

07/77

INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

Démence et stimulation des sens...

*Approche psychomotrice par les stimulations neuro-sensorielles
auprès de sujets souffrant de démences*

**Mémoire présenté par Clémence MICHEL
en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien**

Maître de mémoire : Sophie BOUARD

Session JUIN 2007

*« La stimulation neuro-sensorielle, c'est la stimulation par les sens,
mais aussi, la stimulation des sens et du sens. »*

(M. Charlier 2004, p.43)



Je tiens tout d'abord à adresser un immense merci à **Sophie BOUARD**, pour sa disponibilité, son écoute, ses conseils et son soutien, riche en réflexions, tout au long de mon stage.

Je souhaite également remercier tous les résidents de la maison de retraite qui m'ont permis d'enrichir mes réflexions. J'adresse une attention spéciale à Madame A. et Madame G. qui m'ont fait confiance et sans qui je n'aurais pu réaliser ce mémoire.

Merci également à toute l'équipe de la maison de retraite pour son accueil chaleureux.

Merci mille fois à mon père et à ma mère qui m'ont toujours fait confiance et soutenue dans mes choix de vie, ainsi que pour leur soutien et leurs nombreuses relectures au cours de l'élaboration de mon mémoire.

Merci tout particulièrement à Claire et Caroline qui m'ont accompagnée au quotidien dans cette aventure psychomotrice.

Enfin, un grand merci à mon frère et à mes amis, pour le bonheur et la joie qu'ils m'apportent.

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PARTIE THEORIQUE.....	2
-----------------------	---

1 LE VIEILLISSEMENT NORMAL.....	3
---------------------------------	---

1.1 Définitions	3
-----------------------	---

1.1.1 Le vieillissement.....	3
------------------------------	---

1.1.2 La sénescence	3
---------------------------	---

1.1.3 La sénilité	4
-------------------------	---

1.2 Le vieillissement physiologique	4
---	---

1.2.1 Le vieillissement neurologique	4
--	---

1.2.2 Le vieillissement sensoriel.....	5
--	---

1.2.2.1 Le vieillissement tactile et de la proprioception	6
---	---

1.2.2.2 Le vieillissement visuel.....	6
---------------------------------------	---

1.2.2.3 Le vieillissement auditif.....	7
--	---

1.2.2.4 Le vieillissement olfactif et gustatif.....	7
---	---

1.2.3 Le vieillissement psychomoteur	8
--	---

1.2.3.1 Le tonus	8
------------------------	---

1.2.3.2 Les coordinations statiques et dynamiques	8
---	---

1.2.3.3 Le schéma corporel et l'image du corps.....	9
---	---

1.2.3.4 L'espace et le temps.....	9
-----------------------------------	---

1.3 Le vieillissement cognitif et psychologique	10
---	----

1.3.1 L'intelligence.....	10
---------------------------	----

1.3.2 La mémoire	10
------------------------	----

1.3.3 Les mouvements psychiques.....	11
--------------------------------------	----

1.3.3.1 Le narcissisme.....	11
-----------------------------	----

1.3.3.2 Le deuil.....	11
-----------------------	----

2 LES DÉMENCES	12
2.1 Définition.....	12
2.2 Démarche diagnostique.....	13
2.2.1 Un entretien	13
2.2.2 Un examen clinique	14
2.2.3 Un examen neuropsychologique	14
2.2.4 Les critères du DSM IV-R	14
2.2.5 Des examens complémentaires	15
2.3 Les troubles associés.....	15
2.4 Diagnostic différentiel	16
2.4.1 Vieillesse normale.....	16
2.4.2 Dépression	16
2.4.3 Etats confusionnels.....	16
2.4.4 Pathologies organiques	17
2.5 Classifications des démences	17
2.5.1 La démence de type Alzheimer	17
2.5.1.1 <i>Historique et définition</i>	17
2.5.1.2 <i>Épidémiologie</i>	18
2.5.1.3 <i>Diagnostic positif</i>	19
2.5.1.4 <i>Symptomatologie</i>	19
2.5.2 Les démences vasculaires.....	20
2.5.2.1 <i>Historique et définition</i>	20
2.5.2.2 <i>Epidémiologie</i>	21
2.5.2.3 <i>Diagnostic positif</i>	21
2.5.2.4 <i>Symptomatologie</i>	22
3 LA NEURO-SENSORIALITÉ	22
3.1 La fonction neuro-sensorielle	23

3.2 Les stimulations neuro-sensorielles et la démence	25
3.2.1 La désafférentation sensorielle.....	26
3.2.2 Le rôle de l'attention	26
3.2.3 L'angoisse.....	27
3.3 Recherches actuelles : neuro-sensorialité et démence.....	27
3.3.1 Capture et rebouclage sensoriel	28
3.3.2 Rapport du Docteur Diamond sur la maladie d'Alzheimer	29

PARTIE CLINIQUE	31
------------------------------	-----------

1 PRÉSENTATION DE L'INSTITUTION	32
1.1 La maison de retraite	32
1.2 Le personnel.....	32
1.3 La place de la psychomotricité	33
1.4 Description de la salle neuro-sensorielle	34
2 CAS CLINIQUE	34
2.1 Madame G.....	34
2.1.1 Anamnèse	34
2.1.2 Bilans généraux et traitements médicamenteux	35
2.1.3 Bilan et compte rendu du bilan géronto-psychomoteur	36
2.1.4 Projet thérapeutique	39
2.1.5 Les quatre premières séances.....	40
2.1.6 Description d'une séance « type » en salle neuro-sensorielle	42
2.1.7 Évolution de Madame G. au cours de la prise en charge.....	43
2.1.7.1 Les transferts.....	43
2.1.7.2 Premier temps de séance : La respiration	43
2.1.7.3 Deuxième temps de séance : Les stimulations tactiles et kinesthésiques.....	44
2.1.7.4 Troisième temps de séance : La respiration	46

2.1.8 Conclusion de la prise en charge.....	47
2.2 Madame A.....	47
2.2.1 Anamnèse	48
2.2.2 Bilans généraux et traitement médicamenteux.....	49
2.2.3 Bilan et compte rendu du bilan géranto-psychomoteur	49
2.2.4 Projet thérapeutique	52
2.2.5 Description d'une séance « type » en salle neuro-sensorielle	53
2.2.6 Évolution de Madame A. au cours de la prise en charge.....	54
2.2.6.1 <i>La première séance</i>	54
2.2.6.2 <i>Les transferts</i>	55
2.2.6.3 <i>Premier temps de séance : les stimulations proprioceptives et tactiles</i>	56
2.2.6.4 <i>Deuxième temps de séance : les stimulations visuelles et auditives</i>	59
2.2.7 Conclusion de la prise en charge.....	59

DISCUSSION.....	61
-----------------	----

1 L'INSTITUTIONNALISATION	62
1.1 Le maintien à domicile.....	62
1.2 L'entrée en institution.....	64
1.2.1 La question de l'âge.....	64
1.2.2 Une expérience individuelle.....	65
1.3 La sensorialité en institution	66
1.3.1 Le lien entre l'équipe soignante et le psychomotricien	67
1.3.2 Prise en charge psychomotrice neuro-sensorielle et ouverture à la vie quotidienne	67
2 RÉACTIVATION DE LA MÉMOIRE SENSORIELLE	70
2.1 La sensorialité à l'aube de la vie	71
2.2 La sensorialité au crépuscule de la vie	71

3 ADAPTATION ET LIMITE DE L'UTILISATION DE L'ESPACE SNOEZELLEN.....	74
3.1 Le concept snoezelen	74
3.2 Paradoxe et adaptation de l'espace snoezelen en gériatrie.....	75
CONCLUSION	80

BIBLIOGRAPHIE

LEXIQUE

ANNEXES

INTRODUCTION

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la baisse de la natalité et les progrès dans le domaine de la médecine, les personnes âgées prennent une place de plus en plus importante dans notre société. Dans le même temps, nous sommes confrontés à une augmentation des pathologies du vieillissement telles que les démences et notamment les démences de type Alzheimer et les démences vasculaires. Les institutions gériatriques françaises accueillent ainsi davantage de personnes souffrant de ces pathologies.

Aujourd'hui, bien que ces pathologies soient incurables, les progrès de la médecine permettent le ralentissement du processus de la maladie. Mais comme le souligne M. HUPIN (Septembre-Octobre 2000, p. 29), « *Donner des années à la vie ne suffit pas, il faut aussi donner vie aux années...* ». Dans ce sens, nous comprenons l'importance d'apporter aux personnes atteintes de démences, des soins médicaux, paramédicaux et sociaux ajustés, par le biais d'un accompagnement quotidien personnalisé, afin de permettre le maintien de leur identité et de leur adaptation au sein de la structure d'accueil.

La psychomotricité, par son approche psycho-corporelle de l'être humain, fait partie des disciplines paramédicales à même de participer au renforcement et au maintien des capacités d'adaptation de la personne âgée démente. L'autonomie et l'adaptation de la personne à son environnement dépendent des capacités de prise de repères dans l'espace (ceci se faisant par les sens) et de l'intégration de ces données au niveau du cerveau. La démence est une maladie dégénérative atteignant l'intégrité globale (cognitif, moteur) du sujet. Toute fois il semblerait que les perceptions et la mémoire sensorielle resteraient plus efficaces que les autres domaines. Ainsi nous avons basé la réflexion de ce mémoire sur l'intérêt des stimulations neurosensorielles auprès de personnes âgées démentes dans un but de maintien ou tout du moins de ralentissement du déclin de l'autonomie du sujet.

Afin d'éclaircir et d'étayer cette réflexion, nous étudierons dans un premier temps le vieillissement normal puis les démences, en nous intéressant particulièrement aux démences de type Alzheimer et vasculaires, pour enfin aborder la neuro-sensorialité et ses particularités auprès de cette population. Nous développerons ensuite les prises en charges, en salle neuro-sensorielles, de deux femmes souffrant des pathologies citées précédemment. Dans une dernière partie, nous nous intéresserons à la continuité des soins dans une institution, au lien entre les sens et la mémoire, pour enfin exposer les limites et les adaptations du concept *snoezelen* dans la pratique psychomotrice en gériatrie.

PARTIE THEORIQUE

1 LE VIEILLISSEMENT NORMAL

Le processus de vieillissement comporte différents aspects : physiologique, psychologique et cognitif, que nous aborderons successivement. Mais auparavant, nous proposerons quelques définitions aidant à la compréhension de ce processus.

1.1 Définitions

1.1.1 Le vieillissement

Selon L. Berger et D. Mailloux-Poirier (1994), le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui vont modifier la structure et les fonctions de l'organisme au fur et à mesure des années et ceci dès le début de l'existence. Il est déterminé par des facteurs génétiques et influencé par des facteurs environnementaux, renvoyant aux événements de l'existence et à l'hygiène de vie du sujet. Ainsi, d'après R. Fontaine (1999), le vieillissement découle à la fois de données objectives telles que les dégradations physiques et cognitives, et de données subjectives telles que la représentation que le sujet se fait de son propre vieillissement. Le vieillissement est un phénomène normal, universel et différentiel, c'est-à-dire variable d'un individu à un autre.

« On vieillit comme on a vécu » (Ajuriaguerra J. cité par Carlson A. et Paquet J., 1999, p.17).

1.1.2 La sénescence

D'après L. Berger et D. Mailloux-Poirier (1994), la sénescence est un processus physiologique normal du vieillissement. C'est une période de décroissance multifactorielle qui entraîne une détérioration physiologique de l'organisme. L'involution est propre à chacun selon différents facteurs internes et externes (habitudes alimentaires, niveau de sédentarité, mesures d'hygiène, climat, type de profession exercée...).

La sénescence n'est pas une maladie, mais elle correspond à une réduction de la réserve physiologique des organes et des systèmes. Ainsi, elle est susceptible de mener à de multiples affections. *« Le signe le plus évident de la sénescence est l'abaissement de la capacité d'adaptation de l'organisme face aux changements du milieu environnant. »* (Berger L et D. Mailloux-Poirier, 1994, p. 125).

1.1.3 La sénilité

Selon L. Berger et D. Mailloux-Poirier (1994), la sénilité se définit comme une dégénérescence pathologique, liée à une exagération ou une accélération des processus normaux du vieillissement, qui prend sa source dans des dysfonctions organiques.

1.2 Le vieillissement physiologique

La sénescence entraîne des changements structuraux et fonctionnels. Les conséquences de ces modifications portent sur l'organisme et sur l'apparence externe du sujet.

Dans un souci de clarté et de travail ciblé par rapport au sujet de ce mémoire, nous nous intéresserons davantage aux modifications neurologiques et sensorielles. Ainsi, nous limiterons l'exposé du vieillissement physiologique à ces deux aspects, en abordant en premier lieu, les effets du vieillissement sur le système neurologique pour ensuite décrire les effets du vieillissement au niveau du système sensoriel.

1.2.1 Le vieillissement neurologique

« Depuis le 19ème siècle, il est acquis que le système nerveux est l'organe de la pensée, de l'intelligence et de l'affectivité. » (Fontaine R., 1999, p.29).

Les différentes structures anatomiques du système nerveux peuvent être regroupées selon qu'elles appartiennent au **système nerveux central*** ou au **système nerveux périphérique***.

La sénescence entraîne des modifications structurales au niveau du cerveau. Ces dernières s'observent principalement au niveau des régions frontales et temporales (cf. ANNEXE I). La sévérité du vieillissement neurologique varie selon les individus et les aires cérébrales touchées.

* Tous les mots marqués d'un astérisque seront définis par ordre alphabétique dans le lexique

Au niveau du système nerveux central, le vieillissement neurologique est principalement caractérisé par l'apparition de **dégénérescences neurofibrillaires*** et de **plaques séniles*** au niveau des neurones (Pitteri F., 2001). On observe aussi, une atrophie cérébrale, caractérisée par une perte de poids et une diminution du volume de l'encéphale de 5 à 10 % (Berger L. et Mailloux-Poirier D., 1994) ; une diminution de la **neuroplasticité***, et une mortalité neuronale. (Fontaine R., 1999).

Au niveau du système nerveux périphérique, on observe des modifications de la **jonction neuromusculaire*** (élargissement de la fente synaptique et épaissement de la membrane basale). Ces modifications entraînent une réponse musculaire lente et un épuisement rapide. D'autres facteurs tels que la réduction de la gaine de **myéline***, l'importance des ramifications dendritiques ainsi que la modification de la qualité de certains neurotransmetteurs, entrent également en jeu dans la lenteur d'exécution motrice (Signoret J. L. et Haw J. J., 1991).

Chez la personne âgée, ces modifications ont pour effet :

- Une augmentation du temps de réaction
- Une réponse plus lente aux stimuli externes et donc une réduction des capacités adaptatives de l'organisme
- Des troubles mnésiques
- Des troubles du sommeil

1.2.2 Le vieillissement sensoriel

« Les sens ne font que donner un sens à la vie en des actes subtils et vigoureux. Ils arrachent à la réalité des morceaux tout vibrants qu'ils rassemblent en un dessin significatif. ». (Ackerman D., 1991, p.11).

Par l'intermédiaire de ses sens, l'être humain est constamment en interaction avec son environnement. La sensation est une donnée sensorielle captée par des récepteurs; les sensations, combinées entre elles, fournissent les perceptions. La sensibilité est la propriété qu'a l'être vivant d'être informé des modifications de son milieu extérieur et d'y réagir de façon adéquate. Elle est assurée par diverses modalités sensorielles : le toucher, l'ouïe, la vue, le goût et l'odorat.

1.2.2.1 Le vieillissement tactile et de la proprioception

Notre peau est ce qui nous sépare du monde. Cette zone d'échange et de contact, assure la protection de l'organisme vis-à-vis du milieu extérieur. C'est en elle que réside le sens du toucher. Au niveau de la sensibilité tactile, les différents récepteurs se répartissent sur tout le corps avec une densité variable selon les régions. On les retrouve au niveau des poils, du derme superficiel et du derme profond.

Au cours du vieillissement, les diverses modifications rendent la peau fine, sèche, moins élastique et plus vulnérable aux agressions extérieures (plaies, escarres,...). Le vieillissement tissulaire est visible et modifie l'image corporelle du sujet.

- La diminution du nombre de récepteurs somesthésiques (tact superficiel, thermoalgésie) entraîne une altération de la discrimination tactile. Ainsi, la localisation précise de la surface stimulée est difficile. L'intégration des informations s'effectue moins rapidement ; le sujet est donc plus lent à y répondre.

- Au niveau de la proprioception, on observe aussi une diminution du nombre de récepteurs ligamentaires et capsulaires, et une perte de leur efficacité, entraînant une altération de la sensibilité profonde. Cette dégénérescence jouera un rôle dans les troubles de l'équilibre, par la diminution de la sensibilité aux positions instables (Berger L. et Mailloux-Poirier D., 1994).

1.2.2.2 Le vieillissement visuel

La vision est indispensable pour appréhender l'environnement et surtout pour percevoir les événements proches. C'est aussi un moyen d'entrer en relation avec autrui.

Les nombreuses modifications des tissus et des composantes de l'œil bouleversent la vue du sujet âgé. Ainsi, l'acuité visuelle est moins performante avec l'âge, avec une diminution de la précision visuelle, de la perception des contrastes, de la discrimination des couleurs, une diminution du champ visuel périphérique et une sensibilité importante à l'éblouissement. (Berger L. et Mailloux-Poirier D., 1994).

La situation d'un sujet âgé, présentant des difficultés de perception visuelle, peut conduire au repli sur soi, à un ralentissement moteur et à une crainte de la chute.

D'après R. Fontaine (1999, p.81), « *La baisse d'acuité visuelle et auditive liée au*

vieillessement a pour conséquence une sorte de privation sensorielle qui limite les stimulations environnementales nécessaires aux activités cognitives. Il s'ensuit une baisse générale des activités intellectuelles qui sont par là même de moins en moins sollicitées. La personne âgée est victime dans ce cas d'une sorte d' « autisme intellectuel ».

1.2.2.3 Le vieillissement auditif

L'audition permet au sujet de se situer dans l'espace, d'anticiper des événements, de communiquer et d'entrer en relation avec autrui.

La dégénérescence de l'acuité auditive commence progressivement aux alentours de 40 ans. L'exposition à des nuisances auditives amplifie et accélère cette baisse d'efficacité auditive.

Les facultés auditives diminuent du fait de l'altération des cellules ciliées (récepteurs auditifs), qui, en temps normal, transforment les vibrations reçues par l'oreille externe en influx nerveux. On observe ainsi une incapacité à entendre certains sons et une baisse du pouvoir de localisation spatiale d'un bruit ou d'un son, surtout pour les hautes fréquences. Ces altérations peuvent entraîner un isolement de l'individu et de réelles difficultés sociales ; majorées en institution (bruit constant, effet de groupe) (Rancurel G., 1992).

1.2.2.4 Le vieillissement olfactif et gustatif

Les effets du vieillissement sur la gustation ont fait l'objet de peu de recherches, dont les résultats peuvent être contradictoires.

La diminution des capacités gustatives peut être accentuée par le tabac, les carences alimentaires en particulier vitaminiques, par certaines pathologies (diabète, hyperthyroïdie) et par l'effet de certains médicaments. Il semblerait qu'au cours du vieillissement, les papilles gustatives (récepteurs sensoriels du goût) s'atrophient et perdent de leur efficacité, entraînant une légère élévation des seuils perceptifs et donc une altération de la reconnaissance du salé, du sucré, de l'amer et de l'acide. Les perceptions du salé et du sucré sont particulièrement vulnérables ; ainsi, de nombreux aliments sont perçus essentiellement comme acides ou amers, ce qui peut expliquer certaines anorexies de la personne âgée et le fait qu'elle ait tendance à saler et sucrer davantage ses aliments. Le goût reste néanmoins un sens très résistant (Rancurel G., 1992).

Le vieillissement affecte peu l'odorat. Ce sens reste plus discriminatif et varié que le goût. L'odorat a une grande résonance affective dans l'évocation et l'association. Il existe cependant des atteintes pathologiques de la muqueuse nasale (diabète, accident vasculaire cérébral, rhinite).

1.2.3 Le vieillissement psychomoteur

Nous avons abordé précédemment les effets du vieillissement physiologique, plus particulièrement au niveau neurologique et sensoriel. Les modifications observées peuvent avoir une influence sur le vieillissement psychomoteur, plus ou moins importante selon les individus

La description qui suit varie en fonction des individus. En effet, les dégradations seront variables en fonction de la physionomie et des investissements actuels et antérieurs du sujet.

1.2.3.1 Le tonus

« Concernant le tonus de fond, les sujets de plus de 70 ans présentent des paratonies de fond tellement fréquentes que De Ajuriaguerra les a considérées comme quasi physiologiques » (Pitteri F., 2000, p.227) . De même, *« vue leur fréquence élevée chez le sujet de plus de 70 ans, l'hypertonie d'opposition, l'hypertonie spastique peuvent être considérées comme quasi physiologiques »* (Pitteri F., cité par Lefèvre C., 2006).

1.2.3.2 Les coordinations statiques et dynamiques

Avec l'avancée en âge, la marche tend fréquemment à se ralentir et être moins sûre. On peut alors observer une diminution de la longueur et de la hauteur des pas, un élargissement du polygone de sustentation et/ou des irrégularités de la trajectoire. On note souvent une posture en légère flexion du tronc, un besoin d'attention à la marche, avec un regard fixé au sol. Du fait de ces modifications et d'une fréquente fatigabilité à la marche, le périmètre d'action tend à se restreindre. L'ensemble de ces caractéristiques peut favoriser les risques de chute.

Les pertes d'équilibre sont fréquentes chez le sujet âgé. Elles sont souvent liées à une diminution du temps de réaction, des capacités discriminatives des récepteurs sensoriels, mais également à un besoin de réajustements posturaux plus important. Ainsi, il est possible

d'observer, au cours du vieillissement, des difficultés au niveau de l'équilibre statique et dynamique (Albaret J.M. et Aubert E., 2001).

Au niveau de la motricité générale, on remarque une diminution, plus ou moins importante, de la capacité à coordonner différents groupes musculaires impliqués dans une même tâche.

1.2.3.3 Le schéma corporel et l'image du corps

Selon J. De Ajuriaguerra, « *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.* » (Cité par Carric J.C., 2001, p.167). D'après cette définition, nous comprenons que sensorialité et motricité sont inséparables. Ainsi, la perturbation de la motricité générale, des sensations proprioceptives, kinesthésiques et tactiles contribue, au cours du vieillissement, à la déstructuration du schéma corporel.

Les effets du vieillissement sont visibles au niveau de l'enveloppe corporelle. De plus, le sujet âgé n'a plus les mêmes aptitudes, tant au niveau physique que psychologique. Des difficultés d'adaptation et/ou d'intégration de ces changements peuvent aboutir à une modification ou une altération de l'image du corps.

1.2.3.4 L'espace et le temps

Au cours du vieillissement, il est courant d'observer une diminution de l'investissement spatial et une limitation des déplacements à de courts trajets dans des espaces connus. Cela peut être lié aux fréquentes peurs de chuter, aux éventuelles altérations des fonctions sensorielles et aux difficultés d'initiatives motrices.

Certaines personnes âgées voient leurs repères diminuer au sein de leur vie quotidienne, entraînant alors des difficultés d'accès au temps social. En institution, le manque de repère peut être majoré et entraîner une désorientation temporelle. L'investissement du présent ou du futur peut se révéler difficile pour la personne. On peut alors remarquer une tendance à investir et à s'attacher aux faits passés (Albaret J.M. et Aubert E., 2001).

1.3 Le vieillissement cognitif et psychologique

1.3.1 L'intelligence

« L'intelligence est définie comme une fonction cognitive essentielle qui concerne la capacité de mise en œuvre de moyens pour résoudre un problème. Elle mobilise des savoirs acquis, déjà contenus en mémoire, ou bien l'élaboration de nouvelles stratégies » (Albaret J.M. et Aubert E., 2001, p. 84).

Les ressources cognitives subissent des transformations progressives tout au long de la vie adulte. Il faut différencier l'affaiblissement de l'intelligence (diminution modérée des capacités intellectuelles, partiellement ou totalement réversible) et la détérioration de l'intelligence (déficit acquis touchant les fonctions cognitives).

Les tests psychométriques mettent en évidence une dissociation entre l'intelligence « fluide » et l'intelligence « cristallisée ». Cette distinction a été proposée par R. B. Cattell en 1963 (Fontaine R., 1999). La composante « fluide » est liée à des contextes et des problèmes nouveaux. Elle s'accroît régulièrement pendant toute la période de développement, puis décline jusqu'à la fin de la vie. La composante « cristallisée » est liée aux connaissances, aux expériences et aux habiletés que le sujet a pu acquérir durant sa vie. Elle est donc la résultante de l'action de l'intelligence « fluide » sur le milieu. Elle permet d'appliquer, aux problèmes rencontrés, les procédures de résolution mises au point antérieurement. Elle présente donc un caractère cumulatif et tend ainsi à augmenter avec l'âge. En général, elle se détériore très tardivement (Cariou M., 1995). Chez la personne âgée, les résultats du WAIS* (Wechsler Adult Intelligence Scale), mettent en évidence une stabilité du Q.I verbal impliquant préférentiellement l'intelligence cristallisée et une altération du Q.I de performance impliquant préférentiellement l'intelligence fluide (Albaret J.M et Aubert E., 2001).

1.3.2 La mémoire

Nous distinguons généralement trois grands types de mémoire : la **mémoire verbale à court* et long terme*** et la **mémoire sensorielle***. Le **processus de mémorisation *** peut se diviser de la manière suivante : l'**acquisition***, la **conservation*** et la **restitution***.

M. Cariou (1995) met en évidence les facteurs possibles de l'altération mnésique : Le vieillissement du cerveau (atrophie cérébrale et perte neuronale) ; La perte d'efficacité des

processus mentaux impliqués dans la mémorisation ; Les difficulté d'attention et de concentration et enfin, les facteurs psychosociaux (retentissement affectif et thymique des pertes rencontrés par la personne âgée ou le manque d'exercice mental pouvant être lié à la baisse des activités sociales).

Selon M. Cariou (1995), les mémoires les plus touchées au cours du vieillissement sont les mémoires à court et moyen terme. De même, l'avancée en âge affecte principalement les fonctions d'acquisition et de restitution. Néanmoins, lorsqu'il n'y a pas de détérioration pathologique, les capacités de mémoire à long terme semblent être stables au cours du vieillissement.

1.3.3 Les mouvements psychiques

Le vieillissement psychique est un processus lent et progressif de décroissance. Il commence quand le fantasme d'éternité rencontre la réalité d'un corps vieillissant ; et à l'apparition d'un fléchissement durable, tant sur le plan affectif que mental, corporel, professionnel ou social (Ferrey G. et Le Gouès G., 2000).

1.3.3.1 Le narcissisme

Le narcissisme peut se traduire par un sentiment : l'estime de soi. Il se centre principalement sur le Moi. Au cours du vieillissement, les capacités du corps diminuent, sa séduction s'altère, réduisant, a fortiori, la qualité de l'auto-érotisme. Ainsi, se plaire à soi-même devient de plus en plus difficile, entraînant une difficulté à prendre soin de soi et à se conserver. Le narcissisme est atteint dans sa dimension personnelle (Moi par rapport à l'Idéal du moi) et relationnelle (Moi par rapport à Autrui). Le vieillissement déstabilise le narcissisme en détériorant la composante aimable de soi-même, avec une intensité variable selon chaque individu (Ferrey G. et Le Gouès G. 2000).

1.3.3.2 Le deuil

Avec l'avancée en âge, nous pouvons noter une accélération des pertes et une accumulation des deuils à réaliser dans tous les domaines. On peut ainsi observer les phénomènes suivants :

- La perte des états corporels : vieillissement biologique, caractéristiques

sexuelles

- La perte des états sociaux : retraite, famille, veuvage.
- La perte des états psychiques : perte d'objets d'amour, Moi et Idéal du Moi fragiles.

Nous allons maintenant exposer le cas des démences qui représentent une forme de vieillissement pathologique, en insistant plus particulièrement sur la description de la démence de type Alzheimer et des démences vasculaires.

2 LES DÉMENCES

Les démences sont actuellement un problème majeur de santé publique pour les sociétés occidentales. En effet, elles touchent 3 à 11 % des plus de 65 ans et 20 % des plus de 80 ans. La démence de type Alzheimer est la plus rencontrée, représentant 60% de toutes les démences (Lefèvre C., 2006).

A travers ce chapitre, nous allons exposer, de manière non exhaustive, quelques définitions de la démence, pour ensuite énumérer les outils de diagnostic de cette pathologie. Dans le cadre de ce mémoire, nous présenterons plus précisément la démence de type Alzheimer, puis les démences vasculaires.

2.1 Définition

Le terme de démence existe depuis le XIV^e siècle et est issu du latin « dementia », désignant la folie, l'extravagance du comportement et l'égarement de la raison. (Ferrey G. et Le Gouès G., 2000).

« L'homme en démence est privé de biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu pauvre » (Esquirol cité par Ferrey G. et Le Gouès G., 2000, p. 130).

La démence est une pathologie dont les définitions sont nombreuses, nous en énoncerons ici quelques unes particulièrement intéressantes dans le cadre de ce mémoire tout

en restant consciente du côté non exhaustif de cette énumération.

Selon J.L. Signoret (1991, p.4), « *La (ou les) démence(s) résultent d'une affection cérébrale qui détériore progressivement le fonctionnement cognitif (ou intellectuel) compromettant l'adaptation et qui altère la personnalité du sujet* ».

Le DSM-IV-R (Quatrième édition de la classification des maladies mentales par l'Association Psychiatrique Américaine) (2003), définit les démences comme « *Des troubles caractérisés par l'apparition de déficits multiples (parmi lesquels une altération de la mémoire) qui sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale, aux effets persistants d'une substance ou à des étiologies multiples.* ».

2.2 Démarche diagnostique

Le diagnostic de démence est un processus long et complexe. Il y a tout d'abord la suspicion ou le dépistage, puis les premières investigations et enfin l'élimination des diagnostics différentiels. Rappelons que le diagnostic de démence ne pourra être certifié qu'après la mort du patient, suite à l'autopsie du cerveau. Malgré les difficultés d'établir un diagnostic précis, il est primordial que celui-ci se concrétise rapidement pour permettre aux équipes médicales et paramédicales de mettre en place des soins et des prises en charges adaptés.

2.2.1 Un entretien

Il se déroule avec le patient et un membre de sa famille. Il permet de préciser l'histoire de vie, les antécédents familiaux, personnels et professionnels du sujet, les traitements antérieurs et actuels ; et d'identifier l'éventuel retentissement des troubles sur les activités de la vie quotidienne (Signoret J.L et Haw J.J, 1991).

2.2.2 Un examen clinique

C'est un examen de l'état général du sujet qui apprécie les éventuelles variations du poids, les déficits sensoriels et l'état cardio-vasculaire.

2.2.3 Un examen neuropsychologique

Il a pour but de rechercher les déficits et de préciser leur nature. Le test le plus connu est le Mini Mental State (MMS) (cf. ANNEXE II) qui permet une évaluation globale et standardisée des fonctions cognitives (Évaluation de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, du langage, du calcul et des praxies). Le score global, fourni des indices sur la sévérité de la pathologie, mais il ne permet pas à lui seul de faire le diagnostic de démence. L'échelle d'intelligence pour les adultes de Wechsler (WAIS) est également très utilisée. Dans ce type d'examen, la prise en compte du statut intellectuel antérieur du sujet et de son niveau socio-culturel est indispensable. En effet, la démence se définit comme une régression ; on suppose donc que le diagnostic peut être influencé par les variables socio-culturelles (illettrisme, haut niveau d'éducation) (Albaret J.M. et Aubert E., 2001).

2.2.4 Les critères du DSM IV-R

Le diagnostic de démence repose aussi sur la recherche de troubles correspondant aux critères établis par les dictionnaires médicaux. Dans le cadre de ce mémoire, j'ai choisi d'appuyer mes réflexions sur les critères établis par le DSM IV :

- En premier, la recherche porte sur l'appariation de déficits cognitifs multiples (critères A) :

- Critère A1

Altération de la mémoire (symptôme précoce et prédominant) : on observe le plus souvent une altération de la capacité à apprendre de nouvelles informations et/ou un oubli des informations acquises antérieurement.

- Critères A2

Une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes : **Aphasie*** ; **Apraxie*** ; **Agnosie*** ; Perturbation des fonctions exécutives (altération de la capacité à penser de façon abstraite, à s'organiser dans le temps, à générer de nouvelles informations verbales et non-verbales).

➤ Critère B

« Les symptômes A1 et A2 doivent être suffisamment graves pour entraîner une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, et doivent représenter un déclin par rapport au niveau de fonctionnement antérieur. » (DSM –IV-R, 2003).

2.2.5 Des examens complémentaires

Ils peuvent être composés de : Doppler des artères cervicales, électroencéphalogramme, scanographie et Imagerie à Résonance Magnétique.

Ces examens, associés aux précédents, permettront d'établir une hypothèse étiologique. (Clément J. P., Darthout N. et Nubukpo P., 2006 ; Ferrey G. et Le Gouès G., 2000).

2.3 Les troubles associés

Aux troubles cognitifs cités précédemment, s'ajoutent des manifestations non cognitives. Ces signes et symptômes psychologiques et comportementaux ne sont pas exigés pour le diagnostic d'une démence. Ils tiennent néanmoins une place importante dans la prise en charge des personnes démentes car ce sont des troubles difficiles à vivre pour l'entourage. Parmi les troubles associés, on peut observer : des délires et des troubles de l'identification, des hallucinations, de l'instabilité psychomotrice, des compulsions, de la désinhibition et/ou de l'exaltation, de l'apathie, de l'hyperémotivité, des réactions de catastrophe, des manifestations dépressives, de l'anxiété, des troubles du sommeil et du rythme circadien, des troubles des conduites alimentaires et des troubles des conduites sexuelles (Clément J. P., Darthout N. et Nubukpo P., 2006).

2.4 Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la démence est la description des maladies comportant des signes proches, pouvant être confondus et qui doivent être éliminés pour poser le diagnostic de démence.

2.4.1 Vieillesse normale

Les modifications des fonctions intellectuelles présentes dans le vieillissement normal n'ont généralement pas une sévérité suffisante pour retentir sur l'adaptation sociale, même si celle-ci est tout de même diminuée. La personne âgée peut aussi présenter une diminution de la capacité à apprendre des informations nouvelles et un ralentissement des processus de la pensée. Le sujet âgé est plutôt conscient de ses troubles et peut s'en irriter. Enfin, on note aussi dans le cerveau âgé autopsié, des lésions dégénératives identiques à celles retrouvées dans la démence de type Alzheimer, mais en quantité bien moindre et sans localisation particulière (Clément J. P., Darthout N. et Nubukpo P., 2006).

2.4.2 Dépression

Le syndrome dépressif, fréquent chez le sujet âgé, peut provoquer une altération importante des fonctions cognitives et des troubles du comportement simulant un état démentiel. On parle de dépression pseudo-déméntielle. Le diagnostic est d'autant plus difficile à poser qu'un syndrome dépressif peut être la source d'une démence (Clément J. P., Darthout N. et Nubukpo P., 2006).

2.4.3 Etats confusionnels

Dans les états confusionnels, une perturbation de la conscience (altération de la vigilance) s'ajoute à l'atteinte des fonctions cognitives. Les états confusionnels, pouvant être d'origine médicamenteuse ou alcoolique, sont des phénomènes aigus et transitoires, contrairement à la démence qui est chronique et progressive. (Clément J. P., Darthout N. et Nubukpo P., 2006).

2.4.4 Pathologies organiques

Certaines pathologies, d'origine organique, peuvent entraîner une détérioration des capacités intellectuelles : **Tumeurs*** cérébrales ; Hydrocéphalie ; **Hématomes sous-duraux*** chroniques (Ferrety, G. et Le Gouès, G. 2000).

2.5 Classifications des démences

La démence est une pathologie complexe qui fait l'objet de recherches très actives : ainsi, on trouve des ouvrages avec des orientations diverses et variées concernant les classifications des démences. Suite à l'étude des différentes classifications proposées, nous avons choisi, dans le cadre de mon mémoire et en corrélation avec mes prises en charges, de s'appuyer sur celle du DSM-IV-R. En effet, cette dernière me semble être la plus claire vis-à-vis de mon sujet de mémoire, puisqu'elle différencie la démence de type Alzheimer et la démence vasculaire, que je vais exposer succinctement dans les paragraphes suivants.

- Classification du DSM-IV-R :
 - Démence de type Alzheimer
 - Démence vasculaire
 - Démence due à d'autres affections médicales générales
 - Démence persistante induite par une substance
 - Démence due à des étiologies multiples
 - Démence non spécifiée

2.5.1 La démence de type Alzheimer

2.5.1.1 Historique et définition

Aloïs Alzheimer fut le premier médecin à établir, en 1907, un tableau clinique de la maladie qui porte aujourd'hui son nom : la maladie d'Alzheimer. Elle est désignée sous ce nom par Kraepelin en 1910 pour caractériser une démence présénile (Fontaine R., 1999 ; Ferrey G. et Le Gouès G., 2000). Aloïs Alzheimer décrit cette maladie neurodégénérative comme « *une maladie caractéristique grave du cortex cérébral* » (Fontaine R., 1999, p.104).

Aujourd'hui, le terme de démence de type Alzheimer (DTA) est couramment employé pour désigner aussi bien les formes préséniles (début situé avant 65 ans) que les formes séniles (début situé après 65 ans) car elles possèdent de nombreuses similitudes neurophysiologiques et symptomatiques (Derouesné C. in Signoret et Haw, 1991).

La démence de type Alzheimer est principalement caractérisée par deux lésions neurologiques :

- La plaque sénile
- La dégénérescence neurofibrillaire

Ces lésions ont une densité plus grande et affectent d'avantages de régions corticales (**cortex associatif*** et **limbique***) que dans le vieillissement normal. Par ailleurs, certaines recherches montrent que ces lésions sont plus nombreuses au cours des formes de démence de type Alzheimer à début précoce (avant 65 ans) (Signoret J. L. et Haw J. J., 1991).

On observe, en conséquence, l'apparition progressive de troubles de la mémoire et d'un syndrome aphaso-apraxo-agnosique. Troubles auxquels peuvent s'associer des hallucinations, des délires de jalousie ou de persécution fixés sur l'entourage ou le milieu professionnel et des épisodes confusionnels avec ou sans causes déclenchantes (Ferrey et Le Gouès, 2000).

2.5.1.2 Épidémiologie

La DTA est la démence la plus fréquente. En effet, elle représente entre 45% et 85% de toutes les démences (Albaret J.M. et Aubert E., 2001). Sa prévalence est plus importante chez la femme que chez l'homme ; mais cette différence tient en partie à la différence d'espérance de vie selon les sexes (Fontaine R., 1999).

La prévalence de la DTA est de plus en plus importante dans les populations. C'est pourquoi cette maladie, constituant un problème majeur au niveau économique et social, doit faire l'objet de recherches, de prises en charges et d'accompagnements particuliers.

2.5.1.3 Diagnostic positif

Le DSM-IV-R met en évidence les critères suivants pour aider à poser le diagnostic de démence de type Alzheimer (DSM –IV-R, 2003) :

➤ Critères A et B

Ils sont identiques à ceux précédemment décrits pour le diagnostic de démence.

➤ Critère C

L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

➤ Critère D

Les déficits cognitifs ne sont pas dus à d'autres affections du système nerveux central qui entraînent des déficits mnésiques ou cognitifs progressifs (par exemple : une maladie cérébro-vasculaire, la maladie de Parkinson ou la Maladie de Huntington), à des maladies générales pouvant provoquer une démence (par exemple l'hyperthyroïdie, le virus du VIH) ou aux effets persistants d'une substance (par exemple l'alcool).

➤ Critère E

On ne porte pas le diagnostic de démence de type Alzheimer si les symptômes surviennent de façon exclusive au cours d'un delirium.

➤ Critère F

La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif majeur ou une schizophrénie.

2.5.1.4 Symptomatologie

La maladie est le plus souvent diagnostiquée entre 60 et 70 ans, avec des extrêmes allant de la quarantaine à plus de 80 ans. Les troubles apparaissent progressivement et de manière différentielle. En effet, l'ordre et la forme des symptômes varient en fonction des sujets (Lehnart G., juin 2001).

La DTA est principalement caractérisée par :

- Des troubles cognitifs
 - Troubles de la mémoire
 - Troubles du langage
 - Troubles praxiques
 - Troubles gnosiques
 - Désorientation temporo-spatiale
- Des troubles non cognitifs
 - Anxiété
 - Agressivité
 - Troubles du comportement et du jugement

2.5.2 Les démences vasculaires

2.5.2.1 Historique et définition

Le concept de démence vasculaire fait l'objet de nombreuses recherches et est ainsi en constante évolution.

Il y a quelques années, les termes de « démences séniles » et « démences vasculaires » étaient confondus. Toute détérioration intellectuelle du sujet âgé, pour peu qu'il y ait une insuffisance coronarienne ou cardiaque, une hypertension artérielle, etc., était considérée comme une démence vasculaire.

Aujourd'hui, suite à de nombreuses recherches sur le sujet, il est admis que les lésions de la démence sénile de type Alzheimer ne sont pas liées à l'**athérome*** des artères cérébrales. De plus, « *Il est maintenant établi qu'une démence vasculaire peut survenir en l'absence d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Inversement, toute démence qui fait suite à un AVC n'est pas due à la (seule) pathologie vasculaire : une origine dégénérative est possible.* » (Pasquier F. et Hénon H. 2002, p.311).

Ainsi, on remarque que la différenciation, entre les démences vasculaires et les démences de types Alzheimer (dégénératives), n'est pas aisée. Les études symptomatiques et étiologiques sont donc indispensables au diagnostic. Pour éclaircir ce dernier, Hachinski a mis en place une échelle d'évaluation d'ischémie (cf. Annexe III) ne fournissant néanmoins aucune certitude.

Dans le groupe des démences vasculaires, on distingue les formes corticales, dominées par la démence à **infarctus*** multiple et les formes sous-corticales, dominées par les **accidents de type lacunaire*** et la **maladie de Binswanger*** (complications quasiment spécifiques de l'hypertension artérielle).

2.5.2.2 Epidémiologie

Les démences vasculaires pures sont peu fréquentes, ne représentant que 8 à 20% des causes de démences. Ces pourcentages les placent tout de même au deuxième rang des étiologies après la maladie d'Alzheimer, dans les pays occidentaux. (Boussier M.G. in Signoret J. L. et Haw J. J., 1991). Les démences vasculaires sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme avant 80 ans et inversement au-delà de 85 ans (Pasquier F. et Hénon H., 2002).

2.5.2.3 Diagnostic positif

Le DSM-IV-R met en évidence les critères suivants pour aider à poser le diagnostic de démence vasculaire (DSM –IV-R, 2003) :

➤ Critères A et B

Ils sont identiques à ceux précédemment décrits pour le diagnostic de démence.

➤ Critère C

Une maladie cérébro-vasculaire, que l'on juge étiologiquement liée à la démence, doit pouvoir être mise en évidence par des signes et des symptômes neurologiques en foyer ou après les examens complémentaires d'une maladie cérébro-vasculaire.

➤ Critère D

On ne porte pas le diagnostic de démence vasculaire si les symptômes surviennent exclusivement au cours d'un delirium.

2.5.2.4 Symptomatologie

Au niveau sémiologique, une triade de symptômes est presque constamment retrouvée :

- Présence de facteurs de risques vasculaires (âge, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque)
- Évolution par paliers avec accidents vasculaires cérébraux
- Existence de symptômes et de signes focaux témoignant de l'atteinte cérébro-vasculaire (par exemple : exagération des **réflexes ostéotendineux***, **signe de Babinski***, **paralysie pseudobulbaire***, troubles de la marche, déficit d'un membre) (Pasquier F. et Hénon H., 2002).

Les symptômes associés peuvent être les suivants :

- Une atteinte motrice caractérisée par : une amimie, une lenteur des mouvements au niveau des membres supérieurs, des troubles de la marche, une hypertonie musculaire.
- Une atteinte mnésique caractérisée par : des troubles du jugement et du raisonnement, des **signes pyramidaux***, une aphasie, une **dysphagie*** et une **dysarthrie*** et d'une manière générale, toutes les altérations « mécaniques » de la parole (timbre, articulation, vitesse).
- On peut aussi observer une grande labilité émotionnelle et, dans certains cas, un syndrome dépressif. En revanche, la personnalité est le plus souvent préservée.
- Des troubles urinaires peuvent être présents

(Signoret J. L. et Haw J. J., 1991).

3 LA NEURO-SENSORIALITÉ

Dans un premier temps, l'objet de cette partie est d'expliquer le lien entre le système sensoriel et le système nerveux. Puis, tout en étant conscient du caractère non exhaustif de cette partie, nous allons aborder trois notions (sensorielles et affectives) qui sont modifiées par le vieillissement et particulièrement par les pathologies démentielles, car elles seront à prendre en compte dans le cas de stimulations neuro-sensorielles de la personne âgée. Pour

finir, nous présenterons deux recherches actuelles concernant les démences et la neuro-sensorialité.

3.1 La fonction neuro-sensorielle

La fonction neuro-sensorielle témoigne de la relation entre nos sens et notre cerveau. En effet, elle met en jeu le système sensoriel et le système nerveux. Cette fonction est vitale puisqu'elle permet à l'individu de s'adapter à son environnement et aux modifications internes.

La perception de notre environnement fait appel à une succession de processus d'analyse des signaux internes et externes. On distingue la voie ascendante sensitive et la voie descendante motrice.

➤ LA VOIE SENSITIVE

La stimulation venant de l'environnement ou de notre organisme, qu'elle soit de nature physique ou chimique, s'exerce sur les récepteurs sensoriels avec une intensité, une localisation et une durée d'application variable. Les récepteurs répondent à des propriétés telles que le **seuil d'intensité de stimulation*** qui est variable en fonction du degré de vigilance de la personne, et de la durée de stimulation pouvant entraîner des phénomènes de persistance ou au contraire d'adaptation à la stimulation (Platel R., 2003-2004).

Chaque récepteur sensoriel assure une fonction sensorielle spécifique. Chez l'homme, on associe les termes suivants :

- Œil- vision
- Oreille - Audition/équilibre
- Ensemble des récepteurs de la peau - Somesthésie
- Récepteurs tendineux et articulaires - Proprioception
- Papilles gustatives - Goût
- Muqueuse olfactive – Olfaction

L'information perçue par les récepteurs est codée sous la forme d'un message sensitif, et acheminée par les neurones afférents primaires (système nerveux périphérique), jusqu'au système nerveux central.

Après différents relais interneuronaux dans la substance grise de la moelle épinière, le message sensitif sera finalement reçu, décodé, traité, analysé et organisé au niveau des aires corticales sensorielles. Ce processus inconscient, appelé intégration sensorielle, permet au sujet de produire une réponse adaptée. Il se crée ainsi une impression sensorielle : la SENSATION. Suite à une confrontation avec d'autres informations simultanées et/ou antérieures (expérience), on atteindra le niveau élaboré de la PERCEPTION. Nos perceptions sont polysensorielles. En effet, nous utilisons généralement plusieurs canaux sensoriels pour traiter une situation (Fontaine R., 1999). Par exemple, l'audition et la vision sont liées dans le processus de perception de l'espace. De même, le goût et l'olfaction sont difficilement dissociables.

➤ LA VOIE MOTRICE

Suite à l'intégration de l'information sensorielle au niveau cortical, les neurones efférents somatiques vont renvoyer l'information à la commande motrice et de ce fait, vont établir des **synapses*** avec les **motoneurones*** de la substance grise de la moelle épinière. Ce processus va aboutir à une réponse motrice (Platel, R., 2002-2003).

On distingue alors deux grands systèmes moteurs :

- La voie pyramidale (cf. ANNEXE IV)

Toutes les fibres pyramidales sont croisées et se terminent dans l'hémi-moelle opposée à l'hémisphère cérébral d'origine. Ce système de fibres est le support de la commande des mouvements volontaires fins des extrémités distales des membres (doigts de la main en particulier).

- Les voies extra-pyramidales (cf. ANNEXE V)

Elles regroupent tous les systèmes descendants issus du tronc cérébral, qui influencent la motricité. Ces systèmes sont eux-mêmes sous le contrôle de voies issues du cortex, des **noyaux striés*** et du cervelet (coordination des mouvements). Chaque voie extra-pyramidale a une action d'inhibition ou de facilitation de l'activité des motoneurones. Ce système permet le contrôle de l'acte moteur en effectuant la régulation des divers aspects de la motricité (tonus, posture et mouvement).

La réponse motrice est transmise aux muscles, aux articulations et aux tendons. Ainsi, le corps se met en mouvement pour répondre, de la façon la plus adaptée, à la stimulation initiale.

3.2 Les stimulations neuro-sensorielles et la démence

Dans la partie sur le vieillissement normal, nous avons établi un descriptif des déficits neurologiques et sensoriels pouvant survenir chez un sujet âgé sain. Nous avons aussi expliqué le lien évident entre la sensorialité et la neurologie à travers la description de la fonction neuro-sensorielle. Une prise en charge « par les sens » ne peut donc être dissociée d'une réflexion sur le fonctionnement neurologique.

Par ailleurs, nous avons présenté, dans la partie sur les démences, les symptômes principaux mis en évidence chez un sujet atteint d'une démence de type Alzheimer ou d'une démence vasculaire.

Le vieillissement neuro-sensoriel normal peut aussi bien affecter le sujet âgé sain que le sujet âgé dément. En effet, les personnes démentes sont avant tout des personnes vieillissantes. Ainsi, aux atteintes neuro-sensorielles du vieillissement normal, peuvent s'ajouter les atteintes spécifiques à chaque pathologie (DTA et démence vasculaire).

Selon M. Charlier (2004, p.41), « *La sensorialité est le premier vecteur de la relation.* ». En effet, notre abord au monde passe en premier lieu par la découverte sensorielle avant d'atteindre le versant cognitif. Ce dernier est tout de même indispensable pour recevoir, traiter, organiser et répondre aux informations sensorielles.

Un déficit neuro-sensoriel peut avoir des répercussions non négligeables sur le plan psychologique. En effet, ce déficit peut amener à un isolement (difficultés de communication, de compréhension et d'adaptation), à une atteinte de l'identité propre du sujet (atteinte de la perception et de la conscience corporelle) et ainsi conduire à une altération de la qualité de vie du sujet (Charlier M., 2004).

Cela nous amène à penser combien l'approche sensorielle auprès d'une personne âgée démente, présentant des déficits sensoriels et cognitifs, pourrait favoriser l'échange et la relation et ainsi tenter de maintenir le plus possible son adaptation et sa qualité de vie.

3.2.1 La désafférentation sensorielle

« *La désafférentation consiste en l'absence ou en la grande pauvreté des informations atteignant le cerveau humain.* » (DE AJURIAGUERRA J. cité par GAUDET M., 1996, p.97). Elle peut être en lien avec une altération des organes des sens, mais aussi à l'isolement de l'individu par rapport à son environnement ou à l'évolution d'un individu dans un milieu appauvri. Ainsi, la désafférentation peut être comprise dans le sens de pauvreté des stimulations.

La désafférentation sensorielle tend à accélérer le processus de vieillissement psychointellectuel et moteur, amenant, en conséquence, des troubles comportementaux, une modification de la perception du temps, une indifférence, une passivité et un désintérêt pour le monde extérieur. Cette régression psychomotrice tend progressivement vers une désadaptation et conduit définitivement vers une grande dépendance du sujet. (GAUDET M., 1996).

Dans son écrits Psychomotricités et personnes âgées (2000), F. Pitteri insiste sur le fait que le vieillissement altère aussi la capacité de traiter simultanément plusieurs afférences sensorielles. Ainsi, au cours d'une situation, une afférence sera choisie au détriment d'une autre. L'auteur souligne les conséquences de ces modifications en expliquant que « *cet appauvrissement influe d'une part sur les processus de mémorisation car ils sont plus performants quand ils sont soumis à des informations pluri-sensorielles, et d'autre part sur le maintien du schéma corporel.* » (Pitteri F., 2000, p.228).

Nous comprenons ainsi que le sujet sera plus rapidement déstabilisé face à des stimulations sensorielles trop nombreuses ou imprévues, altérant en conséquence ses capacités d'adaptation à son environnement.

3.2.2 Le rôle de l'attention

Le Docteur Lehnart et son équipe ont été les premiers en France à étudier les effets de la stimulation sensorielle, dans l'espace snoezelen, sur les troubles du comportement que peuvent présenter les personnes âgées démentes. A moyen terme, les résultats mettent en évidence « *une tendance à l'amélioration des troubles dépressifs mais également des idées délirantes, de l'apathie, de la désinhibition, des troubles de l'appétit et une réduction du stress engendré par ces troubles sur le personnel soignant.* » (Lehnart G., juin 2001, p.177).

A long terme, il semblerait que « *seule l'amélioration des troubles dépressifs persiste.* » (Ibidem). Dans sa thèse, le docteur Lehnart appuie sa réflexion sur un point essentiel : le rôle de l'attention dans les stimulations sensorielles. En effet, l'attention joue un rôle primordial dans l'intégration des informations sensorielles. L'attention sélective met en jeu la capacité du sujet à choisir volontairement une information et ainsi centrer ses mécanismes de perceptions sur le stimulus concerné. Dans le même temps, les stimuli non pertinents seront négligés (Lehnart G., juin 2001). Cette fonction dépend de l'intégrité du **néocortex***, de certaines structures encéphaliques, telles que le système limbique, et des structures liées à l'éveil telles que la **formation réticulaire activatrice ascendante***. Elle sous-entend ainsi l'adéquation de l'éveil, de la capacité de réaction et de la sélectivité de l'orientation attentionnelle comme telle.

3.2.3 L'angoisse

L'angoisse est un trouble fréquemment rencontré chez les personnes âgées atteintes de démence. Selon Y. Gineste et R. Marescotti (cités par Gineste Y. et Pellissier J., 2005, p.293) « *Chez la personne âgée démente, la baisse de l'efficacité des sens, ainsi que les troubles de la mémoire conduisent à une angoisse agressive qui exprime l'incapacité à « lire » le monde qui l'environne.* ». En effet, nous avons vu précédemment que le déficit neuro-sensoriel ou l'appauvrissement des stimulations faisait tendre l'individu vers un isolement et une désadaptation. Dans le même temps, la baisse des capacités cognitives et notamment le déclin des mémoires sémantiques (mémoire sollicitée pour répondre à des questions du type : « qu'est ce que c'est cela ? ») et de la mémoire épisodique (« qu'est ce que je fais là ? »), participe à l'augmentation de l'angoisse de l'individu. Y. Gineste et R. Marescotti insistent aussi sur l'altération, presque inévitable, de la mémoire immédiate, qui entraîne une redécouverte perpétuelle des soignants.

3.3 Recherches actuelles : neuro-sensorialité et démence

Les recherches actuelles sur la démence de type Alzheimer et les démences vasculaires sont nombreuses et en constante évolution. Nous évoquerons ici deux recherches canadiennes, présentant des liens entre les stimulations neuro-sensorielles et la démence.

3.3.1 Capture et rebouclage sensoriel

Y. Gineste et J. Pellissier (2005) exposent dans leur livre Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soins des hommes vieux, le concept de gestion des troubles du comportement (angoisse et agressivité), mis en place par Y. Gineste et R. Marescotti, auprès de personnes âgées démentes.

Cette approche particulière, que nous allons expliquer dans cette partie, est en phase d'évaluation et de conceptualisation neuro-psychologique. D'après Y. Gineste et R. Marescotti, elle semble porter ses fruits, en montrant un apaisement des conduites perturbatrices dans plus de 9 cas sur 10.

Leur concept repose sur la philosophie de l'humanitude, la capture sensorielle et le rebouclage sensoriel. Afin d'être cohérent vis-à-vis du sujet de ce mémoire et sans nier l'importance de la philosophie de l'humanitude dans la démarche de soin des auteurs, nous développerons uniquement les phases de capture puis de rebouclage sensoriel.

➤ Principes de la capture sensorielle

Pour Y. Gineste et R. Marescotti, chaque soin doit être précédé par un temps, qu'ils nomment « préliminaires ». Ce temps est mis en place à travers l'approche visuelle, permettant d'accrocher le regard de la personne ; par la parole, en expliquant notre présence et notre identité ; et enfin par le toucher, en signifiant notre présence jusqu'à la fin des « préliminaires ». La répétition de ces actes sensoriels a pour but de tenter de retrouver une mémoire affective d'instantanés calmes et sereins. Cette phase de capture dure jusqu'à ce que l'agitation, les cris ou l'inattention disparaissent, ou du moins diminuent (Gineste Y. et Pellissier J., 2005).

➤ Le rebouclage sensoriel

L'utilisation « *en boucle et en harmonie* » (Gineste Y. et Pellissier J. 2005, p.299) de la parole, du toucher et du regard pendant la phase de « *capture sensorielle* » (Ibidem), permettrait au patient de « reconnaître » une approche oubliée : l'apaisement. Ainsi, on entre dans le « *rebouclage sensoriel* » (Ibidem), c'est-à-dire le lien entre les actions présentes et la mémoire affective, qui est la dernière à subsister. Selon les auteurs, ce rebouclage sensoriel, permettrait à l'individu de retrouver un apaisement général et favoriserait ainsi la diminution du tonus musculaire. La manipulation et le soin des patients raides seraient ainsi facilités. Ce point est primordial dans la prise en charge de personnes âgées démentes présentant le plus

souvent une tonicité importante.

Y. Gineste et R. Marescotti, conscients de l'altération du lien entre la mémoire à court terme et la mémoire secondaire présente dans les démences, mettent en évidence un autre circuit: « *un circuit de feeling* » (Op.cit, p. 300), permis par le rebouclage sensoriel. Ce circuit semblerait efficient chez les personnes âgées démentes, permettant le stockage de la qualité du moment vécu et de l'apaisement en mémoire affective secondaire. Cette notion insiste ainsi sur la capacité des patients à ressentir si un soignant est là pour son bien.

Les auteurs confirment leurs observations par des expérimentations filmées. Celles-ci ont en effet montré une amélioration nette de la qualité d'une seconde toilette, faisant suite à une première avec « *capture sensorielle* » ayant favorisé le rebouclage sensoriel.

Pour finir, Y. Gineste et R. Marescotti affirment que leurs observations ont montré une diminution, voir une disparition, des comportements d'agitation ou d'agressivité au bout d'environ 15 jours, pendant lesquels les soignants effectuent la capture et le rebouclage sensoriel.

3.3.2 Rapport du Docteur Diamond sur la maladie d'Alzheimer

Suite à diverses présentations publiques de recherches actuelles sur la maladie d'Alzheimer, le Docteur Jack Diamond (Directeur scientifique de la Société Alzheimer du Canada) a rédigé un rapport sur les soins et la réparation du cerveau (www.alzheimer.ca/french, in Recherches actuelles, novembre 2006).

Il met ainsi en évidence les capacités de neuroplasticité du cerveau, par le bourgeonnement neuronal, permettant la réparation du système nerveux malade ou détérioré. Ce bourgeonnement est déclenché par les facteurs de croissance naturels (par exemple, le NGF : Facteur de Croissance Nerveuse). Seulement, cette hormone de croissance est souvent déficitaire chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le Docteur Diamond évoque alors une hypothèse établie suite à des recherches expérimentales : « *Il existe une autre façon de déclencher le bourgeonnement neuronal en donnant une impulsion (un message nerveux) à la cellule nerveuse.* ». Cette impulsion pouvant être donnée par stimulation électrique des cellules ou, d'une manière plus naturelle, par renforcement des stimulations neuro-sensorielles (lumière, toucher, son...), permettant l'association avec la sphère affective et émotionnelle. Ainsi, selon le Docteur Diamond, « *plus la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est « stimulée sur le plan social », plus cela amène les cellules*

cérébrales saines à bourgeonner et à rétablir les connexions perdues. ». Nous comprenons ainsi que la famille, les soignants et les autres personnes qui sont en relation avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer jouent un rôle primordial dans le maintien des capacités du sujet malade. Sur ce point, le Docteur Diamond apporte une précision important à prendre en compte : L'entourage qui accompagne la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer « ne doit pas être découragé par l'absence de réponse, car le bourgeonnement neuronal et le rétablissement subséquent de la connexion avec les autres neurones peut prendre de nombreux mois. ».

Le Docteur Diamond reconnaît que cette hypothèse n'a pour le moment pas été confirmée par les expériences menées auprès des êtres humains. En revanche, les expériences auprès d'animaux et les témoignages des soignants l'appuient fortement. Le Docteur Diamond termine ainsi son rapport sur la conclusion suivante : *« Il faut à tout prix éviter l'isolement social. »*. De cette affirmation découle la suivante : il faut à tout prix éviter l'isolement sensoriel. (www.alzheimer.ca/french, in Recherches actuelles, novembre 2006).

La partie clinique qui va suivre, illustre comment l'approche psychomotrice par les stimulations neuro-sensorielles peut favoriser la conscience corporelle, la prise de repères par les sens et ainsi maintenir les capacités d'adaptation de la personne âgée démente au monde qui l'entoure. Nous étayerons cette réflexion sur deux situations réelles : la prise en charge psychomotrice, en salle neuro-sensorielle, auprès de deux femmes présentant respectivement une démence vasculaire et une démence de type Alzheimer.

PARTIE CLINIQUE

1 PRÉSENTATION DE L'INSTITUTION

Mon stage de troisième année s'est déroulé tous les vendredis, du mois d'octobre au mois de juin 2007, dans une maison de retraite médicalisée privée de la banlieue parisienne

1.1 La maison de retraite

La maison de retraite se situe dans une ville calme et est entourée d'un grand parc arboré et fleuri. C'est un établissement privé, dépendant d'un groupe d'institutions pour personnes âgées. Une convention tripartite a été signée en novembre 2007, entre la DASS, le conseil général et la maison de retraite.

L'institution peut accueillir jusqu'à 93 personnes seules ou en couples, autonomes ou dépendantes, en court ou long séjour. Elle comprend trois bâtiments où sont logées les personnes âgées en fonction de leur degré d'autonomie :

- Le bâtiment A est réservé aux personnes désorientées, présentant le plus souvent des démences. De par le degré élevé de dépendance ou de demande de soins particuliers, la prise en charge y est plus individualisée. Dans ce bâtiment se situe une salle neuro-sensorielle.
- Le bâtiment B reçoit les personnes semi dépendantes présentant des difficultés motrices et/ou intellectuelles. Dans ce bâtiment se situe une salle de balnéothérapie.
- Le bâtiment C accueille les personnes les plus autonomes dans leurs déplacements, dans les actes de la vie quotidienne et dans leur jugement. Dans ce bâtiment se trouve l'infirmerie, les bureaux de la direction, la salle de kinésithérapie et la salle de psychomotricité.

Dans chaque bâtiment, on trouve un salon et une salle à manger au rez-de-chaussée ainsi que des petits salons dans les étages. Les trois bâtiments possèdent des ascenseurs et sont reliés entre eux par des sous-sol ou par un accès extérieur.

1.2 Le personnel

L'administration se compose d'une directrice, d'une assistante de direction, d'une comptable, d'un secrétaire et d'une responsable qualité de vie hébergement.

L'équipe médicale comprend :

- Un médecin coordinateur du groupe
- Un médecin coordinateur de la maison de retraite ayant pour rôle la coordination des soins médicaux et paramédicaux
- Cinq infirmières travaillant uniquement de jour
- Quatre médecins libéraux qui s'occupent du suivi des résidents.

Chaque résident est ausculté une fois par mois par son médecin, voire plus s'il présente des problèmes de santé.

Une équipe de jour et une équipe de nuit s'alternent sur la semaine. Chaque équipe est composée d'une quinzaine de personnes, dont trois aides soignantes, quatre aides médico-psychologiques et une dizaine d'agents du service hôtelier.

L'équipe paramédicale se compose de :

- Trois kinésithérapeutes libéraux
- Deux orthophonistes libérales
- Une psychologue à mi-temps
- Une psychomotricienne à temps complet.

Outre le personnel soignant, d'autres services sont à disposition des résidents, comme la présence de deux coiffeuses et la possibilité de faire venir une pédicure-podologue ainsi qu'une esthéticienne.

1.3 La place de la psychomotricité

La psychomotricienne est présente à temps complet au sein de la maison de retraite médicalisée. Elle possède un bureau lui permettant principalement de préparer ses séances, car la majeure partie des prises en charges ont lieu dans les salons des bâtiments, dans les chambres des résidents ou dans les salles spéciales (balnéothérapie et salle neuro-sensorielle). Les prises en charges proposées sont riches et variées (balnéothérapie, stimulation neuro-sensorielle, musique et danse, chant et mémoire, expression théâtrale...).

Au sein des différents groupes, la psychomotricienne peut être accompagnée d'une aide

soignante ou d'une aide médico-psychologique. L'intérêt d'introduire un soignant est de lui faire découvrir les potentialités des résidants. De plus, prendre conscience de l'importance du corps dans la relation, leur permet de mieux saisir la signification de certaines attitudes ou comportements parfois difficilement supportables (agitation, agressivité...).

Ces prises en charges pluridisciplinaires permettent une complémentarité dans les observations et dans les interventions, grâce au regard spécifique de chacun.

1.4 Description de la salle neuro-sensorielle

La salle neuro-sensorielle (cf. ANNEXE VI) a été réfléchi et créée par l'équipe paramédicale de la maison de retraite (psychomotricienne, psychologue et kinésithérapeutes). Inspirée du concept Snoezelen (concept détaillé dans la partie discussion), cet espace propose une stimulation des différents sens en offrant un éventail de sons, d'images, d'odeurs, de couleurs et d'effets lumineux. En principe, on fait appel à chaque sens séparément, afin d'éviter la sur stimulation et de favoriser la canalisation de l'attention et de la concentration.

2 CAS CLINIQUE

2.1 Madame G.

Madame G. est une femme de 84 ans. Elle est de petite taille, frêle et discrète. Dans un cadre calme et rassurant, elle est souriante et ouverte à la relation. Le plus souvent, elle présente une posture de retrait dans son fauteuil roulant. Cependant, elle maintient un tonus postural correct. Ses gestes sont rares et ses mouvements et ses paroles sont lents.

Elle réside au bâtiment B. Sa chambre est personnalisée par quelques photos familiales et objets personnels. Madame G. est la plupart du temps, autonome au cours des repas. En revanche elle est assistée d'une aide soignante pour la toilette et l'habillage. Celle-ci respecte ses habitudes personnelles, en prenant soins du choix de ses vêtements et de ses bijoux. Ainsi, Madame G. reste une femme élégante.

2.1.1 Anamnèse

Une grande partie des informations recueillies m'a été fournie par une de ses filles. En effet, les dossiers médicaux et administratifs nous procurent peu d'informations sur l'histoire

de Madame G., qui est actuellement dans l'incapacité de nous les fournir par elle même.

Madame G. est née en octobre 1923 à Paris. Elle s'est mariée et a eu cinq enfants (3 filles et 2 garçons). Elle a toujours été très active dans sa vie quotidienne et a eu une carrière brillante (professeure agrégée et chef de service d'ophtalmologie dans un hôpital parisien). Madame G. avait une passion pour l'aquarelle, qu'elle pratiquait régulièrement. Son mari, fêru d'Opéra, faisait régulièrement profiter toute la famille de cette musique.

Madame G. a pris sa retraite en 1992, au moment du décès de son mari. Cette période fut très douloureuse pour elle et sa famille.

Le 24 février 2006, Madame G. intègre la maison de retraite suite à une perte d'autonomie observée dans sa vie quotidienne. Ses enfants se relaient pour rendre régulièrement visite à leur mère.

2.1.2 Bilans généraux et traitements médicamenteux

➤ Bilan médical

Ses antécédents médicaux sont les suivants : une appendicectomie, une fracture de l'humérus droit, une hypertension artérielle, une **hyperplaquetose***, des **accidents vasculaires cérébraux*** et une **insuffisance mitrale***. Madame G. présente donc de multiples pathologies sanguines, qui sont actuellement traitées. Elle suit aussi un traitement contre l'ostéoporose, les troubles du sommeil et la constipation.

En avril 2006, Madame G. est hospitalisée suite à une chute. Une fracture du col du fémur gauche est observée. Elle subit donc une ostéosynthèse du col fémoral.

En novembre 2006, suite à des troubles de la marche, une radiographie des hanches et du bassin est réalisée. Celle-ci révèle une zone de **nécrose*** au niveau du col fémoral gauche.

Avant sa chute, Madame G. participait aux ateliers couture et gymnastique douce. Aujourd'hui, elle ne désire plus être présente à ces activités. Ses relations et ses échanges avec les autres résidents sont rares.

➤ Bilan de kinésithérapie

Suite à la mise en place d'une prothèse de hanche en avril 2006, une prise en charge en kinésithérapie a été indiquée par le médecin. Une rééducation des membres inférieurs et de la

marche, ainsi que des massages, constituèrent les axes thérapeutiques principaux.

En novembre 2006, suite à la découverte de sa nécrose de l'os de la hanche, Madame G. ne doit plus se mettre debout. La prise en charge en kinésithérapie s'est ponctuellement arrêtée, pour reprendre le 23 mars 2007. Aujourd'hui, Madame G. est suivie trois fois par semaine et bénéficie de massages et de mobilisations passives au niveau des membres inférieurs.

➤ **Bilan psychologique**

Dès son arrivée dans la maison de retraite, Madame G. a bénéficié du soutien de la psychologue. Étant une personne plutôt anxieuse, les séances avaient pour objectifs la mise en confiance, la prise de repère et la revalorisation. Madame G. a passé le MMS (Mini Mental State) lors de son entrée dans l'institution, mais les résultats ont été égarés. Une seconde passation du MMS a été effectuée le 21.03.2007. Madame G. a obtenu un score de 12/30 témoignant d'une démence modérée. Ce test met en évidence une altération de l'orientation dans le temps et dans l'espace, de la mémoire et du calcul, ainsi que des difficultés au niveau du langage. Madame G. maintient de bonnes capacités de mémoire immédiate.

2.1.3 Bilan et compte rendu du bilan géronto-psychomoteur

J'ai réalisé un bilan psychomoteur semi dirigé avec Madame G. (d'inspiration Soubiran et Dupond) sur trois séances d'une demi heure chacune, en novembre 2006.

➤ **Comportement et socialisation**

Madame G. est une personne aimable et respectueuse. En compagnie des autres résidents, elle reste discrète. Son immobilité, imposée par sa nécrose de hanche, et son incapacité à manier son fauteuil, la mettent dans une position de retrait par rapport au groupe. C'est aussi une personne anxieuse qui présente des difficultés d'adaptation au rythme de vie de la maison de retraite. En effet, tous les mouvements trop rapides autour d'elle et les déplacements brusques de son fauteuil, provoquent des crispations, une augmentation de la tonicité et des sursauts. Elle semble être consciente de ses troubles et est sans cesse dans une demande de réassurance. Elle est capable d'exprimer son sentiment d'être « *perdue* » et son incompréhension. Elle pose fréquemment des questions sur le lieu où elle se trouve, la personne qui l'accompagne et le but des séances. Elle accepte volontier de venir en séance de psychomotricité et de réaliser

le travail proposé. De par son manque de confiance en elle, elle doute de ses réussites et demande régulièrement mon approbation sur ses réalisations. Une fois rassurée, elle fait part de son contentement d'être accompagnée, soutenue et aidée au sein de la maison de retraite. Les capacités d'attention et de concentration de Madame G. sont limitées. Elle a besoin d'être régulièrement resituée dans le temps, l'espace et par rapport à l'activité en cours.

➤ **Langage**

Le discours de Madame G. est cohérent, avec tout de même quelques confusions. En revanche, Madame G. a besoin d'un temps de mentalisation important avant de pouvoir réaliser le travail demandé. Cette lenteur d'intégration du sens des consignes entraîne des difficultés de compréhension du discours. On observe aussi un flux verbal très lent et un manque du mot. La communication non-verbale est adaptée à la situation. Madame G. peut avoir quelques mimiques faisant part de son incompréhension, de son étonnement ou de son contentement.

➤ **Perceptions**

Madame G. a de bonnes capacités de perception visuelle et tactile, mais ses capacités de perception auditive sont altérées. Par ailleurs, elle présente une altération de la capacité de traitement polysensoriel, c'est-à-dire de l'utilisation simultanée de plusieurs canaux sensoriels pour traiter une information. Je remarque aussi une difficulté de discrimination sensorielle en cas de stimulation trop rapide.

➤ **Tonus**

L'étude du tonus révèle une hypertonie généralisée. En effet, on remarque la présence de paratonies de fond, mises en évidence par une résistance au mouvement et une tonicité qui cède par saccades rythmées (phénomène de roues dentées), ainsi que des paratonies d'action, mises en évidence par un arrêt du mouvement non définitif. On remarque aussi une participation aux mouvements imprimés. Madame G. a des difficultés de relâchement musculaire volontaire. A l'épreuve des diadococinésies, on observe une altération de la qualité d'encorbellement, une incapacité à accélérer, des mouvements saccadés et des syncinésies oro-chirales qui sont un signe de dégénérescence.

➤ **Coordinations dynamiques générales**

Madame G. ne doit pas se lever de son fauteuil roulant. Ainsi, l'observation de la marche et

de l'équilibre n'a pas été possible. Cependant, Madame G. maintient des capacités de coordination et de dissociation au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Ses mouvements sont rares, de faible amplitude et d'une lenteur importante.

➤ **Motricité fine**

On note des difficultés de déliement digital. Ses mouvements sont saccadés, légèrement tremblants et manquent de souplesse. Madame G. a une prise de l'outil scripteur tri digital à droite. Son écriture est tremblante mais reste lisible.

➤ **Schéma corporel**

Madame G. maintient de bonnes capacités de réversibilité. En revanche, de par ses difficultés d'attention, de concentration et de vigilance, la structuration du schéma corporel est fluctuante. En effet, au cours de la première séance, elle est capable de nommer et de montrer les parties du corps sur elle et sur autrui. Tandis qu'à la séance suivante, elle fait preuve de confusion, en confondant son visage et celui d'un personnage dessiné sur le bureau. Madame G. présente une altération de la représentation du corps. En effet, le dessin du bonhomme est non identifiable.

Madame G. montre des difficultés de mentalisation de l'acte gestuel et de l'organisation gestuelle complexe qui révèlent un trouble cognitif. Ainsi, lors des imitations de mouvement, on observe des oublis fréquents de mobilisation d'un membre ou d'un segment de membre. L'épreuve de construction du personnage révèle un trouble des gnosies visuelles. En effet, Madame G. est incapable de reconnaître le visage et les membres qui lui sont présentés.

➤ **Praxies**

Les praxies idéomotrices et d'habillage sont conservées. En revanche, Madame G. présente une apraxie constructive. Elle est, en effet, dans l'incapacité de recopier les figures présentées. On remarque aussi une altération des praxies idéatoires, mise en évidence par une difficulté d'organisation gestuelle pour mimer l'utilisation de l'objet.

➤ **Espace-Temps**

Madame G. présente une désorientation temporo-spatiale. Par ailleurs, elle est figée dans son fauteuil et investit peu ses membres supérieurs. Ainsi, on observe une restriction de l'investissement spontané de l'espace.

➤ **Mémoire**

Madame G. présente des troubles mnésiques, notamment, au niveau de la mémoire verbale à court et long terme et de la mémoire séquentielle. En revanche, elle maintient une bonne mémoire sensorielle.

CONCLUSION DU BILAN

Madame G. est une femme agréable, plutôt coopérante, qui a besoin d'un soutien extérieur pour renforcer sa confiance en elle. Elle montre un rythme très lent, tant au niveau du langage, de l'idéation que de la motricité. Celui-ci n'est pas en accord avec son environnement, provoquant ainsi des réactions d'anxiété et d'angoisse qui se manifestent corporellement ou verbalement.

Elle présente des troubles de la mémoire verbale à court et long terme et une désorientation temporo-spatiale avec un appauvrissement de l'exploration spontanée de l'espace. A cela s'ajoute les difficultés cognitives et la rareté des mouvements de Madame G. qui entraînent une altération et une déstructuration du schéma corporel. Madame G. présente aussi des difficultés praxiques. L'ensemble de ces observations est en corrélation avec la suspicion du diagnostic de démence vasculaire, établi pour Madame G.

Elle maintient néanmoins de bonnes capacités perceptives lors de stimulations lentes et mono-sensorielles. Son utilisation du langage verbal et non-verbal est correcte. Ainsi, elle est capable d'être dans la relation et d'exprimer ses besoins et ses affects. Elle maintient donc une capacité d'action sur son environnement. En revanche, son immobilisation forcée entraîne un désinvestissement corporel, un déclin de ses capacités motrices, de ses perceptions et de son ressenti corporel, atteignant ainsi l'intégrité de son schéma corporel.

2.1.4 Projet thérapeutique

Madame G. étant angoissée et stressée par un rythme de vie externe, en décalage avec son rythme personnel, nous favoriserons une prise en charge individuelle au sein de la salle neuro-sensorielle de la maison de retraite.

Dans un premier temps, l'objectif sera de favoriser la canalisation de l'angoisse, de

l'attention et de la concentration, à travers l'utilisation de la salle neuro-sensorielle, espace thérapeutique apaisant, contenant et permettant de limiter la sur stimulation. Nous axerons les séances sur un abord corporel à travers les stimulations tactiles et proprioceptives, afin de favoriser la perception globale du corps, le ressenti corporel, mais aussi le renforcement de la structuration du schéma corporel.

Puis, dans un second temps, en s'appuyant sur l'efficiace perceptive de Madame G., nous orienterons le travail autour de la somatognosie, de l'initiative motrice et de l'organisation corporelle à travers les diverses stimulations neuro-sensorielles.

Enfin, nous favoriserons la prise de conscience du corps et l'investissement de ce dernier ainsi que la réappropriation d'une certaine confiance en soi, pour amener Madame G. à une ouverture sur elle-même puis, progressivement, une ouverture à l'autre et une meilleure adaptation au rythme de vie de la maison de retraite.

Ainsi, nous pouvons proposer à Madame G. une prise en charge individuelle au sein de la salle neuro-sensorielle, à raison de 30 minutes une fois par semaine.

2.1.5 Les quatre premières séances

Lorsque je vais chercher Madame G. pour la première séance (15 Décembre 2006), je la trouve immobile et recroquevillée dans son fauteuil, le visage fermé. La rencontre de nos regards l'amène à me saluer et à me sourire aimablement. Je me re-présente et lui explique avec des mots simples, la raison de ma présence (projet thérapeutique et lieu de la prise en charge). J'insiste sur le fait que ce temps lui est réservé et que j'ai choisi de l'accompagner au sein de la maison de retraite pour l'aider à maintenir ses capacités corporelles et cognitives et à travailler sur ses difficultés.

La découverte de la salle provoque chez elle beaucoup d'étonnement et de surprise. L'objectif premier étant de favoriser la canalisation de l'angoisse, les quatre premières séances étaient basées sur la découverte et la prise de repères dans la salle neuro-sensorielle, encore inconnue à ses yeux.

Pour ces premières séances, j'ai choisi de ne pas établir de déroulement précis, afin de laisser libre cours aux désirs de Madame G. par rapport aux objets mis à disposition. J'ai ainsi remarqué un faible investissement spontané de son espace d'action et peu de manipulation des objets qui lui sont présentés. Par ailleurs, le fait de lui laisser le choix de ses actions semblait

ne pas apaiser son angoisse et ses questionnements. Madame G. présente une **logorrhée***, témoignant peut être de son angoisse.

Je prends toujours le temps de répondre lentement et explicitement à ses questions et n'hésite pas à répéter plusieurs fois une explication. Ce temps de parole peut prendre une place importante pendant la séance et limiter les autres temps. Mais la réponse aux questions semble la rassurer et l'apaiser et il me paraît essentiel de prendre ce temps.

Ces interrogations perpétuelles témoignent d'un besoin de réassurance mais aussi d'une nécessité de comprendre et de se raccrocher le plus possible à la réalité. Cela montre le maintien, malgré les difficultés croissantes de Madame G., d'une présence d'esprit et d'un désir de relation avec son entourage.

Malgré ses difficultés au niveau du langage, Madame G. a manifesté le besoin d'exprimer son ressenti et ses interrogations par rapport aux stimulations sensorielles proposées (visuelles, olfactives, tactiles et auditives). Les temps de verbalisation ont pris une place importante dans le déroulement des premières séances. Cela est majoré par le manque du mot, les confusions et la lenteur d'expression de Madame G.

Dès le début de la prise en charge, une relation de confiance s'est mise en place à travers les échanges, l'écoute et l'adaptation face aux manifestations verbales et non-verbales de Madame G..

Les premières séances ont permis de mettre en évidence les préférences de Madame G. par rapport aux diverses stimulations. Il en ressort ainsi, un attrait particulier pour le domaine du toucher, mis en évidence par des réactions verbales et non-verbales positives. Par ailleurs, Madame G. investissant peu son corps et son espace de préhension, nous favoriserons dans un premier temps, une approche par un sens de proximité. Enfin, le toucher semble être la stimulation neuro-sensorielle la plus adaptée à la problématique de Madame G., qui est de renforcer la structuration du schéma corporel et la conscience du corps.

Les premières séances ont aussi permis de mettre en évidence l'importance d'avoir un cadre précis pour la rassurer, favoriser son attention et sa concentration et lui donner des repères. Les choix et la prise d'initiative étant difficiles pour elle, le cadre évitera de la mettre en situation d'échec.

Suite à la synthèse de ces séances et à une réflexion sur les objectifs, qui sont de canaliser son

angoisse, de favoriser son attention et sa concentration et de stimuler ses perceptions corporelles, j'ai choisi d'élaborer une trame de travail composée de trois temps, que je vais exposer dans le paragraphe suivant.

2.1.6 Description d'une séance « type » en salle neuro-sensorielle

En allant chercher Madame G. dans son bâtiment, je sollicite son attention par le biais du regard, de la parole et du toucher. Ces actes sont toujours calmes et contenant. Ils sont répétés avant chaque séance dans le but de tenter de retrouver une mémoire affective liée à des moments de bien-être. Au fil des séances, tous mes gestes seront annoncés et décrits.

La durée moyenne d'une séance est de 30 minutes. Ce temps est variable en fonction de la disponibilité psycho-corporelle de Madame G.. En effet, un point d'honneur est mis à l'écoute de la fatigue psychique ou corporelle, des souhaits et des refus et aux capacités d'attention et de concentration de Madame G..

La séance se divise en trois temps, permettant à Madame G. de se repérer dans son déroulement.

- **Un temps de détente par la respiration.** La respiration participe à la perception corporelle par le passage de l'air de l'intérieur vers l'extérieur et inversement. Elle permet aussi le lâcher prise au cours de l'expiration (couple contraction (inspiration) / détente (expiration)). Ce temps permet de poser le cadre de début de séance mais aussi d'inciter Madame G. à se recentrer sur ses sensations corporelles et à favoriser son attention et sa concentration au cours de la séance. Il sera repris en fin de séance pour offrir le temps à Madame G. d'éprouver, même inconsciemment, les éventuelles modifications au niveau du ressenti corporel (tonus, chaleur, modification du rythme respiratoire, etc.).

- **Un temps de stimulation des perceptions tactiles et kinesthésiques,** favorisant la perception et le ressenti corporel ainsi que la structuration du schéma corporel. En effet, l'information sensorielle participe à la conscience de notre propre corps, en délimitant ce qui est soi de ce qui est extérieur à soi.

- Le dernier temps est identique au premier : la respiration. Il permet d'annoncer la fin de la séance.

2.1.7 Évolution de Madame G. au cours de la prise en charge

Dans un premier temps, je vais évoquer les transferts, qui prennent une place importante dans la prise en charge. Ensuite, je vais développer l'évolution de Madame G. en fonction des différents de temps de la séance.

2.1.7.1 Les transferts

Le trajet entre sa chambre et la salle neuro-sensorielle dure environ 10 minutes. Il s'effectue en fauteuil roulant. Nous devons emprunter deux ascenseurs et parcourir les couloirs du sous-sol. Au cours de ce transfert, Madame G. montre beaucoup de réactions d'angoisse, se manifestant verbalement, ou corporellement par des sursauts, une augmentation du tonus dans les membres supérieurs et des agrippements (au fauteuil ou aux poignées de l'ascenseur). Je remarque aussi une inquiétude permanente, probablement liée, en partie, à ses troubles mnésiques, concernant le domaine temporo-spatial : « où va-t-on ? », « avez-vous le temps de rester avec moi ? » et le domaine cognitif : « que va-t-on faire ? », « quel est le but ? », « que dois-je faire ? ».

J'ai remarqué que ces manifestations d'angoisse et ses inquiétudes diminuaient lorsque Madame G. était prévenue des déplacements et des changements de revêtement au sol (provoquant des vibrations) ; elles restent néanmoins latentes, avec des degrés fluctuants, en lien avec sa pathologie qui évolue souvent par palier. Le travail d'accompagnement adapté autour de ces temps de transfert est donc à poursuivre.

2.1.7.2 Premier temps de séance : La respiration

Je lui demande de poser ses mains sur son ventre et de faire de grandes respirations ventrales, en essayant de prendre conscience de l'entrée de l'air dans son corps et du gonflement ventral qui lui est associé.

Pendant les premières séances, j'observe d'importantes difficultés de localisation des parties du corps sur elle, témoignant d'une altération de la somatognosie. J'ai aussi remarqué des difficultés de résolution musculaire volontaire. Effectivement, Madame G. maintient une tonicité très importante au niveau des membres supérieurs qui l'empêche de poser ses mains

sur son ventre.

Les séances suivantes, j'ai introduit un médiateur, le ballon, entre ses mains et son ventre pour favoriser la perception des mouvements abdominaux, par l'intermédiaire des mouvements du ballon. Pour le moment, l'utilisation du ballon semble compliquer la consigne, ne facilitant pas la compréhension de Madame G.. J'ai ainsi réorienté le temps de respiration en insistant simplement sur la contraction (inspiration) et le relâchement (expiration).

J'ai aussi débuté les séances par des mobilisations passives au niveau des membres supérieurs afin d'aider le relâchement musculaire et de favoriser l'état de détente de Madame G. L'objectif est une prise de conscience des tensions, aidée par mes verbalisations. Le travail sur la régulation tonique ne viendra que dans un deuxième temps, lorsqu'elle aura déjà pris conscience de ses tensions.

Madame G. présente aussi une lenteur dans l'intégration de la consigne (lenteur d'idéation), entraînant des difficultés de compréhension des consignes. Ainsi, je veille à parler lentement et assez fort pour permettre l'intégration de mes mots. Souvent, Madame G. répète mes phrases avec une intonation et une mimique particulière, montrant qu'elle a compris. Madame G. ne présente donc pas de trouble du jugement.

Malgré les difficultés citées précédemment, ce temps semble tout de même être bénéfique pour Madame G., en lui offrant un lieu calme, où elle a le temps de s'exprimer à son rythme. En effet, je peux, à certaines séances, observer une diminution de son débit de parole, des verbalisations positives sur son ressenti « *c'est agréable ; c'est doux* » et un relâchement au niveau des traits de son visage, accompagné d'un sourire discret. Enfin, après chaque séance, Madame G. exprime, le plus souvent, un état d'apaisement.

2.1.7.3 Deuxième temps de séance : Les stimulations tactiles et kinesthésiques

Je réalise, en fonction des séances, différentes approches de stimulations corporelles ; tout en essayant de ne pas trop varier les exercices, pour favoriser une intégration des stimulations au fil des séances, un repérage et une mémorisation des exercices.

➤ Stimulations tactiles

Pour les premières séances, j'ai choisi d'utiliser la balle comme médiateur, afin de mettre en place une distance corporelle et ainsi ne pas risquer de débiter la prise en charge par un toucher peau à peau pouvant être perçu comme intrusif. Tout d'abord, je laisse Madame G. découvrir la balle avec ses mains. Puis, je lui explique que je vais passer cette balle sur ses jambes et ses bras en nommant en même temps les parties du corps qui seront touchées.

Ce type de toucher semble peu mobiliser l'attention de Madame G.. En effet, je n'observe aucune réaction corporelle au contact de la balle sur son corps. De plus, elle maintient une tonicité importante, montrant que le toucher à l'aide de la balle ne semble pas favoriser le relâchement musculaire. Par ailleurs, son flux verbal, caractérisé par des questionnements, des récits répétitifs et/ou délirants, en rapport, ou non, avec la situation, ne s'apaise pas. Je reste néanmoins consciente que la persistance de la logorrhée représente peut être un moyen pour Madame G. de réagir au toucher.

Après réflexion, j'ai pensé que la balle ne permettait peut être pas d'effectuer une pression assez forte et localisée pour solliciter l'attention de Madame G., de stimuler ses perceptions tactiles et de favoriser le relâchement musculaire.

J'entreprends alors, aux séances suivantes, d'effectuer un toucher peau à peau. Ce type de contact met en jeu, la pression, la chaleur de mes mains, le dialogue tonico-émotionnel et permet une stimulation plus localisée.

A la troisième séance, j'effectue donc un toucher thérapeutique avec de l'huile au niveau de ses mains. Madame G. se calme rapidement, son visage se détend, un léger sourire apparaît, son regard cherche le mien et son débit de parole diminue. Elle a simplement dit : « *C'est étonnant* ». Voyant que cette approche semble correspondre à Madame G., lui procurant un apaisement et mobilisant son attention et sa concentration, je l'utilise à nouveau au cours des séances suivantes.

A la sixième séance, peu de temps après le contact de mes mains sur les siennes, la séance doit s'interrompre à la demande de Madame G. qui présente alors une douleur lombaire. Je n'observe pas de douleurs aux séances suivantes. J'émet alors l'hypothèse que la réaction somatique de Madame G. a pu être un moyen pour elle d'exprimer un état d'indisponibilité psycho-corporelle au moment du toucher. Je peux aussi mettre cette réaction en lien avec la démence vasculaire de Madame G. qui provoque une fluctuation de son état physique.

Trois séances plus tard, je réalise à nouveau le même toucher thérapeutique. Cette fois ci,

Madame G. ferme les yeux, semblant ainsi se centrer sur ses sensations, sa respiration devient plus ample. Puis, elle évoque le souvenir de son mari qui lui faisait la même chose, « *C'était doux et bien.* ». Cette réaction met en évidence le lien entre les sens et la mémoire (affective et sensorielle).

Dans le même temps de séance, je propose à Madame G. des pressions bilatérales sur les contours de son corps, en insistant sur les articulations, qui permettent de lier les parties du corps entre elles. Afin de renforcer la structuration du schéma corporel, je nomme chaque partie du corps touché. A certains moments, je lui demande sur quelle partie du corps ma main est posée. J'observe alors une difficulté de perception tactile (notamment au niveau des jambes) et une perception corporelle ou somatognosique fluctuante selon les séances. Aux séances suivantes, j'ai renforcé les stimulations au niveau de ses jambes afin de stimuler d'avantage la perception de cette partie du corps.

Madame G. semble apprécier ce temps de stimulation des perceptions corporelles. Son visage est souriant et apaisé, elle me regarde faire et commente mes actions par des phrases simples mais adaptées à la situation.

➤ **Stimulations kinesthésiques**

Dans la continuité du toucher thérapeutique, je propose à Madame G. des mouvements simples afin d'enrichir son vécu kinesthésique. Je lui montre le mouvement en nommant les parties mobilisées et lui demande de faire comme moi. Je perçois alors une difficulté de reproduction de gestes sur imitation et une altération de sa conscience corporelle (par exemple, difficulté à trouver ses 2 mains). Son désinvestissement corporel est aussi mis en évidence par des mouvements discrets et de faible amplitude. J'entreprends alors d'associer l'induction verbale à un touché de la partie à mobiliser. L'interaction de ces deux sens est favorable et permet à Madame G. de prendre conscience de son corps. Par ailleurs, ce temps semble favoriser la prise de conscience de ses capacités motrices « *Je suis étonnée de pouvoir lever les bras si haut* ».

2.1.7.4 Troisième temps de séance : La respiration

En fin de séance, Madame G. est fatiguée. Son attention et sa concentration sont diffuses. Elle est donc moins disponible pour aborder le travail corporel proposé. Ainsi, le troisième temps s'est rapidement modifié, en passant du corporel au verbal. Par ailleurs, il me semble plus

pertinent de finir par un temps verbal permettant la distanciation et préparant ainsi la séparation et le retour au sein du groupe.

Le cadre de fin de séance est actuellement établi autour du repérage spatio-temporel. Ainsi, je lui annonce la fin de la séance puis que je vais la raccompagner dans son bâtiment pour rejoindre les autres résidants. Au préalable, je la préviens du changement de pièce et donc de la modification de la luminosité et du bruit qui en découle. Enfin, je lui rappelle le jour et le lieu de notre prochaine rencontre.

Même si Madame G. ne semble pas consciente de la fin de la séance, elle est à l'écoute et présente jusqu'au bout. Ce repérage spatio-temporel semble la rassurer.

2.1.8 Conclusion de la prise en charge

L'investissement de Madame G. au cours de la prise en charge a été fluctuant, compte tenu de sa pathologie. Il me semble tout de même que l'approche neuro-sensorielle a été bénéfique. En effet, Madame G. a pu avoir accès à la détente et au plaisir corporel. Elle montre une bonne mémoire sensorielle. En effet, à chaque nouvelle séance, elle ne me reconnaît pas physiquement mais m'associe à des affects positifs et comprend que je suis là pour son bien. Les moments vécus, s'ils créent des liens mnésiques, peuvent favoriser l'intégration sensorielle (mémoire affective) d'un moment de bien-être, et ainsi créer une association toucher/plaisir, fortement importante dans les soins quotidiens. Pour que cela se pérennise, il me semble important de sensibiliser sur ce point, l'équipe qui s'occupe d'elle au quotidien et qui rencontre quelques difficultés, notamment au cours de la toilette.

Par ailleurs, le relâchement musculaire volontaire semble encore difficile, ainsi, il serait intéressant de suivre Madame G. en bain thérapeutique. Cela permettrait de travailler sur la structuration du schéma corporel, favoriserait la détente musculaire, et permettrait de travailler sur ses difficultés, notamment au niveau de la toilette.

2.2 Madame A

Madame A. est une femme de taille moyenne, âgée de 84 ans. Elle est de bon contact et sociable, bien qu'elle ait un tempérament plutôt discret et solitaire. Son discours peut être confus. Elle se dit souvent fatiguée et est consciente de ses pertes de mémoire. Celles-ci

semblent beaucoup la préoccuper. Madame A. réside au bâtiment A. mais elle prend ses repas au bâtiment C.. Cela lui permet d'être en relation avec des personnes moins dépendantes, qui maintiennent des capacités d'échange et de relation.

2.2.1 Anamnèse

Les dossiers médicaux et administratifs nous apportent peu d'informations sur l'histoire de Madame A., et je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer un membre de sa famille. Elle a tout de même été capable de me transmettre certaines informations.

Madame A. est née en janvier 1923 à Gennevilliers. Ses parents, commerçants, lui ont rapidement demandé son aide pour tenir le commerce. Elle y a travaillé jusqu'à sa retraite. Madame A. est aujourd'hui consciente qu'elle n'a pas eu le choix de sa profession mais elle ne s'en plaint pas. Cela témoigne d'un fonctionnement qu'elle dit encore adopter actuellement : *« Je ne me suis jamais plainte, et je ne me plaindrai jamais. »*. Elle s'est mariée très jeune et a donné naissance à deux enfants (1 fille et 1 garçon). Madame A. pratiquait le tricot et la couture, avec intérêt et plaisir.

Madame A. a intégré la maison de retraite le 20 juillet 2006 suite à des troubles du comportement, des incohérences dans ses actes de la vie quotidienne et une suspicion de démence de type Alzheimer.

Aujourd'hui, sa fille, habitant à proximité de la maison de retraite, lui rend régulièrement visite. Madame A. reçoit aussi les visites d'une dame de compagnie. Son fils semble être moins présent. Madame A. participe ponctuellement aux ateliers couture, gymnastique douce et mémoire. Elle adopte souvent une position d'observatrice au cours des séances. En ce qui concerne la couture, elle ne souhaite pas confectionner les modèles proposés car elle n'y trouve aucun intérêt. Sa présence fluctuante aux activités est principalement liée à son désir de rester au calme.

2.2.2 Bilans généraux et traitement médicamenteux

➤ Bilan médical

Le 15 Janvier 2007, suite à des plaintes douloureuses, Madame A. subit une radiographie de l'épaule gauche. Les résultats mettent en évidence de l'**arthrose*** et une rupture complète des tendons de la **coiffe des rotateurs***.

Madame A. a chuté le 13 mars 2007. Elle s'est légèrement ouverte au niveau du front. La maison de retraite associe le code 3 à cette chute (= chute sans gravité nécessitant surveillance et sutures).

Madame A. suit un traitement constitué de neuf médicaments, dont l'**EBIXA®*** qui est indiqué dans les formes modérément sévères à sévères de la maladie d'Alzheimer. Elle est aussi traitée contre l'énurésie, l'insuffisance veineuse, les risques d'accidents vasculaires cérébraux. Enfin, Madame A. prend quotidiennement des compléments alimentaires et des somnifères.

➤ Bilan de kinésithérapie

Depuis son arrivée dans la maison de retraite, Madame A. bénéficie de séances de kinésithérapie (5 jours par semaine). Le travail effectué porte sur la stimulation des membres inférieurs, le travail de l'équilibre et de la marche.

➤ Bilan psychologique

Madame A. a été vue dès son arrivée par la psychologue de la maison de retraite. En Septembre 2006, elle a obtenu un score de 12/30 au MMS. Ce score traduit ici une démence modérée et met en évidence des difficultés d'attention, une désorientation temporo-spatiale et une altération de la mémoire verbale à court terme. Néanmoins, Madame A. semble maintenir de bonnes capacités au niveau du langage et de la mémoire verbale immédiate.

2.2.3 Bilan et compte rendu du bilan géro-psycomoteur

J'ai réalisé un bilan psychomoteur semi dirigé avec Madame A. (d'inspiration Soubiran et Dupond) sur trois séances d'une demi heure chacune, en décembre 2006.

➤ **Comportement et socialisation**

Madame A. est une femme polie avec autrui. Elle semble préférer le calme à la compagnie des autres résidants. Elle présente des périodes d'insomnies, où elle déambule dans les couloirs et les chambres des résidants. Ainsi, Madame A. peut être très fatiguée en journée. On la retrouve souvent somnolente sur un fauteuil. Cela a un impact sur son attention et sa concentration au cours des séances. Elle présente aussi beaucoup de plaintes mnésiques et corporelles. Elle apprécie peu de parler de son passé qu'elle juge inintéressant. Elle montre souvent des affects dépressifs en évoquant avec tristesse et regret ses anciennes capacités corporelles et cognitives. De plus, elle présente des difficultés à s'investir dans sa vie actuelle. Il lui arrive de critiquer le fonctionnement du monde moderne. Madame A. semble avoir une faible estime d'elle-même et un manque de confiance en elle.

➤ **Langage**

Madame A. semble gênée par son dentier, apparemment mal fixé. Ainsi, son langage n'est pas toujours clair et audible, mais il reste compréhensible. Son discours est, la plupart du temps, cohérent et adapté à la situation, même s'il lui arrive d'avoir quelques confusions. Elle a de bonnes capacités de compréhension des consignes. Les mimiques et les expressions de Madame A. sont adaptées à la situation mais restent rares.

➤ **Perceptions**

Madame A. maintient des capacités de perceptions auditives et visuelles. En revanche, les perceptions tactiles et proprioceptives sont altérées. En effet, les yeux fermés, Madame A. a de grandes difficultés à distinguer les parties de son corps que je touche.

Madame A. semble gênée et agacée dans les pièces bruyantes où les stimulations sensorielles sont nombreuses. Ainsi, elle présente peut-être des difficultés de discrimination sensorielle et d'utilisation simultanée de plusieurs sens.

➤ **Tonus**

Madame A. a un tonus élevé. Elle présente des difficultés de relâchement musculaire volontaire (paratonies d'actions), observable à travers l'épreuve des bras tendus. Les mobilisations passives mettent en évidence des paratonies de fond.

➤ **Coordinations dynamiques générales**

Madame A. est capable de se déplacer seule ; elle n'utilise ni canne ni déambulateur.

Cependant, elle verbalise beaucoup de crainte par rapport à la chute. Cette appréhension importante se retrouve dans sa démarche. En effet, celle-ci est lente, à petits pas, le déroulement du pied est réduit et le tronc est fléchi en avant. Son regard est dirigé vers le sol, permettant ainsi un contrôle visuel au niveau de ses pieds. De plus, la peur de tomber provoque chez Madame A. une augmentation de sa tonicité, des crispations et, au cours de la marche, un blocage de l'initiative motrice et donc de la motricité générale. Ces caractéristiques toniques et posturales, entraînent des difficultés au niveau de l'équilibre statique et dynamique.

Sous stimulations et sur une courte durée, elle est capable d'améliorer la qualité de sa marche.

➤ **Motricité fine**

Madame A. utilise sa main droite pour écrire (peu de pression et tremblements) et sa main gauche pour beaucoup d'actes de la vie quotidienne (latéralité d'utilisation). Au cours des épreuves de motricité fine (déliement digital, pianotage), ses mouvements sont de meilleure qualité à gauche. Ceci est en lien avec les dires de Madame A. d'être une gauchère contrariée. En général, ses mouvements sont très lents, accompagnés de raideurs et de tremblements. Madame A. maintient des capacités de coordination oculomotrice et un contrôle du geste correct.

➤ **Schéma corporel**

Le schéma corporel de Madame A. est bien structuré. Sa somatognosie est bonne, elle montre et nomme les parties du corps sur elle et sur autrui. La construction du bonhomme est réussie. Madame A. a une bonne orientation de son corps dans l'espace. En revanche, ses capacités de réversibilités sont altérées.

➤ **Praxies**

Les praxies idéomotrices, idéatoires, constructives et d'habillages sont maintenues.

➤ **Espace- Temps**

Madame A. maintient des capacités dans la prise de repères spatiaux après plusieurs encodages. Ainsi, elle peut se déplacer au sein de la maison de retraite, sur des trajets connus. En revanche, sa connaissance du lieu où elle se trouve et de son habitation antérieure est altérée. De même, elle présente des difficultés d'adaptation spatiale et de structuration spatio-temporelle. De par son appréhension à la marche, Madame A. présente peu d'investissement

spontané de l'espace.

Au niveau du temps, Madame A. n'a pas accès au temps objectif (date du jour, saison) et présente des difficultés d'orientation temporelle (connaissance des repères temporels dans une journée).

➤ **Mémoire**

La mémoire verbale à court terme de Madame A. est altérée. Quelques éléments de sa **mémoire épisodique*** semblent conservés. La mémoire corporelle et la **mémoire sémantique*** sont de bonne qualité.

CONCLUSION DU BILAN

Madame A. est une femme qui a besoin d'être valorisée. Elle est consciente du vieillissement de ses fonctions cognitives et motrices mais semble s'y être résignée.

Au niveau de la motricité générale, Madame A. présente un ralentissement important, des paratonies de fond et d'action ainsi que des tremblements. A cette altération motrice s'ajoute une appréhension importante du mouvement, qui la freine dans l'exploration spontanée de l'espace, une altération des perceptions tactiles et proprioceptives et une légère désorientation spatio-temporelle. Ces troubles ne favorisent pas son autonomie et son adaptation au sein de la maison de retraite.

Madame A. présente néanmoins de bonnes capacités cognitives que ce soit au niveau de la structuration du schéma corporel, de la mémoire à long terme et de l'utilisation de la communication verbale et non verbale. Elle conserve aussi des capacités au niveau des perceptions auditives et visuelles et des praxies.

2.2.4 Projet thérapeutique

Les objectifs de la prise en charge de Madame A. seront de renforcer ses perceptions tactiles et proprioceptives et de travailler sur sa régulation tonique. Par ailleurs, nous tenterons de renforcer son estime et sa confiance en elle en nous appuyant sur ses capacités de structuration du schéma corporel et sur ses perceptions sensorielles efficaces. Pour ce

travail, nous privilégierons un milieu calme, permettant d'éviter la sur stimulation.

Dans un premier temps, les séances seront axées sur les stimulations neuro-sensorielles de proximité à travers le toucher et la stimulation de la proprioception. Favorisant ainsi la perception des limites du corps, de l'unité corporelle et le travail du tonus. L'approche psychomotrice par le toucher participera aussi au renforcement narcissique.

Puis, nous proposerons un travail à partir des stimulations neuro-sensorielles à distance (vue et audition), afin de renforcer la prise de repères dans l'environnement, et ainsi permettre de mieux appréhender l'espace à distance. Ce travail favorisera secondairement l'initiative motrice, l'adaptation à l'espace et la diminution des appréhensions liées aux déplacements.

Ainsi, il nous semble pertinent de proposer à Madame A. une prise en charge individuelle en salle neuro-sensorielle, à raison de 40 minutes hebdomadaires.

2.2.5 Description d'une séance « type » en salle neuro-sensorielle

La durée moyenne d'une séance est de 40 minutes. Ce temps est variable en fonction de la disponibilité psycho-corporelle de Madame A., et de ses capacités d'attention et de concentration.

La séance se divise en deux temps, permettant à Madame A. de se repérer dans son déroulement. Les temps s'organisent de la façon suivante :

- **Un temps de stimulation des perceptions tactiles et proprioceptives** afin de favoriser la perception et le ressenti corporel. En lien avec les angoisses de chute de Madame A., les stimulations tactiles seront principalement effectuées au niveau des pieds. En effet, il me semble important de lui offrir des sensations variées et répétées, afin d'enrichir ses perceptions podales et donc de stimuler l'intégration et la représentation mentale de cette partie du corps. Par ailleurs, des stimulations proprioceptives à l'aide d'un fauteuil de massage seront effectuées au niveau du dos et de l'arrière des jambes ainsi que des pressions ou toucher thérapeutique au niveau des bras et des membres inférieurs, afin d'offrir à Madame A. une perception globale de son corps.

- **Le deuxième temps est axé sur les stimulations visuelles et auditives** afin d'aborder le travail de l'oculomotricité et de la perception des sons dans l'espace.

Le travail oculomoteur permettra d'aider Madame A. à mieux diriger son regard lors des déplacements et d'abandonner, progressivement, son besoin de réassurance par un contrôle visuel au niveau de ses pieds.

Le travail des perceptions auditives a pour but de favoriser ses capacités de prise d'informations dans son environnement et de repérage des sons lors de ses déplacements. Ainsi, à l'aide de ces stimulations, nous favoriserons la diminution de ses angoisses par rapport aux mouvements et aux bruits qui l'entourent tout au long de la journée ; entraînant ainsi de meilleures capacités d'adaptation à son environnement.

2.2.6 Évolution de Madame A. au cours de la prise en charge

En raison de l'état physique de Madame A. (asthénie régulière) et aux visites qu'elle reçoit, les séances ont souvent été espacées. Il m'a semblé important de respecter son rythme de vie et de privilégier ses relations sociales et familiales.

2.2.6.1 La première séance

Je suis aller chercher Madame A. dans le salon du bâtiment C. Madame A. a peu exploré la salle et n'a pas posé de questions suite à mes explications sur les objectifs de notre rencontre.

A son initiative, cette première séance (16 Février 2007) fut principalement basée sur les échanges. Même si son discours était quelque peu confus et redondant, elle a pu aborder différents éléments au sujet de sa famille, de son travail et de son style de vie. La remémoration de ces souvenirs semble l'attrister profondément. Elle me parle alors de ses pertes de mémoire et de la baisse de ses capacités motrices. Madame A. se dévalorise en se demandant à quoi et à qui elle sert dans la maison de retraite, montrant ainsi une faible estime d'elle-même et/ou des difficultés à accepter et à investir son institutionnalisation. L'expression verbale de ses émotions s'accompagne de mimiques adaptées à la situation, d'un repli corporel et d'une augmentation de sa tonicité. A cet instant, il m'a semblé important d'être à l'écoute et disponible au niveau psychique et corporel pour accueillir ses émotions.

2.2.6.2 Les transferts

Les troubles de la marche et la peur de tomber observés au cours du bilan psychomoteur se sont confirmés dès le premier transfert, du salon (bâtiment C) à la salle neuro-sensorielle (bâtiment A). Madame A. est tout de même capable, sur sollicitation et en étant rassurée par ma présence (voix et proximité corporelle), de marcher seule pendant quelques mètres.

En revanche, depuis sa dernière chute (13 Mars 2007), Madame A. montre le besoin constant d'être accompagnée corporellement lors de ses déplacements. Son angoisse est mise en évidence par des crispations et un agrippement à mon bras. Aux séances suivantes, j'ai essayé de modifier mon accompagnement tonique (régulation tonique au niveau de mon bras qui la soutient, avec plus ou moins de tonus) et ma posture (plus ou moins de proximité corporelle). Ainsi, Madame A. semble mieux marcher lorsque je suis proche d'elle, lui assurant une proximité rassurante, et lorsque mon bras, auquel elle s'accroche, présente un tonus faible, favorisant l'augmentation du tonus postural de Madame A..

Elle exprime aussi sa crainte de se déplacer seule dans la maison de retraite, qu'elle associe à sa peur de chuter et à ses pertes de mémoires. Cela met en évidence un affaiblissement de sa confiance en elle et donc de ses capacités d'autonomie. J'ai pourtant remarqué que Madame A. s'oriente correctement dans les sous-sols de la maison de retraite. Ainsi, au cours des transferts, je la sollicite pour qu'elle me guide jusqu'à la salle, en l'incitant à prendre des informations sur les flèches et les noms des bâtiments peints en couleurs sur les murs. Pour le moment, Madame A. montre des capacités d'orientation spatiale, qu'elle nie et dont elle ne souhaite pas se servir. Un travail sur la revalorisation de ses capacités au cours des transferts est à poursuivre.

Par ailleurs, les transferts m'ont permis d'observer des difficultés d'adaptation spatiale et d'initiative motrice. En effet, Madame A. présente une gêne pour passer à côté d'un mur et des difficultés d'initiative motrice suite à un arrêt de la marche ou en cas de changement de revêtement au niveau du sol. Ses pieds tréignent avant de faire un pas.

Désormais, je préviens Madame A. des changements de surface au sol et des rétrécissements de couloirs, permettant ainsi de la rassurer, de la solliciter pour prendre des informations dans l'environnement et de stimuler ses perceptions visuelles dans l'espace.

Actuellement, Madame A. semble rassurée par les informations que je lui fournis. J'observe moins d'arrêts de la marche lors des changements de surface au sol. Il me semble important

de poursuivre cet accompagnement, afin de renforcer son initiative motrice et continuer le travail sur l'adaptation spatiale.

2.2.6.3 Premier temps de séance : les stimulations proprioceptives et tactiles

Suite au transfert, Madame A. exprime souvent un état de fatigue et cherche rapidement un fauteuil. Elle ne semble pas essoufflée et je n'observe pas de signes neurovégétatifs. Ainsi, je peux supposer que la fatigue manifestée est peut être plus psychologique (liée à la conscience qu'elle a de son vieillissement) que physique.

Lorsqu'elle s'assoie dans le fauteuil de massage, je remarque des difficultés d'organisation gestuelle et d'adaptation spatiale. Ces difficultés sont majorées par le fauteuil (bas et noir) qui est difficile à percevoir. Ainsi, lors des séances suivantes, étant donné son efficacité perceptive, je dispose des bandes de couleurs sur les accoudoirs et sur l'assise afin de l'aider à repérer les appuis possibles. De plus, je la guide verbalement, et corporellement si besoin, afin qu'elle oriente son corps et organise ses gestes de manière plus adaptée.

Ce soutien favorise la perception de la forme du fauteuil, permettant à Madame A. de trouver plus facilement les appuis et de mieux orienter son corps par rapport au fauteuil. En revanche, le guidage corporel provoque une diminution de l'investissement corporel dans l'action (Madame A. se laisse faire), n'améliorant pas son organisation gestuelle. Ainsi, aux séances suivantes, je commencerais le guidage par une aide verbale.

➤ Stimulations proprioceptives

A chaque séance, je lui explique que, lors de la mise en route du fauteuil, elle va ressentir des vibrations au niveau de la tête, du dos ou des jambes. Je lui propose alors de choisir la localisation, la fréquence et l'intensité des vibrations. Je lui explique aussi le but de ces stimulations qui est de favoriser sa perception et son ressenti corporel. Dès qu'elle le souhaite, j'arrête le fauteuil. Le temps de stimulation dure en moyenne 5 à 10 minutes.

A la première séance, les vibrations provoquent de la surprise chez Madame A.. Elle se dévalorise en expliquant qu'il est inutile de perdre du temps à s'occuper d'elle. Elle n'exprime pas de préférence par rapport aux variations des vibrations proposées. Sa respiration s'accélère et rapidement elle demande l'arrêt du fauteuil. Cette séance aura donc

permis une première approche et une découverte des sensations que procure le fauteuil.

Dès la deuxième séance, Madame A. investit davantage ce temps. Elle choisit la vibration qui lui convient le mieux (localisation, fréquence et intensité), en commentant chaque fonction : « *C'est fort* », « *c'est bien* », « *ça vibre trop* ». Puis, elle choisit celle qui stimule alternativement le côté droit puis le côté gauche du corps, au niveau des jambes et du dos. Enfin, elle préfère l'intensité et la fréquence la plus basse. Madame A. montre ainsi une capacité de jugement par la possibilité de comparer les différents ressentis, d'exprimer des choix et de prendre une décision.

Pendant le temps de stimulation, Madame A. est immobile, muette, et ses mimiques sont rares. Mais elle est réactive à l'arrêt des vibrations, montrant ainsi une bonne perception proprioceptive. Elle prend une grande respiration et fait un commentaire très simple sur son ressenti « *Je me sens bien* », « *Ca bouge autour de moi* », « *Je sens mes mains* ». Je la guide alors pour qu'elle puisse exprimer plus précisément son vécu. Elle me montre simplement les endroits où elle a senti des vibrations, avec quelques difficultés pour les nommer. Je remarque ainsi des capacités de perceptions tactiles et des difficultés somatognosiques. Le travail de dénomination des parties stimulées est donc à poursuivre.

Lors des séances suivantes, Madame A. réagit vivement aux stimulations proprioceptives. Pendant la stimulation, je verbalise les éventuelles modifications de ses expressions, de sa respiration et ses mouvements, afin d'enrichir son vécu perceptif. Ma voix est douce et calme afin de favoriser un climat de détente et la concentration de Madame A.. Elle est très présente et ajoute souvent un commentaire personnel à mes observations. A une séance, elle associe spontanément un travail de respiration (plus ample et plus lente) au cours des stimulations. Je verbalise cette observation et elle m'explique que la respiration détend et qu'elle est donc en adéquation avec les vibrations. Je peux alors supposer qu'il y a une intégration des perceptions au niveau cortical permettant à Madame A. d'adapter sa respiration aux modifications corporelles.

J'ai souvent remarqué que les vibrations entraînaient des mouvements au niveau de ses mains et de ses doigts. Je lui fais remarquer et elle m'explique que « *les vibrations parcourent tout son bras et lui permettent de mieux ressentir ses mains* ». Elles les trouvent ainsi « *plus souples* » et y associe des possibilités motrices : « *Je pourrais mieux attraper les choses* ». Je peux alors supposer que la stimulation répétée des récepteurs de la proprioception, par les mouvements vibratoires, a favorisé l'intégration neurologique des parties du corps

concernées, aboutissant à une meilleure perception et donc une augmentation de l'investissement corporel. Cela participe aussi au renforcement du narcissisme.

➤ Stimulations tactiles

J'effectue un toucher thérapeutique sur toute la surface du pied et de la cheville, avec des balles de différentes textures. Dans le même temps, je nomme les parties touchées.

Dès la première séance Madame A. réagit vivement en affirmant : « *J'ai l'impression que mes pieds s'allongent* », puis, « *J'ai l'impression que je vais mieux marcher* ». J'explique et confirme le lien entre la stimulation podale et la marche et l'encourage dans ses observations. Madame A. montre, contrairement aux observations du bilan psychomoteur, des capacités correctes de perception tactile. Les stimulations entraînent une réponse motrice au niveau de ses pieds. Madame A. semble les « redécouvrir » avec plaisir et prendre conscience de ses capacités motrices.

La progression de ce temps de séance, montre une évolution favorable des capacités de Madame A. à percevoir ses pieds, ainsi qu'une intégration et un investissement positif de cette partie du corps. De plus, Madame A. acquiert progressivement l'aptitude à nommer les parties du pied touchées, montrant ainsi une bonne somatognosie.

Les stimulations plantaires semblent bénéfiques et renforcer sa confiance en elle. Madame A. manifeste souvent le désir de se lever, « *pour voir si elle va mieux marcher* ».

En se relevant du fauteuil, Madame A. présente des difficultés à tenir sur ses jambes et à retrouver son alignement corporel. Son équilibre précaire semble être lié à un tonus postural moins important suite au temps de stimulation proprioceptive et de toucher plantaire. Elle reste figée et met du temps à « reprendre place dans son corps ». Ces évolutions corporelles montrent peut-être une diminution du tonus de fond et donc de la carapace tonique, entraînant des difficultés de contrôle et de mouvement volontaire. Je sollicite sa motricité par des frictions au niveau du dos et des jambes, des inductions verbales et une revalorisation sur ses capacités motrices. Pour les prochaines séances, je décide de mettre en place, avant le lever du fauteuil, un temps de réactivation de la motricité par des étirements.

2.2.6.4 Deuxième temps de séance : les stimulations visuelles et auditives

A ce jour, seul le travail de stimulation des perceptions visuelles a pu être abordé.

➤ Stimulations visuelles

Madame A. est assise. Je lui propose de fermer les yeux et de me montrer avec la main ou de m'indiquer avec la parole, de quel endroit de la pièce provient le son (triangle ou tambour). Madame A. a de bonnes capacités de compréhension des consignes, et est généralement coopérante.

Je remarque une difficulté importante de localisation précise de la source sonore. Madame A. investit principalement l'espace avant et latéral et ne prend pas compte l'espace situé derrière elle. Afin de pallier à ses difficultés de perception auditive, j'ai choisi d'associer au son une stimulation tactile pour favoriser la prise de conscience de l'espace arrière. De plus, j'ai ajouté une consigne supplémentaire. Ainsi, après chacune de ses propositions, Madame A. doit regarder où est réellement la source sonore. Afin d'une part, de lui faire prendre conscience de ses difficultés ou du manque d'investissement de l'espace arrière et d'autre part, de procéder par essai erreur dans le but de renforcer les perceptions auditives.

2.2.7 Conclusion de la prise en charge

Au cours de la prise en charge, il semble que Madame A. ait enrichi sa perception corporelle grâce aux stimulations tactiles et proprioceptives. Au niveau du tonus, on note aujourd'hui des capacités de relâchement musculaire, favorisées par les stimulations proprioceptives. Toutefois, ceci semble principalement possible dans le cadre des séances. Bien que la prise en charge en psychomotricité prenne fin en juin 2007 et qu'elle ne sera pas reprise par la psychomotricienne, il me semble intéressant de présenter mon projet et l'évolution de mes séances à l'équipe, afin de les aider à poursuivre cette approche sensorielle au cours des soins quotidiens.

Pour les séances à venir, le travail oculomoteur et la poursuite des stimulations déjà proposées permettront d'affiner la perception d'un corps unifié et de solliciter le repérage sensoriel dans l'espace.

Dans une perspective d'évolution de la prise en charge, après avoir travaillé à l'aide des

stimulations neuro-sensorielles, je pourrais développer un travail plus spécifique autour du travail de la marche et de la chute (sensibilisation et apprentissage du relevé de chute).

Nous allons, dans la partie suivante, aborder le thème de la sensorialité en institution, de la mémoire primaire ainsi que les limites et les adaptations de l'espace snoezelen en gériatrie.

DISCUSSION

Les cinq sens permettent à l'être humain d'interagir avec son environnement, de le comprendre, de l'analyser et enfin de s'y adapter. Les sens permettent d'émettre mais aussi de recevoir : ils représentent donc les outils essentiels à la communication. Une personne démente, souffrant d'altérations cognitives, motrices et sensorielles, perd progressivement sa capacité à structurer tant sa pensée que son action et à « lire » son environnement. Celui-ci devient alors chaotique, incompréhensible, entraînant des réactions de défenses que nous étiquetons généralement sous le terme : troubles du comportement. Les réactions agressives et les angoisses sont les plus fréquentes. Nous pouvons les percevoir comme un moyen déployé par la personne pour défendre son intégrité, son intimité ou sa dignité. Il ne s'agit donc pas d'éteindre ces comportements mais de les accueillir et d'essayer de leur donner du sens. Un accompagnement ajusté et personnalisé permettra peut être une diminution de ces comportements « déviants », au profit d'une meilleure adaptation.

Nous verrons au cours de cette discussion l'importance des stimulations neuro-sensorielles dans l'accompagnement institutionnel des personnes âgées démentes. Puis, nous aborderons la réactivation de la mémoire primaire chez le sujet âgé dément, grâce à la stimulation sensorielle, en établissant un parallèle entre les deux extrêmes de la vie. Enfin, nous aborderons les possibilités et les limites de l'utilisation de l'espace snoezlen auprès de personnes âgées démentes.

1 L'INSTITUTIONNALISATION

En premier lieu, je vais aborder les questions du maintien à domicile et de l'entrée en institution pour des personnes âgées atteintes d'une démence. Puis j'exposerais les points positifs et négatifs concernant la sensorialité en institution, en faisant un parallèle entre le travail du psychomotricien et de l'équipe soignante.

1.1 Le maintien à domicile

Le maintien à domicile est important, tant que le sujet conserve des capacités motrices et cognitives suffisantes à son autonomie. Il est aujourd'hui possible de pallier à un début de

dépendance par des aides sociales, médicales et techniques. A cette période, les aides-soignantes, les aides à domicile, les infirmières, les psychomotriciens et les ergothérapeutes ont une importance particulière. Le soutien de la famille est lui aussi primordial. En effet, les personnes âgées se trouvent souvent confrontées à la solitude (veuvage, pertes des proches,...). Comme nous l'avons vu dans la partie théorique à travers les recherches du Docteur Diamond, l'ensemble de ces personnes accompagnantes ont un rôle essentiel dans la lutte contre l'isolement social et donc contre l'isolement sensoriel (échanges verbaux, contacts physiques et stimulation de la sensorialité en générale).

Certaines personnes apprécieront le calme du domicile et les stimulations positives prodiguées par les accompagnants temporaires et d'autres se sentiront plus démunies face à ce manque de contact et donc de contenance psychique et corporelle.

Ainsi, malgré l'accompagnement « suffisamment bon » de l'entourage social et médical, chaque individu va réagir différemment aux modifications psychiques et physiques liées au vieillissement et à la démence. Dans certains cas, ces modifications peuvent être la source d'une perte d'intérêt pour soi même et pour le monde extérieur, entraînant une diminution de l'investissement de l'espace et conduisant la personne à un repli sur soi. Dans ce cas là, la stimulation sensorielle est fortement appauvrie, renforçant ainsi le processus de vieillissement, les altérations liées à la démence et dans le même temps les difficultés d'adaptation et de compréhension du monde.

Notons aussi que l'accompagnement familial d'un parent atteint d'une pathologie démentielle, peut se révéler difficile par la complexité des symptômes et la dépendance grandissante. Ainsi, la famille peut rapidement être amenée à un épuisement physique et moral.

De ce fait, l'épuisement de la famille et/ou l'évolution de la maladie peuvent nécessiter le recours à une aide médicale quotidienne. L'institutionnalisation est alors la solution la plus courante.

1.2 L'entrée en institution

A l'arrivée de la personne, le personnel soignant est présent pour apporter des soins ajustés et personnalisés c'est-à-dire en fonction de ses capacités, de sa motivation par rapport à l'entrée en institution mais aussi en fonction de son histoire de vie. Cela permet de faciliter son adaptation, l'acceptation de ce nouveau lieu de vie, de stimuler ses capacités motrices et cognitives encore efficaces, mais aussi de favoriser son intérêt pour le monde qui l'entoure (relations sociales, informations...). Il me semble primordial que la personne âgée démente ne soit pas accueillie comme un malade incurable mais comme une personne singulière avec sa personnalité, son passé et ses difficultés actuelles mais aussi avec ses émotions et ses affects.

1.2.1 La question de l'âge

Au vu des difficultés d'adaptation institutionnelle de la personne âgée démente, et de la prévalence des troubles du comportement et de l'angoisse liées à cette pathologie, je me suis posée la question de l'importance de l'âge d'entrée en institution. Est-il préférable de maintenir une personne démente à son domicile jusqu'à ce que la maladie atteigne un point ne permettant plus ce mode de vie ? Ou est-il plus judicieux de conseiller une institutionnalisation avant que les altérations ne soient trop importantes ?

Il est actuellement impossible de définir un âge conseillé ou recommandé, d'entrée en institution. En effet, ce moment, important dans la vie d'une personne, est fortement lié à son histoire personnelle et familiale et aux facteurs sociaux et médicaux.

Cependant, l'institutionnalisation précoce d'une personne présentant les prémices d'une démence peut se révéler bénéfique par rapport à son adaptation, pour les raisons suivantes :

D'une part, la personne âgée est plus consciente de ce changement de lieu et ne subit pas la décision de l'entourage (ce qui n'est pas toujours le cas lorsque la maladie est à un stade avancé). De plus, le choix d'intégrer une institution peut alors être pris par la personne concernée et lui permettre d'y associer un vécu plus positif.

D'autre part, si la pathologie est moins évoluée, la personne est susceptible de maintenir des potentiels sensoriels, cognitifs et moteurs de meilleure qualité, lui permettant de prendre plus facilement des repères au sein de l'institution, de se familiariser avec le personnel, avec les lieux mais aussi avec les résidents. La création d'un lien affectif constitue alors un facteur non négligeable, dans le ralentissement de l'avancée des troubles. En effet, la relation humaine favorise le renforcement du narcissisme et de l'estime de soi, stimulant ainsi les échanges verbaux et non verbaux, l'intérêt pour le monde et les capacités psychomotrices en générales.

Ainsi, une institutionnalisation précoce pourrait permettre d'éviter l'isolement social et sensoriel favorisant ainsi l'adaptation, la diminution des angoisses et des troubles du comportement lors de l'évolution de la maladie.

Je reste néanmoins consciente que cette réflexion n'est pas généralisable puisque chaque individu a une histoire et une problématique personnelle.

1.2.2 Une expérience individuelle

Pour certaines personnes âgées, l'intégration dans une institution peut être perçue comme une étape traumatisante (deuil de son lieu de vie, de ses habitudes quotidiennes...) et dévalorisante (impression d'être « à charge » de la famille ou de la société). De ce phénomène risque d'émerger une perte de l'estime de soi, des mouvements dépressifs, un repli sur soi, une inactivité et entraîner une culpabilité à vivre. Ces aspects, non négligeables, doivent être pris en compte dans l'accompagnement psychologique des personnes âgées.

Néanmoins, lorsque la personne âgée est en recherche de liens sociaux et ressent le besoin d'être réassurée par un accompagnement médical quotidien, l'institutionnalisation peut constituer une mesure thérapeutique qui améliore sa qualité de vie et son bien-être. Cette structure offre un nouveau cadre de vie, propice aux échanges, aux relations humaines et à une ouverture sur le monde. La présence permanente d'une équipe soignante permet d'apporter une réassurance et une sécurité, mais aussi une stimulation sensorielle de la personne dans sa globalité.

En fonction de la variabilité des réactions individuelles (positives ou négatives) par rapport à ce changement de vie, il me semble que la qualité de l'adaptation sera en partie liée à la qualité de l'accompagnement humain et des soins proposés par l'institution.

1.3 La sensorialité en institution

Suite à mes deux stages en maison de retraite médicalisée, j'ai pu observer une difficulté institutionnelle commune.

Ainsi, malgré les compétences du personnel soignant, il m'a souvent semblé que ces équipes souffraient d'un déficit en moyens humains. L'exigence posée par des horaires à respecter entraîne parfois des accompagnements rapides, notamment pour le repas et la toilette. Le manque de temps de l'équipe ne lui permet pas toujours d'offrir un accompagnement personnalisé, riche en explications, en sollicitations et en stimulations adaptées. Ce type d'accompagnement peut favoriser l'angoisse, la dépendance à autrui et le désinvestissement : la personne âgée ne sait plus vraiment ce qui lui arrive, et finalement se laisse porter par le rythme imposé par l'institution (heure des repas, de la toilette...).

Face à cette réalité problématique, et étant dans l'incapacité de modifier la constitution de l'équipe, il me semble que les stimulations neuro-sensorielles peuvent être utiles, y compris dans le cadre d'accompagnements rapides.

En effet, en référence au concept de capture sensorielle abordé en théorie, il apparaît que l'utilisation de la parole, du toucher et du regard permet « de capter » le regard du résident, favorisant ainsi sa présence, son attention et sa concentration et diminuant dans le même temps son angoisse et son agressivité. Cette capture sensorielle requiert peu de temps, et peut être réalisée pour chaque résident présentant des difficultés, pour la toilette par exemple, rendant peut-être le soin plus facile et donc moins long.

Par ailleurs, cette approche de la personne par les sens peut favoriser la reconnaissance du soignant par la personne âgée et ainsi la relation de confiance et le plaisir corporel et psychique. Par la suite, ce lien de confiance établi entre le soignant et le résident permettra sans doute d'aborder plus facilement un soin douloureux ou éprouvant.

1.3.1 Le lien entre l'équipe soignante et le psychomotricien

L'institution gériatrique représente le lieu de vie des personnes âgées. Ainsi, selon moi, ce qui prime dans l'approche psychomotrice est de favoriser l'adaptation de la personne âgée à ce lieu, et de lui offrir une continuité entre le travail réalisé en psychomotricité et la vie quotidienne (notamment pendant les soins infirmiers, les repas et les toilettes).

Le psychomotricien agit ponctuellement dans la journée de l'individu. Il me semble alors primordial de suivre son évolution dans sa vie quotidienne. Ainsi, l'échange entre l'équipe soignante « permanente » et le psychomotricien, va permettre une richesse dans les observations et un ajustement de l'accompagnement. Ces soignants qui côtoient les résidents au quotidien sont plus à même de découvrir leurs goûts, leurs habitudes sensorielles, les moments de la journée où ils sont plus angoissés ou au contraire plus sereins.

Pour ma part, la relation avec l'équipe soignante de Madame G. a été très utile. En effet, un des objectifs de ma prise en charge était de favoriser la diminution de l'anxiété, prévalente chez Madame G., notamment au cours de la toilette (cris et agrippements). Au fil des séances, l'équipe m'a transmise des informations sur l'évolution de ce comportement, qui a été plutôt fluctuant, en lien avec la démence vasculaire. Mais, le fait d'être avertie sur son état général me permettait d'ajuster mes séances et de peut être mieux comprendre certains comportements.

Inversement, au cours de mes séances, j'ai pu mettre en évidence quel type de stimulation était la plus opérante. Ainsi, comme nous l'avons vu dans la partie clinique, Madame G. est très sensible et réceptive au toucher, montrant des signes d'apaisement au cours des séances de psychomotricité. Ainsi, cette notion peut être transmise à l'équipe pour leur permettre de solliciter le résident par un sens qui l'apaise lors d'un soin difficile.

1.3.2 Prise en charge psychomotrice neuro-sensorielle et ouverture à la vie quotidienne

Face à la démence, les prises en charges psychomotrices n'ont pas un but curatif mais plutôt de maintien et d'acceptation des compétences du sujet qui tendent à diminuer, et ainsi

favoriser le plus possible la conservation de l'autonomie.

Consciente des compétences professionnelles des soignants et de la difficulté de leur travail, il me paraît tout de même nécessaire de les sensibiliser sur un point : l'importance de la sensorialité auprès des personnes âgées démentes dans les soins quotidiens et la vie quotidienne. Toutefois l'utilisation de stimulations sensorielles dans les actes de la vie quotidienne nécessite d'être pensée et réfléchie.

➤ Régulation sensorielle auprès du groupe

Dans les institutions, en dehors des activités ou des prises en charges médicales et paramédicales, les résidents se regroupent le plus souvent dans les salons. L'aménagement de ce lieu de vie doit donc faire l'objet de beaucoup d'attention. Dans certaines institutions, les pièces sont colorées, les murs sont ornés de tableaux, les photos des résidents sont placées sur les portes des chambres, une musique d'ambiance égaye les salons. Cette disposition peut paraître agréable, mais dans ce contexte de stimulations visuelles et auditives quotidiennes, il est fondamental de réfléchir au dosage et à l'impact de ce bain sensoriel auprès des personnes âgées démentes vivant constamment dans cet environnement.

Nous pouvons sur ce point émettre deux pistes de réflexions :

La première réflexion s'appuie sur l'idée de favoriser la stimulation sensorielle, de façon presque continue, afin de renforcer l'intégration des stimulations par le mécanisme du bourgeonnement neuronal expliqué dans la partie théorique. Ainsi, la personne âgée pourrait, au fur et à mesure, reconnaître et s'approprier ce lieu de vie, favorisant ainsi son adaptation à l'institution.

La deuxième réflexion consiste à nuancer la première au regard du phénomène de désafférentation et du rôle de l'attention, évoqués dans la partie théorique. L'hypothèse est alors qu'une personne âgée démente aura d'autant plus de difficultés à être attentive et à discriminer les stimulations qu'elle sera sollicitée par plusieurs canaux sensoriels (vision et audition par exemple). Ainsi, elle pourra être sujette à une difficulté de compréhension et de lecture de son environnement, provoquant ainsi de l'anxiété. Nous comprenons donc qu'un

cadre moins riche en nombre et variétés de stimulations pourrait être favorable à la personne âgée, lui permettant de mieux capter et analyser les stimulations adaptées au vécu du moment. Dans cet esprit, il serait peut être appréciable pour les résidants d'instaurer des temps d'apaisement (hypostimulation). Par exemple, après les repas, les personnes souffrant d'une démence ne regagnent pas toujours leur chambre pour se reposer ; elles cherchent sans doute à la fois le côté rassurant du groupe et la possibilité de se reposer. A ce moment de la journée, l'équipe pourrait peut être diminuer l'intensité des lumières et du son, afin de lier la présence du groupe et l'atmosphère apaisante.

Je désire tout de même nuancer mes propos en expliquant qu'avec le vieillissement et les pathologies démentielles, les seuils de sensibilités aux stimulations sensorielles sont modifiés et variable d'un individu à l'autre. Ainsi, l'institution sera inévitablement confrontée à des divergences de préférences par rapport à l'aménagement du lieu de vie et ses conditions d'utilisation. Selon les choix retenus, la collectivité peut alors entraîner des sur ou des sous stimulations. Par exemple, dans les salons, beaucoup de soignants s'adressent aux résidants avec une voix élevée, afin de se faire entendre. Cela peut être sur stimulant pour certains résidants ne présentant pas d'atteinte auditive, d'où l'importance de temps individuels, comme les prises en charges psychomotrices, afin d'adapter les stimulations sensorielles à chacun.

La tentative de réponse à ces deux hypothèses peut donc se trouver dans une observation quotidienne des résidants, de leur réaction aux stimulations neuro-sensorielles, et dans la mise en place de temps d'échanges et de réflexions d'équipe sur ces données, afin d'élaborer le compromis le plus adapté entre les exigences de la collectivité et les besoins individuels.

➤ Stimulations sensorielles individualisées

Dans le paragraphe précédent, au vu des variables sensorielles individuelles, nous avons perçu l'importance d'un accompagnement personnalisé. Celui-ci peut, en effet, être élaboré en prise en charge psychomotrice, mais aussi par des actions simples et personnalisées au cours de la vie quotidienne. Cet accompagnement sensoriel adapté peut être un facteur important dans le ralentissement du processus de dépendance qui guette les personnes âgées atteintes d'une démence. En effet, je pense qu'il est important de solliciter les sens efficaces afin de favoriser l'estime de soi, le sentiment d'exister, les capacités de jugement et de prise de décision et l'investissement de la personne au quotidien. Ainsi, un soignant peut solliciter les cinq sens pendant les accompagnements individuels (repas, déplacements, toilette...). Ces sollicitations sensorielles ne demandent pas de passer du temps supplémentaire avec une personne ; il s'agit plutôt d'une autre vision de l'accompagnement, axé sur la sensorialité.

2 RÉACTIVATION DE LA MÉMOIRE SENSORIELLE

Selon C. Montani (1994, p. 71), « *Au fur et à mesure que s'efface la mémoire instrumentale (hautement cognitive) réapparaît une mémoire « intuitive » (fortement affective).* ».

G. Boukson (cité par Montani C., 1994, p.71) précise : « *Il apparaît une dissociation schizophrénique entre la mémoire cognitive, celle qui s'exprime par des paroles et des gestes, et la mémoire émotionnelle, entre la mémoire qui sait et celle qui sent ; cette dernière persistant plus longtemps que la première.* ».

M. Grosclaude (Ibidem), ajoute sur ce point : « *L'oubli instrumental fait place au souvenir dans une mémoire qu'il qualifie de « corporelle/infantile ».* ».

Cette partie a pour objectif d'établir un parallèle entre la sensorialité aux deux extrêmes de la vie, en évoquant particulièrement l'élaboration des mémoires sensorielles et affectives au début de la vie et leur place en fin de vie, auprès de personnes âgées démentes.

2.1 La sensorialité à l'aube de la vie

Dès la naissance, le bébé possède une inter-modalité sensorielle. Ainsi, il est capable de relier entre elles les sensations qui lui viennent des différents canaux sensoriels et, par la suite, de les transformer en perceptions. Il se crée donc une première mémoire : la mémoire sensorielle, à partir des premières expériences sensorielles. Cette forme mnésique est liée à la mémoire affective. Prenons l'exemple du toucher : selon Y. Gineste et R. Marescotti, *« le toucher participe à la construction sensitive d'une banque de mémoire affective dans le cerveau limbique. Chaque moment du soin participe ainsi à la construction de la mémoire "de l'ambiance affective", mémoire dans laquelle l'humain va puiser tout au long de sa vie pour identifier les bons moments de rencontre avec l'autre. »*.

La capacité à articuler adéquatement les données sensorielles est primordiale. En effet, cela permet au bébé de se constituer un espace multisensoriel en créant des liens entre les diverses enveloppes sensorielles. Cet espace multisensoriel participe à l'organisation du Moi corporel et de l'identité personnelle. Chez le bébé, les stimulations sensorielles ont donc une véritable fonction d'éveil, d'apprentissage et de découverte de son propre corps et du monde qui l'entoure.

Au fur et à mesure de la vie, la mémoire sensorielle s'enrichit du vécu perceptivo- moteur, affectif et relationnel de l'individu. Mais, avec l'avancée en âge et plus particulièrement en cas d'atteinte démentielle, les stimulations sensorielles auront davantage un rôle de réactivation et de stimulation de la mémoire sensorielle.

2.2 La sensorialité au crépuscule de la vie

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, les démences de type Alzheimer et les démences vasculaires entraînent une altération des capacités d'utilisation et de compréhension de la communication verbale. Ainsi, lorsque cette dernière fait défaut, il me paraît important de s'appuyer sur un autre moyen de communication : la communication non-verbale. Celle-ci s'élabore à travers les gestes, les postures, les mimiques mais aussi par les cinq sens. Les communications non-verbales informent sur l'état affectif et émotionnel de l'émetteur.

L'objectif des stimulations neuro-sensorielles est d'offrir au sujet des clefs de compréhension et/ou de communication, afin de pallier à cette difficulté progressive de lecture du monde qui l'entoure et de favoriser son adaptation. Ainsi, chez une personne démente, la stimulation sensorielle aura peut être un effet de réactivation de la mémoire sensorielle faisant ainsi appel aux mémoires de types visuelle, auditive, olfactive, gustative et corporelle. Dans le même temps cette stimulation fera aussi appel aux affects et aux émotions qui y sont liés. Nous comprenons ainsi l'importance de la communication non-verbale par les émotions, les sens et la mémoire affective.

La mémoire des personnes démentes se dégrade de manière rétrograde amenant le sujet à un retour vers son passé, ses anciennes expériences et dans les stades avancées de la démence de type Alzheimer, un retour aux premières acquisitions et aux premiers comportements (résurgence des réflexes archaïques de succion et de grasping, disparition de la communication verbale, grande dépendance à autrui). Je pense donc que le chemin rétrograde parcouru par les personnes âgées démentes est à mettre en lien avec la sensorialité primitive. En effet, la stimulation des sens pourrait peut être réactiver le souvenir en passant par le vécu perceptif, c'est-à-dire en stimulant la première mémoire qui se met en place au cours de la vie d'un être humain : la mémoire sensorielle.

Dans le même temps, nous pouvons noter que les mémoires sensorielles et affectives sont fortement intriquées. La mémoire affective est liée à l'élaboration des émotions, des sentiments et des connaissances en lien avec le vécu corporel et les sensations. La mémoire affective engage l'individu personnellement à travers le souvenir de l'émotion et de la sensation. Cette mémoire revient sans avoir été recherchée. La réminiscence du souvenir surgit tout d'un coup à l'occasion d'un détail particulier de la perception (odeur du lieu de vacance habituel, musique particulière...). Il suffit d'un son, d'une voix, d'un objet et c'est un pan de la vie qui revient. De ce fait, comme ce passé qui ressurgit appartient à la personne, c'est un peu une conscience d'elle même qui revient.

Dans le cas de Madame G., le toucher peau à peau a permis la réminiscence d'affects positifs liés à son passé et notamment aux relations qu'elle entretenait avec son mari. Ces remémorations lui ont procurés de l'apaisement et du plaisir, participant ainsi à la diminution ponctuelle de son angoisse. D'autre part, étant donné son goût pour l'aquarelle et la musique classique, l'évolution de mes séances pourrait se tourner vers la sollicitation sensorielle au moyen de ses médiateurs.

Ainsi, les stimulations sensorielles seraient peut être un outil thérapeutique intéressant pour stimuler la mémoire affective qui est sans doute la plus efficiente chez la personne démente, afin de lui permettre un accès simple à un souvenir positif.

Sur ce point, il me semble important de préciser la différence de fonctionnement entre le soignant et la personne âgée démente : Le soignant fonctionne plus avec sa mémoire cognitive qu'avec sa mémoire affective. En effet, bien que la mémoire affective soit un appel spontané du souvenir, (marqué par aucun effort cognitif), le monde actuel sollicite continuellement notre mémoire cognitive : toute les informations qui nous sont fournies au quotidien demandent des capacités de compréhension, de jugement et d'analyse. Ainsi, au cours de mes prises en charges neuro-sensorielles, il m'a semblé primordial d'être consciente de ce phénomène afin de favoriser l'écoute affective avant l'écoute cognitive (ressentir ce que la personne veut nous transmettre par ses propres moyens de communications avant de réfléchir à ce qu'elle nous apporte).

« Le contexte dans lequel se situe la récupération de l'information est décisif dans la qualité de la mémorisation. La madeleine de Proust est à ce propos particulièrement éclairante. L'accès à un souvenir est d'autant plus aisé que les conditions contextuelles de sa récupération (motivations, environnement) s'approchent de celles de sa mise en mémoire. La personne démente qui ne dispose plus d'un effort attentionnel ni de capacités organisatrices suffisants pour recruter les souvenirs dont il a besoin semble pouvoir néanmoins retrouver des traces mnésiques dont le contexte actuel offre un écho affectif de nature perceptive ou sensorielle au contexte de mise en mémoire. » (C. Montani, 1994, p.72). Mais attention, cela peut nécessiter de nombreuses répétitions situationnelles avant d'être éventuellement acheminé vers une mémoire disponible.

Par rapport à l'efficiace de la mémoire affective je pourrais émettre deux pistes de réflexions et de travail auprès des personnes âgées dementes :

D'une part, nous pouvons nous baser sur la répétition sensorielle. Ainsi, en stimulant régulièrement une personne au niveau sensoriel, nous faciliterons l'engrammation de nouvelles données ou situations permettant ainsi de stimuler de nouveaux apprentissages au niveau de la mémoire affective, qui reste efficiente chez le sujet dement. Je peux dans ce cas donner l'exemple des rituels sensoriels. Ces rituels peuvent être mis en place par le personnel soignant autour des temps fort d'une journée. Par exemple, dans les soins quotidiens, une

personne n'est pas toujours accompagnée du même soignant. Ainsi, la relation, la technique et les stimulations varient constamment. Cela pourrait être intéressant de mettre en place des rituels sensoriels personnalisés. Ainsi, malgré les changements de soignants, la personne âgée pourrait bénéficier d'un accompagnement plus uni, lui permettant de mieux repérer et intégrer les moments de soins.

D'autre part, nous pouvons nous baser sur la diversification, en proposant des stimulations sensorielles diverses et variées dans le but de tenter de faire écho et de réactiver la mémoire affective à partir des traces mnésiques déjà inscrites.

3 ADAPTATION ET LIMITE DE L'UTILISATION DE L'ESPACE SNOEZELLEN

3.1 Le concept snoezelen

Le terme snoezelen est un mot issu de la contraction des termes hollandais « *snuffelen* » (renifler, sentir) et « *doezelen* » (sommoler, se détendre). Il correspond à un mode de prise en charge des personnes polyhandicapées en utilisant la stimulation multisensorielle dans un environnement adapté : l'espace snoezelen. Cette méthode a vu le jour dans les années 1970 aux Pays-Bas.

Dans leur livre Snoezelen, un autre monde, J. Hulsege et A. Verheul (1989, p. 43), nous donnent des essais de définitions, dont la suivante : « *L'activité snoezelen est une activité primaire pour personnes handicapées mentales profondes, activité orientée vers la perception sensorielle par le biais de la lumière, du son, du toucher, de l'odorat et du goût.* ». Cette activité permet alors de favoriser un autre moyen de communication (par les sens) lorsque le langage verbal n'est pas possible.

D'une manière générale, disons que l'espace snoezelen propose à la personne, un moment de rencontre, de détente, de confort et de sécurité tout en lui permettant de faire, selon son propre rythme, l'expérience de diverses stimulations sensorielles parfois très simples.

Bien que le concept snoezelen ne soit ni une méthode ni une technique, Hulsegge J. et Verheul A., ont mis en évidence les principaux axes à respecter afin d'optimiser la prise en charge en salle snoezelen.

Ainsi, les huit notions suivantes apparaissent comme primordiales : L'atmosphère adéquate ; La possibilité de choisir ; La possibilité pour chacun de vivre les situations selon son rythme ; La juste durée dans le temps ; La répétition ; La présentation sélective des stimulations ; L'attitude adéquate ; L'accompagnement adéquat.

Depuis quelques années, l'approche snoezelen s'est étendue au milieu gériatrique, dans le cadre des soins aux personnes souffrant de démences.

3.2 Paradoxe et adaptation de l'espace snoezelen en gériatrie

Dans ma pratique, j'ai choisi d'utiliser la salle snoezelen comme cadre thérapeutique, pour son aspect calme et contenant, pour la diversité des stimulations qu'elle offre, mais aussi pour la possibilité de choisir une seule stimulation. Au sein de mes prises en charges auprès de Madame G. et de Madame A., j'ai donné une importance particulière à la relation de confiance, à l'écoute, à la disponibilité psycho-corporelle, à l'observation (orienter mon regard vers les capacités, vers ce qui détend la personne et qui n'est pas forcément ce qui me détend), et à l'adaptation.

Ayant étudié en préalable le concept snoezelen proposé aux personnes polyhandicapées, j'ai distingué des notions parfaitement adaptées à mes prises en charges et d'autres points qui demandaient une adaptation psychomotrice en gériatrie : Dans un souci de clarté par rapport au paragraphe qui suit, les éléments propres au concept snoezelen de base seront inscrits en caractères gras.

➤ L'atmosphère adéquate

« Dans l'espace snoezelen, la lumière et le son contribuent pour beaucoup à créer une bonne ambiance [...] le fait de travailler dans une lumière tamisée avec une musique douce améliore l'atmosphère. » (Hulsegge J. et Verheul A., 1989, p.46-47).

L'étude du vieillissement visuel abordé dans la partie théorique prend ici une place

importante. En effet, en gériatrie, le problème se pose d'un déficit sensoriel fréquent : l'altération de la perception visuelle. Au cours de mes prises en charges, et notamment dans le cas de Madame G., j'ai pris conscience de l'impact de cette ambiance tamisée, lorsque la discrimination visuelle fait défaut. Ainsi, la plupart des séances avec Madame G. se sont déroulées avec la lumière du jour (totale ou partielle). En effet, la pénombre entraînait des difficultés de perception des formes et des reliefs, renforçant son angoisse. Par ailleurs, j'ai pu observer des hallucinations visuelles : la lumière rouge des colonnes lumineuses était associée à du feu, provoquant, de manière logique, une inquiétude importante. Les déficits visuels, liés au vieillissement normal et les hallucinations visuelles (symptômes pouvant être présents dans les cas de démences), sont donc à prendre en compte lors d'une prise en charge au sein d'une salle snoezelen en gériatrie.

➤ La possibilité de choisir

« Le visiteur agit et nous agissons avec lui, mais l'initiative doit, si possible, venir du visiteur ». (Op.Cit, p. 47). Par le terme de « visiteur », J. Hulsegge et A. Verheul entendent le mot « patient ». Généralement, l'accompagnant n'attend aucune performance du patient et lui laisse la possibilité, soit de découvrir ce qu'il veut, soit de ne rien faire.

Chez les personnes souffrant d'une démence, nous pouvons fréquemment observer des difficultés de jugement, des troubles de la prise d'initiative motrice et un faible investissement de l'espace environnant. Le libre choix total peut ainsi induire ou renforcer la désorientation spatio-temporelle, et être un vecteur d'angoisse. En effet, les premières séances avec Madame G. ont mis en évidence les difficultés citées précédemment. En proposant des « exercices » précis, j'ai constaté une diminution de l'angoisse et une légère amélioration de la concentration et de la disponibilité psycho-corporelle de Madame G., bien que celles-ci soient restées fluctuantes.

➤ La possibilité pour chacun de vivre les situations selon son rythme et la juste durée dans le temps

Ces notions correspondent à la problématique des personnes âgées souffrant d'une démence. En effet, de par les altérations cognitives liées à leur pathologie, ces personnes ont besoin de

plus de temps pour découvrir, observer et assimiler les stimulations proposées. Par ailleurs, lors de mes prises en charges, j'ai été très vigilante aux signes d'un ennui, d'un manque d'attention ou d'une indisponibilité psycho-corporelle. L'observation attentive de ces modifications dans les comportements de Madame A. et de Madame G., me faisait tendre si besoin, vers la fin de la séance. Leur fatigue ou leur indisponibilité éventuelles étaient respectées, renforçant ainsi leur sentiment d'être écoutées et donc d'exister, ainsi que leur confiance envers moi. Dans le cas de Madame A. qui présentait une asthénie régulière, la confiance qu'elle m'a accordée a joué un rôle important. En effet, avant une séance, Madame A. était rarement motivée et préférais se reposer dans son fauteuil. Au fur et à mesure, la proposition faite (et respectée) de la raccompagner en cas de trop grande fatigue a pu être prise en compte, favorisant sa participation aux séances.

➤ La répétition

Un individu « sain » sera vite saturé par une stimulation répétitive d'un seul sens (capacité d'intégration plus rapide). En effet, il pourra rapidement ordonner et placer successivement les stimulations dans un cadre de perception. En revanche, l'assimilation et l'expérimentation seront ralenties et plus difficiles pour une personne démente, du fait des différentes altérations évoquées dans la partie théorique. Il me semble donc important de prendre en compte cette notion afin d'éviter de réguler la fréquence des stimulations en fonction de notre propre ressenti. Avec une personne démente, il me semble important de juger les modalités de répétition en fonction de ses verbalisations ou de ses réactions. Les différents axes de travail au niveau des modes de répétition des stimulations sensorielles ont été abordés dans le paragraphe sur la sensorialité au crépuscule de la vie.

➤ La présentation sélective des stimulations

Les bruits présents dans l'environnement institutionnel accueillant les personnes polyhandicapés, risquent d'être perçus comme chaotiques et incompréhensibles pour des personnes ayant des difficultés d'élaboration et de représentation mentale. En complément des modifications pouvant être apportées pour l'amélioration de la qualité de vie au quotidien, l'espace snoezelen permet d'offrir aux personnes polyhandicapées un environnement calme et

des stimulations dosées, favorisant la compréhension et la lecture du monde.

Au sein d'une maison de retraite, l'ambiance est souvent plus calme. Cependant, certains bruits (cris des résidents, claquement de porte) ou actions (entrée inopinée d'un soignant dans une chambre, déplacement non prévenu d'un fauteuil roulant) peuvent surprendre les personnes âgées et augmenter leurs angoisses vis-à-vis de leur environnement. De telle sorte, la présentation sélective des stimulations (hypostimulation) dans la salle snoezelen peut se révéler bénéfique, en laissant le temps de capter la stimulation et d'en vivre l'expérience à son rythme. Le rôle dans la diminution de l'angoisse et des troubles du comportement est donc fortement supposé. Cependant, au fil de mes prises en charges, j'ai remarqué que parfois, les personnes âgées démentes ont besoin, en rapport avec la désafférentation (notion abordée en théorie), d'une stimulation poly sensorielle, pour stimuler leurs capacités à analyser et combiner les stimulations.

➤ **L'attitude adéquate et l'accompagnement adéquat**

Avant de discuter sur ces deux notions, il me paraît important de développer mon propre ressenti par rapport à l'espace snoezelen.

Ce lieu étant nouveau pour moi, il m'est apparu primordial, d'aller découvrir le matériel et de faire l'expérience personnelle des stimulations que je pourrais proposer par la suite. Malgré cette approche préalable, la première séance avec Madame G. fut une véritable découverte à la fois commune et personnelle de cette atmosphère inhabituelle. En effet, ce qui prime dans cette salle ce n'est pas uniquement les stimulations, mais la relation humaine parmi ces stimulations. Ainsi, la présence de Madame G. a, selon moi, modifié l'ambiance en créant une circulation intense d'émotions. Je pense que cela est permis par le contexte d'hypostimulation créée par le lieu, limitant toutes les stimulations extérieures (bruits, odeurs, lumières) qui pourraient parasiter « l'ambiance choisie ». En effet, cette salle, qui fait réellement appel à nos sens purs est comme un moyen de communication non-verbale basé sur les regards et les mimiques. Mais le silence envahit rapidement la pièce me poussant à remplir moi-même ce « vide de son » par la parole. En étant moi-même dans cette salle, je me positionne aussi dans un état d'hypostimulation auquel je ne suis pas habituée. Il m'a fallu quelques séances pour me familiariser avec cet espace et me sentir réellement à l'aise dans ce cocon, en compagnie de Madame A. ou de Madame G..

Dès lors j'ai pu me positionner en tant que psychomotricienne.

Dans ce contexte de stimulations neuro-sensorielles auprès de personnes démentes, il me semble que le rôle contenant du psychomotricien en lien avec la base de la communication, prend ici toute son importance. Ainsi, le contact, l'implication interactive, le non-verbal, le sensori-moteur et le tonico-émotionnel ont pris une place fondamentale dans le cadre de mes prises en charges. Plus particulièrement, le projet thérapeutique de Madame G. s'est basé sur cette fonction maternelle de base. Ainsi, en référence au premier mode de communication de l'individu (mère/bébé), j'ai choisi en premier lieu, d'aborder Madame G. par les sens de proximité et plus précisément le toucher. L'approche corporelle permet d'apporter une contenance et une enveloppe physique et psychique, favorisant ainsi la perception corporelle, l'investissement corporel et la diminution des angoisses. Dans une perspective d'évolution de la prise en charge, l'approche par les sens à distance (voix et regard) pourrait être utilisée afin de favoriser l'autonomie et la distanciation par rapport à Madame G..

CONCLUSION

Ce mémoire se proposait d'apporter une réflexion sur le rôle des stimulations neuro-sensorielles dans le maintien des capacités d'adaptation au monde environnant, chez la personne âgée démente. L'étude préalable des éléments théoriques liés au vieillissement et aux démences m'a fait prendre conscience de la complexité de ces processus. Au cours de mon stage, la construction de liens théorico-cliniques m'a permis de dégager les principales problématiques présentes chez des personnes souffrant de démences. J'ai choisi d'étudier plus précisément la démence de type Alzheimer et la démence vasculaire qui correspondaient à mes études de cas. J'ai alors pris conscience de la difficulté du diagnostic et de la distinction entre ces deux pathologies présentant de nombreux points similaires. Des difficultés communes, liées respectivement aux altérations spécifiques à chacune, ont émergé entraînant presque inévitablement des difficultés d'adaptation au monde environnant ; tant sur le plan moteur que cognitif ou affectif.

Dans ce contexte, il m'a semblé que l'approche sensorielle des personnes âgées dementes présentait de nombreux atouts. En effet, lorsque la sphère cognitive devient moins performante, elle ne permet plus au sujet de « lire » et de comprendre son environnement.

Il me semble alors que les sens prennent ici une place prépondérante, permettant par un moyen détourné, l'accès aux souvenirs, au plaisir, aux affects positifs, et en somme, au sentiment d'exister. L'abord sensoriel d'une personne âgée démente permet aussi de lui offrir les clefs d'un autre moyen de communication lorsque le langage verbal fait défaut. Cette notion est très importante car elle permet à la personne de se réinvestir corporellement et psychiquement dans sa vie actuelle.

La pratique des stimulations neuro-sensorielles auprès de deux résidentes souffrant de démence, m'a permis l'émergence d'une réflexion sur le lien entre les sens et la mémoire sensorielle ou affective. Cette réflexion émane de mon travail théorico-clinique durant mon stage annuel, mais reste pour moi un point intéressant à approfondir dans ma future pratique professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

ACKERMAN D. (1991).

« Introduction », in Le livre des sens (A natural history of the senses, 1990, Random House, New York), Grasset, Paris, pp. 9 à 14.

ALBARET J-M. & AUBERT E. (2001).

Vieillesse et psychomotricité, Solal, Marseille, 253 pages.

DSM –IV-R (2003). Association Psychiatrique Américaine

Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition, texte révisé (Washington DC, 2000), Traduction Française par J-D GUELF et al., Masson, Paris 1120 pages.

BERGER L. & MAILLOUX-POIRIER D. (1994).

Personnes âgées, une approche globale, démarche de soins par besoins, Sciences infirmières, Maloine, Paris, 588 pages.

CARIOU M. (1995).

Personnalité et vieillissement : Introduction à la psycho-gérontologie, Delachaux et Niestlé, Paris, 216 pages.

CARLSON A. & PAQUET J. (1999).

Dictionnaire des citations en gérontologie, Eres, Ramonville Saint-Agne, 192 pages.

CARRIC J.C. (2001).

Lexique du psychomotricien, Vernazobres-Grego, Paris, 210 pages.

CHARLIER M. (2004).

« L'approche sensorielle de la personne âgée...Les sens au service Du sens. », L'année gérontologique, volume 18, pp. 97 à 102.

CLEMENT J. P., DARTHOUT N. & NUBUKPO P. (2006).

« Démences », in Guide pratique de psychogériatrie (2ème édition), Masson, Issy-les-Moulineaux, pp. 69 à 88.

DEROUESNÉ C. (1991)

« Etude clinique », in J.L. Signoret, J.J. Haw, Maladie d'Alzheimer et autres démences, Flammarion, Paris, pp 93 à 116.

DEROUESNÉ C. (Mars 2003).

« Un concept flou », Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, Revue thématique : Qu'est ce que la démence ? Volume 1, n° 1, pp. 15-24.

FERREY G. & LE GOUES G. (2000).

Psychopathologie du sujet âgé (5ème édition), Masson, Paris, 308 pages.

FONTAINE R. (1999).

Manuel de psychologie du vieillissement, Dunod, Paris, 231 pages.

GAUDET M. (1996)

« Le concept de désafférentation : intérêt de la prévention », L'année gérontologique, volume 10, Serdi, Paris, pp. 97 à 102.

GINESTE Y. & PELLISSIER J. (2005).

« Prendre-soin et troubles du comportement » in Humanitude ; Comprendre la vieillesse, prendre soins des hommes vieux, Bibliophane, Paris, pp. 290 à 302.

HULSEGGE J. & VERHEUL A. (1989).

Snoezelen : Un autre monde (Traduction de Snoezelen een andere wereld, Nijkerk, Pays-Bas), Erasme, Namur, 184 pages.

HUPIN M. (Septembre-Octobre 2000).

« La clinique psychomotrice en gériatrie », Soins Gérontologie, n°25, pp.29 à 32.

LEHNART G. (Juin 2001).

Évaluation des effets de la stimulation sensorielle par la méthode snoezelen auprès des personnes âgées atteintes de démences, Thèse présentée en vue de l'obtention du doctorat, Faculté de médecine de Nancy, pp. 57 à 177.

MONTANI C. (1994).

La maladie d'Alzheimer « Quand la Psyché s'égare », L'Hamarttan, Paris, 191 pages.

PASQUIER F. & HENON H. (2002).

« Démences vasculaires » in Bogousslavsky J., Léger J.M & Mas J.L (sous la direction de),
Démences, Groupe Liaisons, Rueil-Malmaison, pp.311-318.

PLATEL R. (2003-2004)

Éléments de physiologie des systèmes sensoriels, Institut Supérieur de Rééducation
Psychomotrice, Paris, 173 pages.

PLATEL R. (2002-2003).

Neuroanatomie descriptive et fonctionnelle, Institut supérieur de Rééducation Psychomotrice,
Paris, 189 pages.

PITTERI F. (2000).

« Psychomotricité et personnes âgées » in Potel C., Psychomotricité : entre théorie et pratique,
In Press Edition, Paris, pp. 225-248.

RANCUREL G. (1992).

« Vieillissement neuro-sensoriel » in, Billé J. & Billé-Turc F., Neurogériatrie, Solal,
Marseille, pp. 109 à 115.

SIGNORET J. L. & HAW J.J. (1991).

Maladie d'Alzheimer et autres démences, Flammarion, Paris, 511 pages.

COURS ET SITES INTERNET :

PITTERI F. (2000).

Le vieillissement : Aspects bio-physiologiques, Institut Supérieur de Rééducation
Psychomotrice, Paris.

LEFEVRE C. (2006).

La démence, Institut supérieur de Rééducation Psychomotrice, Paris.

www.alzheimer.ca/french, in Recherches Actuelles, Novembre 2006.

www.francealzheimer.org

LEXIQUE

Accidents vasculaires cérébraux : Lésions des vaisseaux irriguant l'encéphale, à type de rupture (hémorragie cérébrale) ou d'obstruction (embolie avec ischémie).

Accidents de type lacunaire : Lésions ischémiques profondes, de petite taille, d'allure cavitaire, observées chez les hypertendus, en rapport avec une occlusion d'une artère profonde.

Agnosie : C'est une impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intacts.

Aphasie : Trouble qui porte sur l'expression et la compréhension du langage et qui est liée ni à un état démentiel, ni à une atteinte sensorielle, ni à un déficit de l'appareil d'exécution. Selon les cas, le trouble portera sur l'articulation et/ou la compréhension du langage et l'évocation des mots.

Apraxie : Trouble affectant la motilité volontaire qui n'est pas dû à une paralysie ou à une incoordination motrice. On distingue plusieurs type d'apraxie, dont : apraxie constructive, apraxie idéatoire, apraxie idéomotrice, apraxie de l'habillage.

Arthrose : Affection dégénérative et non inflammatoire des articulations, d'évolution chronique, souvent consécutive au vieillissement et responsable de douleur et de baisse de la mobilité articulaire.

Athérome : Lésions des artères caractérisées par la formation, au niveau de leur couche interne, de plaques constituées de dépôts de lipides et notamment de cholestérol.

Coiffe des rotateurs : Ensemble de tendons jointifs qui recouvrent la tête de l'humérus. Leur action est essentielle pour la fonction de l'épaule.

Cortex associatif : C'est l'ensemble des aires associatives situées au carrefour des régions pariéto-temporo-occipitales, juste devant les aires visuelles associatives et derrière le cortex somesthésique; lieu de médiation corticale de tout comportement associé à la vue, au toucher, à la proprioception, à la compréhension verbale, à la localisation dans l'espace et aux fonctions intellectuelles complexes et abstraites de raisonnement mathématique et de

formulation de propositions logiques ayant trait aux notions visuo-spatiales. C'est la région d'intégration sensorielle inter modale dont l'atteinte entraîne une variété d'apraxies et d'agnosies.

Dégénérescence neurofibrillaire : Lésion qui, à la différence de la plaque sénile, apparaît à l'intérieur du corps cellulaire du neurone. Il s'agit de faisceaux de filaments anormaux qui envahissent le corps cellulaire, ce qui peut provoquer une distorsion et un déplacement du noyau, ce qui peut parasiter son bon fonctionnement. Ces dégénérescences ont été observées en abondance dans le vieillissement normal essentiellement au niveau du lobe temporal.

Dysarthrie : Difficulté de la parole due à une paralysie ou à un spasme des organes de la phonation ; langue, lèvres, voile du palais.

Dysphagie : Sensation de gêne ou de blocage apparaissant lors de la déglutition, traduisant un trouble de la traversée de l'hypopharynx ou de l'œsophage par les aliments.

Ebixa® : La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative, pour laquelle on retrouve un déficit cholinergique et un dysfonctionnement de la voie glutamatergique. La libération excessive de glutamate dans la fente synaptique est un des facteurs de dégénérescence neuronale. L'Ebixa® agit en régulant l'excès de glutamate dans la synapse. Les effets portent sur l'amélioration du fonctionnement global et la diminution des troubles du comportement.

Formation réticulaire activatrice ascendante : Structure nerveuse qui reçoit des afférences sensitivo-sensorielles stimulantes de l'éveil. Celles-ci se projettent dans le cortex.

Hyperplaquetose : Augmentation du nombre de plaquettes plasmiques au-dessus de 400 000/mm³.

Infarctus : Région principale de lésion au cerveau causée par un manque d'afflux de sang. Les infarctus peuvent être d'ampleur faible ou massive, et aussi avoir des effets cumulatifs (chaque accident vasculaire aggravant l'état de la personne).

Insuffisance mitrale : Fermeture incomplète de la valvule mitrale, qui sépare le ventricule de

l'oreillette gauche, responsable, lors de la contraction du ventricule, d'une fuite anormale de sang vers l'oreillette.

Jonction neuro-musculaire : Jonction entre le système nerveux et le muscle par lequel l'influx nerveux est transmis.

Logorrhée : Flots de paroles, désordonnées, incoercible, rapide.

Maladie de Binswanger : Syndrome démentiel sous cortical résultant d'infarctus multiples et intéressant la substance blanche. Elle est souvent causée par une hypertension artérielle ou un accident vasculaire cérébral, et est accompagnée de signes neurologiques et moteurs.

Mémoire à court terme : qualifiée de « primaire », permet le stockage temporaire d'une information que le cerveau enregistre telle quelle, sans la transformer ni la coder.

Mémoire à long terme : ou mémoire secondaire. C'est un système de stockage durable d'une information transformée et codée. Cette mémoire à long terme est activée par la mémoire à court terme qui elle-même est alimentée par la mémoire à long terme : Entre ces deux mémoires se produit un « va et vient » permanent.

Mémoire épisodique : permet un enregistrement de données autobiographiques selon un système spatio-temporel

Mémoire procédurale : C'est la mémoire des habilités motrices qui regroupe les apprentissages perceptifs et moteurs. Ce type de mémoire exige une procédure de répétition afin que s'établissent des connexions stables entre les neurotransmetteurs et une meilleure communication de l'information par les neurones.

Mémoire sémantique : C'est l'ensemble des connaissances générales sur le monde, indépendantes d'un contexte particulier. Elle fait référence aux acquis culturels.

Mémoires sensorielles : elles font très souvent références aux mémoires visuelles et auditives dont on compare souvent les performances. Mais il existe aussi une mémoire olfactive, gustative et tactile. Ces mémoires sensorielles seront plus développées d'un individu à l'autre.

Seuil d'intensité de stimulation : C'est la quantité minimale d'énergie spécifique pour déclencher un potentiel d'action. Il existe une limite supérieure au-delà de laquelle, quelle que soit l'intensité de la stimulation, le message sensoriel ne varie plus ; mais il laisse place en revanche à une sensation douloureuse.

Signe de Babinski: Réflexe cutané plantaire anormal : le frottement de la face externe de la plante du pied provoque une extension lente du gros orteil et parfois des 4 autres, alors que , normalement une telle excitation provoque la flexion des 5 orteils. Cette réaction, normale avant l'âge de 18 mois, est en rapport avec une lésion du faisceau pyramidal.

Signes pyramidaux : Signes traduisant une altération du faisceau pyramidal de la moelle épinière qui se manifeste par une paralysie tout d'abord flasque, puis avec une contracture des groupes musculaires régis par la mobilité volontaire, et une augmentation des réflexes tendineux et cutanés.

Synapse : Point de jonction de deux cellules nerveuses, où se transmet l'influx nerveux.

Syndrome pseudobulbaire : Syndrome neurologique caractérisé par des paralysies centrales (syndrome pyramidal bilatéral), des fausses routes, des rires et pleurs spasmodiques, un déficit des fonctions supérieures et des troubles de la marche. Il est généralement d'origine vasculaire, dû à des états lacunaires ou à de multiples petits foyers ischémiques.

Système limbique : Le système limbique est un groupe de structures situées à la base du cerveau. Ce système joue un rôle très important dans le comportement et en particulier, dans diverses émotions comme l'agressivité, la peur, le plaisir ainsi que la formation de la mémoire.

Système nerveux central : Partie du système nerveux assurant la commande neurologique grâce aux neurones, composée de fibres nerveuses et qui correspond à la moelle épinière et au cerveau.

Système nerveux périphérique : Partie du système nerveux, formées de ganglions et de nerfs, qui fait circuler l'information entre les organes et le système nerveux central, et réalise

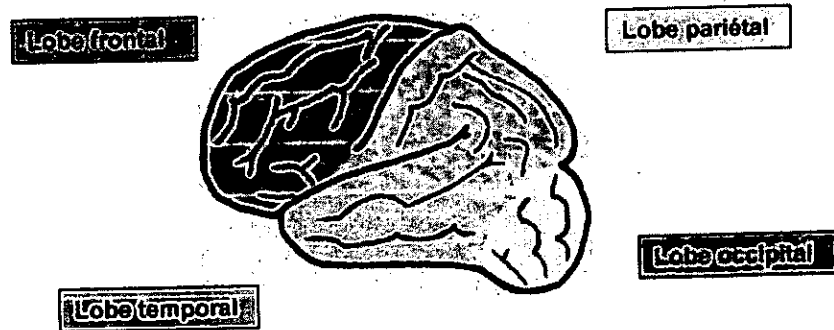
les commandes motrices. Il comprend le système nerveux somatique (tonus et contraction des muscles du squelette), et le système nerveux autonome (fonctions organiques internes).

Tumeurs : Formation anormale due à la prolifération de cellules qui forment un tissu nouveau. Une tumeur peut être bénigne ou maligne.

ANNEXES

ANNEXE I : HÉMISPÈRE CÉRÉBRAL


Les différentes régions (lobes) du cerveau : vue latérale externe gauche



ANNEXE II : LE MINI MENTAL STATE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

(TEST MMSE DE DEPISTAGE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER)

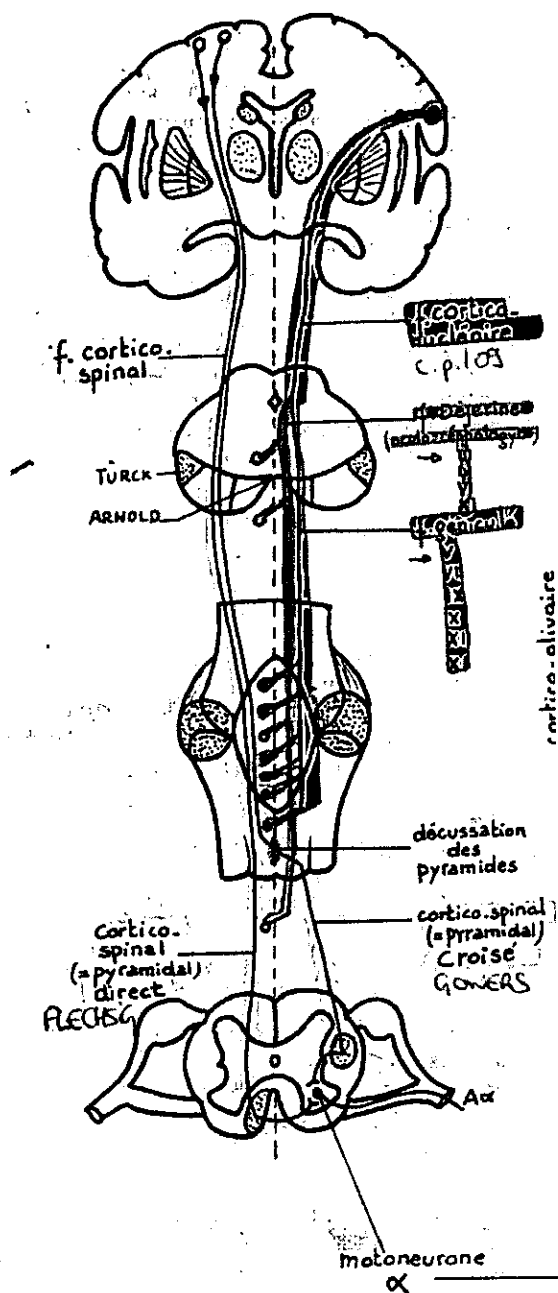
Date et identité du Résidant :	Score Réalisé	Score Maximum
ORIENTATION (Temps)		
En quelle année sommes-nous ?		5
Quelle est la saison ?		
Quel est le mois ?		
Quel est le jour du mois ?		
Quel est le jour de la semaine ?		
ORIENTATION (Lieu)		
Dans quelle ville sommes-nous ?		5
Quelle est le département ?		
Dans quelle région sommes-nous ?		
Si la région a le même nom que le département (exemple : Nord), Demander de citer le pays dans lequel se situe le département.		
Quel est le nom de l'hôpital (ou l'adresse du domicile) ?		
Quelle pièce (ou étage) ?		
MEMOIRE IMMEDIATE (Apprentissage)		
Faire apprendre les trois mots : GICARE, FLEUR, PORTE en précisant qu'ils seront redemandés plus tard. Les faire répéter. Compter 1 point par mot retenu.		3
ATTENTION ET CALCUL		
Compter à rebours en partant de 100, et en retirant 7 à chaque fois : 100 - 7 = ... 93... 86... 79... 65. Compter 1 point par réponse correcte. Même si le résidant a obtenu le score maximal à ce test, lui demander d'épeler le mot "MONDE" à l'envers "EDNOM). Ne pas compter de point.		5
MEMOIRE A COURT TERME (Rappel)		
Demander au résidant de nommer les trois mots appris précédemment. Compter 1 point par réponse correcte.		3
LANGAGE		
Faire nommer un CRAYON et une MONTRE, en montrant les objets. Compter 1 point par réponse correcte.		2
Faire répéter mot à mot la phrase "PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET". Compter 1 point.		1
Faire exécuter l'ordre suivant : "PRENEZ CE PAPIER DANS LA MAIN DROITE, PLIEZ-LE EN DEUX, ET JETEZ-LE PAR TERRE". Compter 1 Point par ordre effectué.		3
Faire lire et exécuter cet ordre écrit : "FERMEZ LES YEUX". Compter 1 point.		1
Faire écrire une phrase comportant au moins 1 sujet et 1 verbe, et ayant un sens (l'orthographe étant indifférentes). Compter 1 point.		1
Faire copier le dessin suivant :  Compter 1 point.		1
TOTAL		30

Score de 25 à 20 : Démence légère

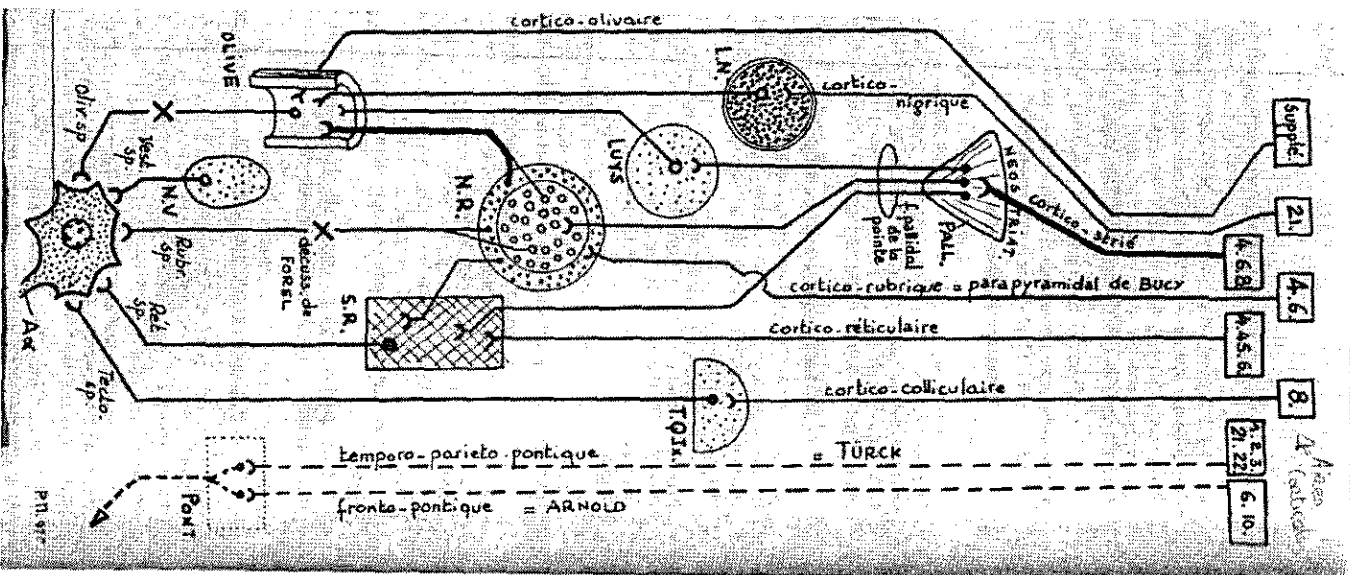
Score de 19 à 11 : Démence modérée

Score de 10 à 0 : Démence sévère

ANNEXE IV : LA VOIE PYRAMIDALE



ANNEXE V : LA VOIE EXTRA-PYRAMIDALE



ANNEXE VI : LA SALLE NEURO-SENSORIELLE



