il me semble enfin important d'inclure la famille, l'entourage dans le projet thérapeutique de fin de vie afin de permettre la continuité de la relation.

Le psychomotricien peut avoir un rôle de réassurance auprès de la famille. Il peut les rassurer quant au questionnement sur la douleur. Souvent nous entendons l'entourage demander : « est-ce

qu'il souffre ? » Cette question nous l'avons nous-mêmes posée lorsque nous avons été confrontés à la fin de vie, à la mort d'un proche. Il nous est douloureux qu'un parent, qu'un ami parte dans la douleur ; en un sens nous "souffrons avec lui".

Le psychomotricien peut expliquer à la famille ce qui est encore fait avec le résident, comment l'équipe soignante l'accompagne dans cette dernière partie de vie ? et ce que lui-même apporte par la spécificité de son toucher notamment.

Il peut également déculpabiliser la famille : « qu'avons-nous fait de mal pour qu'il se dégrade aussi vite ? » Il faut donc expliquer la maladie, que c'est l'évolution de la démence, que nous ne pouvons rien contre celle-ci, et que l'état peut rester stable pendant une longue période et se dégrader précipitamment.

Enfin, expliquer ce qui est encore possible de faire avec leur parent est du ressort du psychomotricien. Par peur de faire mal, impressionné par tous ces fils et appareils médicalisés, l'entourage peut éviter tout contact tactile. De même, sachant que son parent ou ami est inconscient, ne répond plus, il ne trouve plus utile de lui parler ou alors parle de lui comme s'il était absent de la pièce. A nous donc de favoriser le dialogue tonico-émotionnel, prémices de toute relation, afin de leur offrir la possibilité d'être ensemble jusqu'à la fin.

# CONCLUSION



La lecture de ce mémoire nous a permis de mieux connaître la maladie d'Alzheimer, démence qui alimente de nombreux sujets de conversation de nos jours et qui est redoutée par la population.

Nous avons vu quels pouvaient être les impacts de cette maladie au niveau de l'autonomie physique et psychique, mais aussi quel pouvait être l'intérêt d'une prise en charge en psychomotricité pour les personnes présentant cette démence, et ce, notamment à travers les suivis de Mme B. et de Mme T.

Ce travail est donc le fruit d'une réflexion autour de l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer. Il présente donc ses richesses et ses limites ; limites que nous devons accepter car la maladie d'Alzheimer est une démence neurodégénérative dont nous ne pouvons ralentir l'évolution qu'au travers de diverses stimulations et traitements médicamenteux.

L'espérance de vie augmentant, notre société compte chaque année de plus en plus de personnes âgées du quatrième âge. Un enfant sur deux né en 2009 sera centenaire. Vivre vieux oui, mais à quel prix ? La psychomotricité est donc notamment un métier d'avenir auprès des personnes âgées par son adaptation à la prise en charge de cette nouvelle population, par la souplesse de son projet thérapeutique.

# ANNEXE

## Facteurs de risques et de protection de la maladie d'Alzheimer

Le facteur de risque le plus important est l'âge. Le second est l'existence d'antécédents familiaux de la démence. Deux mécanismes participent à la plus grande fréquence de la maladie d'Alzheimer dans certaines familles : d'une part l'existence de mutations portant sur le gène de la présénile 1 et 2, et d'autre part des mutations sur le gène de l'APP (amyloid protein precursor). La présence de l'allèle 4 de l'apolipoprotéine E est un facteur de risque important. D'autres facteurs de risques ont été décrits tels que le sexe féminin de plus de 75 ans, un bas niveau socioculturel, des antécédents psychiatriques en particulier dépressifs, un traumatisme crânien, une petite taille de périmètre crânien, et des antécédents de trisomie 21.

L'étude ROTTERDAM STUDY rappelle le rôle des terrains vasculaires comme facteurs de risques : le tabac, les maladies coronariennes, l'athérosclérose, le diabète traité, l'hypertension artérielle, et la consommation excessive de graisse animale.

A l'inverse certains facteurs de protection sont suggérés tels qu'un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens, par anti-oxydants, une œstrogénothérapie substitutive, la présence de l'allèle 2 de l'apolipoprotéine E, et un haut niveau socioculturel.

L'étude PAQUID a montré le rôle protecteur de toutes les activités de loisirs et particulièrement : le bricolage, le jardinage, les voyages, le tricot ; mais elle a également montré le rôle protecteur du vin principalement rouge (effet protecteur cardiovasculaire).

L'étude ROTTERDAM STUDY a montré quant à elle les rôles protecteurs de la bière et de la consommation de poisson.

(Cours de gérontologie : La maladie d'Alzheimer, 2008).

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages

- Lesniewska H.K. (2003). *ALZHEIMER, Thérapie comportementale et art-thérapie en institution*. Paris : L'Harmattan.
- Montani C. (1994). *La maladie d'Alzheimer « Quand la Psyché s'égaré »*. Paris : L'Harmattan.
- Personne M. (1994). *Le corps du malade âgé*. Toulouse : Privat.

## Extrait d'ouvrages

- Albaret J.M., Aubert E. (2001). *Vieillesse et Psychomotricité*. Marseille : Solal. (p.15-37 ; 118-123).
- Brouillet D., Syssau A. (2008). *Que sais-je ? La maladie d'Alzheimer*. Paris : PUF. (p.72-86).
- Ferragut E., (1995). *La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique*. Paris : Masson. (p.65).
- Pitteri F. (2000), sous la direction de Potel C. *Psychomotricité : entre théorie et pratique. « Psychomotricité et personnes âgées »*. Paris : In Press. (p.228-229).
- Signoret J.L., Hauw J.J. (1996). *La maladie d'Alzheimer et autres démences*. Paris : Flammarion. (p.220).
- Touchon J., Portet F. (2002). *La maladie d'Alzheimer. 3<sup>ème</sup> partie : Les aspects cliniques, chapitre 2*. Paris : Masson. (p.41).

## Revue

### La Revue de Gériatrie

- Belmin J., Ollivet C. (2003). *L'entrée en institution des patients atteints de la maladie d'Alzheimer*.
- Ergis A.M. (2007). *Syndromes démentiels : profils cognitifs*. (p.B38 – B41). (Tome 32 supplément B au n°10, décembre).
- Langendorff F. (2001). *Psychisme et vieillissement : le travail du vieillir*. (Tome 26, n°7, septembre)
- Léger J.M., Ouango J.G. (2001). *Deuil et sujet âgé*. (Tome 26, n°3, mars).

### Evolutions psychomotrices

- Boscaini F. (2004). *Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique*. (Vol. 16 n°63)

### Soins gérontologie

- France Bezard-Falgas (2006). *Aidants, Alzheimer et communication : Symptômes et vécu psychique du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer*. (N°59, mai/juin). (Extrait : p.14-18).

## Cours

### Cours de psychomotricité

- *Schéma corporel et Image du corps*. (2007). Mme Aoues L.
- *Sémiologie des troubles du schéma corporel*. (2007). Mme Defiolles V.
- *Sémiologie de l'instabilité psychomotrice et de l'inhibition psychomotrice*. (2008). Mme Defiolles V.

### Cours de gérontologie

- *Gérontologie*. (2008). Mr Lefèvre C.
- *La maladie d'Alzheimer*. (2008). Mr Lefèvre C.
- *Les troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer*. (2008). Mme Truptil A.
- *Vieillesse et fonctions psychomotrices*. (2008). Mr Lefèvre C.
- *Le vieillissement psychique*. (2009). Mr Lefèvre C.

## *Résumé*

*La maladie d'Alzheimer est une démence affectant en premier lieu les fonctions cognitives, et se répercutant sur le comportement et l'adaptation sociale des personnes en souffrant.*

*Ce mémoire retrace l'évolution de la maladie d'Alzheimer et expose ses conséquences au niveau de l'autonomie physique et psychique des personnes qui en sont atteintes. A travers cet écrit, j'ai souhaité mettre en avant l'intérêt d'une prise en charge en psychomotricité pour ces personnes, de par les stimulations que le psychomotricien propose dans le but de retarder le processus vers la dépendance, mais aussi de par l'accompagnement qu'il peut effectuer afin de rendre le quotidien de ces personnes âgées plus agréable.*

## *Mots-clés*

*Psychomotricité – Maladie d'Alzheimer – Perte d'autonomie – Dépendance – Deuils – Stimulations psychomotrices – Revalorisation – Communications non verbales – Accompagnement.*

---

## *Summary*

*The Alzheimer's disease is a dementia affecting first of all the cognitive functions and enchoing on the behavior and the social adaptation of people suffering.*

*This report traces the evolution of Alzheimer's disease and describes its consequences on the physical and mental state of people who are suffering. Through this writing, I wanted to highlight the interests of care in Psychomotoricity for these people, thanks to psychomotor stimulations with the aim of delaying the process towards the dependence, but also thanks to accompaniment which he can make in order to make the lives of these elderly more pleasant.*

## *Key words*

*Psychomotoricity – Alzheimer's disease – Loss of autonomy – Addiction – Bereavement – Psychomotor stimulations – Appreciation – Non-verbal communications – Accompaniment.*