

CIGALA Elise

2021 - 2022

N° étudiant : 176936



Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de Psychomotricien

DONNER DU SENS AUX SENS

Stimulation basale, démence d'Alzheimer et régulation tonico-émotionnelle... Quels liens ?

Sous la direction de
MANON PASTORE

ISRP MARSEILLE

Hôpital Ste Marguerite – Pavillon 5

270 boulevard de Ste Marguerite

13009 MARSEILLE

CHARTRE DE NON PLAGIAT

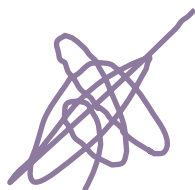
Commune aux travaux universitaires

Je, soussignée CIGALA Elise, étudiante en psychomotricité à l'ISRP Marseille, atteste sur l'honneur que le présent mémoire a été écrit de mes mains, que ce travail est personnel et que toutes les sources d'informations externes et les citations d'auteurs ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur (références en bibliographie du nom de l'auteur, titre d'article, titre d'ouvrage, éditeur, année et lieu d'édition, page, site internet ...)

Je certifie par ailleurs que je n'ai ni contrefait, ni falsifié, ni copié l'œuvre d'autrui afin de la faire passer pour mienne et que toute fausse déclaration entraînerait des sanctions disciplinaires à mon égard.

Fait à Marseille, le 06/05/2022

Signature

A handwritten signature in purple ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

REMERCIEMENTS :

Tout d'abord, je remercie profondément mon directeur d'alternance qui m'a donné ma chance et m'a prouvé sa confiance. Je tiens à dire merci également à tous les résidents de la maison de retraite et notamment Madame A. avec qui tout a commencé puis Madame L. sans qui ce mémoire ne serait jamais né.

A toi, Manon, ma maître de stage & de mémoire. Merci pour ton investissement, tes encouragements, ta bienveillance, ta disponibilité pour ce mémoire. Tu m'as permis de réussir à maintenir mes PEC malgré des contraintes institutionnelles. Un million de merci pour la transmission de ton savoir-faire et de ton savoir-être avec les patients. Tu m'as accueillie les bras ouverts alors que je suis arrivée « comme un cheveu sur la soupe. »

Je tiens à remercier tous les maîtres de stage et professionnels que j'ai rencontrés durant ces trois années. Vous avez enrichi ma formation et vous m'avez permis d'évoluer.

J'étais persuadée que j'allais faire des rencontres incroyables à l'école. Finalement, c'est grâce à l'alternance que je vous ai rencontrées mes super copines. A vous, Magalie, Gaëlle, Chloé, Valérie, Manon, Sandrine... Vous avez rendu mon intégration plus facile. Merci pour vos partages, votre bonne humeur, votre confiance et votre soutien.

A toi, Marion, ma copine depuis la prépa ! On a décroché ce concours ensemble et j'espère, qu'on va remettre le couvert et trinquer à notre diplôme ensemble. Merci pour ton amitié sans failles mais aussi pour tes relectures de mon mémoire.

Je remercie mon frère et mon grand-père d'être là quand il faut. A vous, Maman, Papa, vous m'avez laissée poursuivre mon rêve malgré les sacrifices. Vous m'avez soutenue et encouragée dans de nombreux combats durant ces 3 dernières années et bien plus encore...Merci ! Je souhaite vous rendre fiers en décrochant ce diplôme ! A toi, Maman, qui m'a fait découvrir ce métier en sachant qu'il était fait pour moi. Merci pour m'avoir transmis ta vocation pour les personnes âgées et tes connaissances pour ce mémoire.

Enfin, à toi, Frédéric mon amour ! Sans toi, je ne serais pas là où j'en suis aujourd'hui. Tu n'as jamais douté de moi depuis le début. Toi, qui as supporté mon stress et mes sautes d'humeur tout au long de la rédaction de ce mémoire. Toi, qui m'as suivie dans mon projet jusqu'à Marseille. Toi, qui m'as répété chaque jour depuis 3 ans que je ferais la meilleure des psychomotriciennes. Merci mon amour, merci infiniment...

TABLE DES MATIERES :

REMERCIEMENT	
INTRODUCTION	1
THEORIE.....	3
1. LE VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE DE LA DEMENCE TYPE ALZHEIMER.....	3
1.1. La démence d'Alzheimer : une démence parmi d'autres	3
1.2. Le traitement sensoriel	3
1.3. Le traitement émotionnel	4
1.4. Les troubles psycho-comportementaux.....	5
1.5. Le Syndrome Crépusculaire	6
2. EMOTIONS, TONUS ET REGULATION TONICO-EMOTIONNELLE	6
2.1. Tonus.....	6
2.1.1. Définitions et auteurs.....	6
2.1.2. Les différents types de tonus	7
2.1.3. Le dialogue tonico-émotionnel	8
2.1.4. Réaction tonico-émotionnelle : paratonie	10
2.2. Les émotions et le corps.....	11
2.2.1. Les émotions et les différents systèmes de l'organisme	11
2.2.2. Le cycle des émotions et ses perturbations selon J. Regard.....	12
2.2.3. L'anxiété	12
3. LA STIMULATION BASALE	13
3.1. Concepts et auteurs	13
3.2. La perception et ses différents aspects	14
3.2.1. Vestibulaire	15
3.2.2. Vibratoire.....	15
3.2.3. La perception somatique tactile	16
3.3. Le mouvement.....	17
3.4. Communication et dialogue somatique	17
3.5. Apport de ce concept en psychomotricité avec la personne âgée atteinte de démence Alzheimer.....	18
CLINIQUE	19
1. STRUCTURE ET PSYCHOMOTRICITE.....	19
2. A LA RENCONTRE DE MME L.	19
2.1. Anamnèse.....	19
2.2. Traitements médicamenteux	21
2.3. Bilans généraux.....	21
3. PROJET THERAPEUTIQUE DE MME L.....	22

3.1. Projet de soin en psychomotricité et les objectifs	22
3.2. Bilans pré-prise en charge	23
3.2.1. <i>Test NP-MOT revisité : focus sur le tonus</i>	23
3.2.2. <i>Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger</i>	23
4. MES SEANCES AVEC MME L.....	24
4.1. Enrichir son vécu sensoriel par sa perception	24
4.2. La conscience d’Etre par le mouvement	27
4.3. Mettre des mots sur des maux par la communication	28
4.4. Bilans post-prise en charge	30
4.4.1. <i>Test NP-MOT revisité : focus sur le tonus</i>	30
4.4.2. <i>Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger</i>	31
4.5. Conclusion de la prise en charge.....	32
 DISCUSSION.....	 32
1. STIMULATION BASALE, LA DEMENCE D’ALZHEIMER, REGULATION TONICO-EMOTIONNELLE... QUELS LIENS ?	33
1.1. L’ancrage dans le corps.....	33
1.2. A l’écoute de ses perceptions.....	34
1.3. La prise de conscience d’une émotion qui fait écho dans le corps	35
2. LA RESPIRATION COMME LIANT ENTRE LE SOMATIQUE ET LE PSYCHIQUE.....	37
2.1. La régulation respiratoire	37
2.2. La respiration comme mécanisme de contrôle tonico-émotionnel	38
3. L’APPORT DU TOUCHER CHEZ LA PERSONNE AGEE.....	41
4. INTRODUIRE LA METHODE DE « VALIDATION » PAR N. FEIL EN SEANCE DE PSYCHOMOTRICITE.....	44
4.1. Quelques principes de « Validation »	45
4.2. Les différentes techniques de « Validation »	46
 CONCLUSION	 48
 BIBLIOGRAPHIE
 ANNEXES	 I
 GLOSSAIRE	 XX

*« Les maux du corps sont les
mots de l'âme, ainsi on ne doit
pas chercher à guérir le corps
sans chercher à guérir l'âme. »*

Platon.

INTRODUCTION :

« *Je vais repenser ce soir au bien que vous m'avez fait au corps. Du coup, cela me fait du bien à la tête, elle en a besoin car elle cogite beaucoup. Je me sens plus détendue, j'en avais besoin. Merci.* » Citation de Mme L. lors de notre troisième séance. Mais reprenons depuis le début...

En septembre 2020, je décroche avec joie mon contrat d'alternance en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) puis je réalise que je me plonge pour une durée de deux ans dans l'univers de la personne âgée et des maladies neurodégénératives dont la démence d'Alzheimer. Mon bagage théorique de première année me permet de dire que cette dernière est une maladie neurodégénérative qui entraîne des troubles psycho-comportementaux.

Parmi eux, l'anxiété est un indicateur précoce et significatif de cette maladie. L'anxiété se présente sous trois registres : comportemental, psychique et somatique. Cette dernière impacte directement l'état tonique de la personne et altère ses expériences psychocorporelles. En effet, pour le psychomotricien, les troubles tonico-émotionnels sont le lien entre un dysfonctionnement physiologique et l'expression de la vie émotionnelle du sujet. C'est une prise en charge à la fois rééducationnelle et relationnelle, un aller-retour entre corps-esprit.

C'est pourquoi, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) sur les actes de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Elles visent à la réadaptation émotionnelle et relationnelle dans la vie quotidienne dont l'un des objectifs est de faciliter le relâchement tonique, psychique et l'apaisement émotionnel.

Je m'appuie sur ces recommandations mais je ressens un manque dès le début de mon alternance dans l'abord de ma pratique. Je suis en quête d'une approche porteuse de sens et qui correspond à mes valeurs humaines. Je suis sensibilisée tardivement en école de psychomotricité à l'approche théorique et pratique de la stimulation basale. Cette initiation fait écho en moi et je souhaite me documenter davantage sur le sujet. Je fais la découverte du fondateur Mr. Andreas Frohlich. Au fil des lectures, cela devient une évidence : c'est le chemin que je souhaite emprunter pour étayer ma pratique et construire ma rencontre avec l'autre.

En effet, la stimulation basale est une invitation à être ensemble, l'un avec l'autre. Il n'y a pas de protocole dans l'accompagnement des personnes, elle repose sur la singularité de la personne, son histoire, sa pathologie. Elle naît dans le corps, point d'ancrage, lors des expériences corporelles, sensorielles, émotionnelles et relationnelles où le psychomotricien a une place légitime. Les modifications tonico-émotionnelles mises en jeu chez le sujet sont un recueil d'informations pour celui qui prend le temps d'observer.

Ainsi, la stimulation basale permet de mettre en lumière, avec une aide adaptée du professionnel, la capacité du sujet à se construire lui-même, à travers le monde et l'autre, quel que soit son âge. À l'origine, la stimulation basale a été pensée pour le monde du polyhandicap. Néanmoins, aujourd'hui, elle s'étend également à la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer. L'émancipation de cette approche auprès du sujet âgé est encore très peu représentée par les auteurs.

À travers mon écrit, j'espère découvrir l'impact de l'approche de type stimulation basale auprès de patients atteints de maladies neurodégénératives en complément des autres outils du psychomotricien. Pour cela, je me questionne sur *Comment la stimulation d'inspiration basale en séance de psychomotricité influence-elle la régulation tonico-émotionnelle de la personne âgée souffrant de démence Alzheimer avec anxiété ?*

Dans un premier temps, je vais expliquer dans les grandes lignes les caractéristiques de la démence de type Alzheimer et notamment le traitement sensoriel et émotionnel. Nous aborderons ensuite les troubles psycho-comportementaux et en particulier l'anxiété. Dans un deuxième temps, je ferai le lien entre les états anxieux et les états toniques pour évoquer les troubles tonico-émotionnels. Dans un troisième temps, nous évoquerons le sujet de la stimulation d'inspiration basale et son intérêt dans la prise en charge de cette pathologie. In fine, nous soumettrons cette approche à une femme atteinte de cette démence afin de suivre l'évolution de sa régulation tonico-émotionnelle en lien avec son anxiété lors des séances de psychomotricité.

THEORIE :

1. Le vieillissement pathologique de la démence type Alzheimer

1.1. Définition : une démence parmi d'autres

Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), la démence est un syndrome dû à une affection cérébrale habituellement chronique et progressive, caractérisée par une perturbation des fonctions supérieures. Les signes généraux de la démence sont les : troubles des capacités d'apprentissage, troubles du langage (aphasie), troubles gestuels (apraxie) et troubles mnésiques (amnésie), (Cf. annexe 1 et 2). La maladie d'Alzheimer s'inscrit parmi les différents types de démence. Elle est définie par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2019 :

La maladie d'Alzheimer résulte d'une lente dégénérescence des neurones, débutant au niveau de l'hippocampe (structure essentielle dans le rôle de la mémoire) puis s'étendant au reste du cerveau. Elle est caractérisée par des troubles de la mémoire récente, des fonctions exécutives et de l'orientation dans le temps et l'espace. Le malade perd progressivement ses facultés cognitives et son autonomie. On ne sait pas encore guérir cette maladie mais notre connaissance de ses facteurs de risque et de ses mécanismes évolue de façon spectaculaire depuis quelques années.

Aujourd'hui, la maladie d'Alzheimer est un véritable problème de santé publique. Elle concerne 70% des démences chez le sujet âgé ce qui fait d'elle la plus fréquente. L'INSERM annonce environ 900 000 personnes qui souffrent de la pathologie en France en 2017. La population est de plus en plus vieillissante, cela accroît de façon importante la prévalence de la maladie. Les RBPP de la HAS indiquent les interactions entre la fragilité neurologique, le déficit sensoriel et la perte d'autonomie.

1.2. Le traitement sensoriel

Dans les recommandations portant sur les symptômes psychologiques et comportementaux dans les démences, il est précisé que les symptômes comportementaux ont une origine multifactorielle. Ils peuvent être déterminés par des facteurs propres à la personne, comme les déficits sensoriels, en association avec la maladie.

D'après Kenigsberg, *et al.* (2015), l'apparition des troubles cognitifs impose à la personne démente de développer ses ressentis à travers les expériences sensorielles. Néanmoins, il est difficile pour elle d'intégrer et interpréter pleinement ses sensations. Un déficit sensoriel perturbe la perception de la réalité et entraîne une altération de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Il existe différents types de déficits sensoriels (Cf. annexe 3). Chez la personne âgée, l'isolement et les difficultés émotionnelles comme l'anxiété peuvent amener une privation sensorielle ou inversement.

1.3. Le traitement émotionnel

Plusieurs études (Sullivan, 1953; Bartol, 1979; Ylief, 1984; Coons, 1987; Hiatt, 1987; Lévesque et al., 1990; Gendron, 1991) suggèrent que les gens âgés atteints de déficits cognitifs réagissent à l'environnement humain et demeurent capables de ressentir et de réagir émotionnellement.

Les capacités de traitement de l'information émotionnelle dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer posent questions. En effet, des déficits à percevoir et identifier correctement différentes expressions émotionnelles (joie, colère, tristesse...) ont été fréquemment mis en évidence chez ces patients, et cela, sur différents supports (visages, voix, prosodie, mouvements corporels). Cependant, ces difficultés ne sont pas présentes chez tous les patients et semblent être en relation avec le déficit cognitif global ou avec une altération du traitement de l'information non verbale (décodage perceptif, mémoire visuelle, habiletés praxiques...).

Une étude de thèse en 2013 menée par YK. Koerkamp soulève l'existence d'une atteinte précoce de l'amygdale qui serait un marqueur neuroanatomique à un stade précoce de la maladie. L'amplitude de cette atrophie s'est avérée être un indicateur sensible du niveau général d'atteinte cognitive qui peut expliquer en partie un déficit du traitement émotionnel.

Chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, les perturbations émotionnelles peuvent entraîner de la dépression, de l'anxiété, de l'agressivité. La famille et/ou les soignants doivent tenir compte de l'expression de leurs propres émotions en présence des personnes malades. Les émotions peuvent aussi favoriser la résurgence de souvenirs, favoriser la communication avec l'entourage, renforcer la conscience de Soi.

Il faut aussi tenir compte de la dimension émotionnelle de la personne humaine et de la manière dont la maladie d'Alzheimer altère ou préserve les émotions. L'approche neuropsychologique et l'approche humaniste de la maladie doivent désormais s'associer dans le cadre d'une éthique soucieuse de prendre en compte la personne.

C'est le corps qui parle par signes, et chez la personne âgée ou plus encore chez le dément, le regard expérimenté des professionnels de santé y reconnaît émotions et humeurs comme la tristesse ou l'anxiété, la douleur ou le bien-être. La vulnérabilité ici, et avec elle le désir-envie, peut être lue comme la transparence du psychisme qui irradie en expressions lisibles dans le corps. (E. Kiledjian, 2017, p. 95 à 106)

Ainsi la maladie d'Alzheimer ne se résume pas simplement par la description de troubles cognitifs et de troubles du comportement. Mais pour mieux la comprendre, je vais vous expliquer ce qu'on nomme les troubles psycho-comportementaux.

1.4. Les troubles psycho-comportementaux

Ainsi, nous ne devons jamais épargner de chercher, dans notre façon d'agir et dans l'environnement, ce qui peut avoir également suscité la manifestation de ce comportement. Si on y réfléchit, un trouble du comportement, cela ne dit pas grand-chose... Et surtout cela laisse croire que tout est causé par la maladie. Nous voulons aussi éviter de priver la personne malade de son droit d'avoir des émotions et des besoins, comme tout être humain. Pour cela, nous ne devons pas nous arrêter au comportement qui est, la plupart du temps, l'expression d'un besoin ou d'une émotion. (Poirier et Gil, 2018, p. 173 à 204)

La maladie d'Alzheimer entraîne chez 80% des patients des troubles psycho-comportementaux. Ces derniers seront plus ou moins élevés en fonction du degré de l'évolution de la maladie. L'approche thérapeutique non-médicamenteuse de ces troubles doit être privilégiée en premier lieu et le volet pharmacologique doit venir en seconde intention. Il existe une classification syndromique de quatre groupes de troubles :

- **Psychotiques** : hallucinations, troubles perceptifs, idées délirantes.
- **Comportementaux** : agitation, agressivité, instabilité motrice, compulsions.

- **Trouble des conduites élémentaires** : sommeil et conduites alimentaires.
- **Affectifs et émotionnels** : dépression, apathie, perturbations émotionnelles, exaltation de l'humeur et anxiété.

La fréquence de l'anxiété se situe autour de 48 %, tous stades confondus. Elle peut apparaître bien avant la découverte des signes cognitifs. Durant la maladie, nous avons mis en évidence un syndrome en lien avec l'anxiété.

1.5. Le syndrome crépusculaire

D'après certains auteurs (Cohen-Mansfield, 1986; Evans, 1987; Paiva, 1990; Rindlisbacher et Hopkins, 1991; Vitiello, Bliwise et Prinz, 1992), le syndrome vespéral (ou Sundown syndrome) se définit généralement par une exacerbation du délirium, de l'anxiété, de la peur, de l'agitation, de la colère et de l'agressivité

Les critères de diagnostics des états crépusculaires d'après Rindlisbacher et Hopkins (1991) sont : la présence d'exacerbation des symptômes indiquant une augmentation des altérations. Ces symptômes surviennent le soir et ils impliquent des personnes âgées démentes.

D'après « Le guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée » (2018) de l'HAS, l'anxiété crépusculaire est fréquente et à l'origine de prescriptions inappropriées de psychotropes. Après avoir éliminé une cause somatique ou psychique, ces troubles peuvent être considérés comme un mode de réaction à l'environnement (changement de routine). L'anxiété nécessite la prise en charge psycho-comportementale et environnementale du patient. Si, elle perdure, un traitement ponctuel par antidépresseur sérotoninergique (à faibles doses et progressivement croissantes) peut être proposé. Ce syndrome perturbe grandement la sphère tonico-émotionnelle du sujet.

2. Emotions, tonus et régulation tonico-émotionnelle

2.1. Tonus

2.1.1. Définitions et auteurs

J. Ajuriaguerra (1949) définit le tonus musculaire comme : « la tension permanente et involontaire du muscle sous la dépendance du Système Nerveux Central (SNC) et du Système Nerveux Périphérique (SNP) ».

C'est la réaction/sensibilité du muscle à son propre étirement. Il met en jeu le réflexe myotatique car tout muscle étiré se contracte pour résister à l'étirement (Cf. annexe 4). Le tonus est une fonction psychomotrice fondamentale au carrefour entre le corps et le psychique, entre le somatique et l'émotionnel. Il constitue le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement. Il existe différents types de tonus avec des fonctions psychomotrices différentes.

Pour André, Benavidès, Giromini (2004) : « Le tonus assure la configuration du mouvement, devenant véhicule de l'expression et de la communication corporelle. »

Les caractéristiques de cette tension sont qu'elle est continue, permanente, involontaire (régulé par le système nerveux autonome), variable dans son intensité et gérée/modulée par le système musculaire. Les fonctions du tonus jouent un rôle dans :

- Le maintien des positions antigravitaires et de la posture.
- La constitution de la base de la motricité (volontaire ou non), de l'expressivité, du langage, de la communication non verbale.
- Le soutien de l'éveil, de la vigilance et de la perception.
- La fondation du sentiment d'unité et de la continuité du moi et de l'être dans sa relation au monde.

Lors du vieillissement, E. Aubert et J.M. Albaret, (2005) nous explique que :

Les altérations des fonctions motrices et psychomotrices portent d'une part sur des limitations de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements, mais aussi sur une réduction des capacités de traitement de l'information, concernant principalement l'attention ainsi que les processus de sélection et de programmation de la réponse motrice.

2.1.2. Les différents types de tonus

Le tonus de fond (basal, passif, permanent, tonus résiduel, de repos) est constitué de l'état de légère tension isométrique (sans mouvement) des muscles, involontaire et permanente, même au repos. Il ne disparaît pas non plus au moment du sommeil où il y a une persistance des tensions chroniques profondes. Il est géré par le tronc cérébral et grâce au réflexe myotatique.

C'est le tonus que l'on perçoit via le sens proprioceptif (= perception, consciente ou non, de la position des différentes parties de notre corps). Il permet de se ressentir comme étant délimité, de ressentir notre corps et de pouvoir le différencier des éléments extérieurs. Le tonus de fond alimente donc le sentiment d'unité corporelle : la cohésion corporelle et le sentiment d'être soi. Le tonus de fond constitue une enveloppe tonique.

Cette dernière permet de tenir et de contenir physiquement, mais aussi psychiquement, tel un contenant de l'espace interne, un appui physique à la construction psychique. Sur cette base tonique va émerger le mouvement : il est la base de la gestualité. Il prépare, oriente et soutient le mouvement dans son exécution. En lien avec l'affectivité et les émotions, le tonus de fond détermine aussi l'expressivité des mouvements.

Le tonus postural (ou d'attitude) représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des postures et de leur équilibre. Il permet de lutter contre la pesanteur et de se tenir en équilibre dans une posture stable. Il est lié à la vigilance et à l'éveil. La posture, en latin « *ponere* », veut dire « poser ». Cela représente la disposition des différents segments corporels et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace. Il est sous commande réflexe et volontaire.

M. Jover (2000) dit que « le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. »

Le tonus d'action (ou d'activité, d'expression) est la base de la motricité globale. Il se définit par la contraction musculaire dite phasique, permettant l'action et le mouvement. Tous les degrés de tension d'un muscle sont appelés à participer, directement ou indirectement, à une activité motrice. C'est un principe intentionnel, sous la commande volontaire.

J. Bergers (1963) identifie le tonus comme le « fond sur lequel vient émerger et s'inscrire le mouvement. »

2.1.3. Le dialogue tonico-émotionnel

« Essentiellement fonction d'expression, fonction plastique, les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire. » (H. Wallon, 1930) Je trouve que cette définition courte et succincte est une belle entrée en matière pour mieux comprendre cette notion parfois floue.

En 1930, Wallon décrit pour la première fois la notion de « dialogue tonique », puis en 1977, Ajuriaguerra approfondit cette notion en introduisant le « dialogue tonico-émotionnel. ». Ce dernier le définit comme « le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé et dès le plus jeune âge. »

En effet, pour le bébé, la relation passe par les contacts physiques, portages, bercements, nourrissage qui forment la naissance du dialogue tonique. Ainsi, dès ces premiers échanges, il y a une adaptation réciproque sur les bases de l'ajustement musculaire. Cette modulation est rythmée par l'alternance de tension et de relâchement musculaire. Mais cela est valable pour tous les âges de la vie.

S. Robert Ouvray (1996) a dit : « Depuis la naissance jusqu'à la fin de notre vie, la tonicité est notre baromètre et notre carte d'identité psychocorporelle ». Chaque expérience émotionnelle laisse des traces dans notre tonus. Le tonus musculaire est façonné par le dialogue tonico-émotionnel. Son intégration alimente la mémoire corporelle, base de l'identité psychocorporelle.

Ainsi, en psychomotricité, même en présence de trouble d'origine neurologique tel que la démence, on porte son attention sur le vécu et sa résonnance personnelle pour la personne atteinte. L'examen de la maturation du tonus musculaire est complété par des observations cliniques de l'expression tonico-émotionnelle de la personne. Il nous renseigne sur ce que le patient perçoit de son état tonique et ce qui est perçu par le professionnel. Quelle que soit la prise en charge, le psychomotricien, spécialiste du tonus, instaure ou réinstaure cette fonction essentielle chez son patient.

Le dialogue tonique permet de mettre en lumière comment les désordres émotionnels et affectifs peuvent influencer le développement moteur, sensoriel et cognitif. Le dialogue tonico-émotionnel est à la base de la gestualité, c'est un comportement actif orienté vers l'interaction qui est imprégnée des ressentis et/ou difficultés internes.

A. Saint-Cast (2013) exprime que « L'équilibre tonique dépend de la maturation neurologique, des expériences psychocorporelles et relationnelles, et des apprentissages. »

C'est grâce au dialogue tonico-émotionnel et en s'adaptant au niveau de développement ou de dégénérescence, que le patient peut faire l'expérience d'un nouveau vécu corporel dans une ambiance relationnelle et sécurisante.

Le professionnel se doit d'établir une « éthique dialogique » précise A. Frohlich (2020), c'est-à-dire qu'il doit s'adresser au malade même lorsque le sujet ne semble plus pouvoir répondre. Ainsi, le thérapeute accorde son dialogue corporel à son patient pour qu'il prenne conscience de son corps à travers lui. Sous l'influence de facteurs relationnels, environnementaux et émotionnels, ils existent des réactions tonico-émotionnelles.

2.1.4. Les réactions tonico-émotionnelles : paratonie

Les réactions tonico-émotionnelles sont la modification de l'attitude générale du sujet. Il en existe trois types : les paratonies, les réactions de prestance et les réactions émotionnelles. Les paratonies font également partie des états toniques de type « hypertonie ». Cette dernière est un tonus de fond trop important qui résulte d'une émotion désagréable telle que l'anxiété ou agréable comme l'excitation. Une hypertonie peut être de type transitoire ou permanente (Cf. annexe 5). Les paratonies font partie des hypertonies permanentes. Ce sont des anomalies du tonus de fond qui entraînent :

- Une impossibilité à réaliser sur commande la résolution musculaire,
- Une incapacité de décontraction volontaire,
- Une incapacité à la « passivité » tonico-motrice.

On la repère facilement lors de l'examen des mobilisations passives car, plus la personne cherche à vaincre cette hypertonie, plus la contracture s'intensifie. Elle peut se retrouver en situation de repos ou d'action. Il y a un freinage global, souvent associé à une attitude en flexion.

On retrouve les paratonies dans le cadre de la démence chez le sujet âgé. Le degré de résistance varie selon la vitesse du mouvement. Plus le mouvement est lent plus la résistance est faible et inversement. La paratonie s'intensifie avec la progression de la démence. Ce trouble du tonus est sans grande signification sur le plan pathologique et perturbe rarement le sujet. Il constitue un élément indicateur d'une mauvaise régulation tonique. Il peut être associé à d'autres troubles du tonus (syncinésies/crampes) ou à des manifestations somatiques d'une émotion telles que l'angoisse.

2.2. Les émotions et le corps

2.2.1. Les émotions dans les différents systèmes de l'organisme

L'émotion est définie comme un mouvement affectif soudain et bref, en réaction à un événement, une interaction humaine ou une pensée, accompagné de changements physiologiques (cœur, tension, relâchement, pouls, respiration, température, ...).

En effet, le corps est le support d'expression de nos émotions. Nos sensations passent par notre corps avant d'être décryptées par notre cerveau comme émotion. Les signes corporels propres à chaque émotion peuvent varier d'un individu à l'autre. Les émotions donnent de la saveur à ce que nous vivons !

Le siège de nos émotions se trouve dans le système limbique qui est en lien direct avec l'hypothalamus qui régule et contrôle nos émotions. La localisation stratégique de l'hypothalamus lui permet également d'être en relation avec le cortex (siège de la pensée) et de commander tous nos muscles au-dessus de la moelle épinière (système nerveux central). A partir de la moelle épinière se trouvent des nerfs qui se ramifient dans tout le reste du corps afin de faire fonctionner nos muscles et d'avoir un feed-back proprioceptif.

Les émotions sont aussi impliquées dans le système nerveux autonome. Il permet inconsciemment la régulation et la coordination des fonctions vitales dans l'organisme avec deux mécanismes :

- **Le système orthosympathique** : augmente les mécanismes de notre corps pour le rendre plus fort et rapide notamment en cas de danger.
- **Le système parasympathique** : diminue les réactions exagérées du corps. Il apaise les réactions tonico-émotionnelles. L'activation du système parasympathique permet la régularisation de la circulation sanguine (vasodilations et vasoconstrictions) afin de ralentir le rythme cardiaque et la fréquence respiratoire. Nous pouvons volontairement contrôler ce système pour calmer des états anxieux.

Les émotions mettent en marche dans un premier temps le système orthosympathique pour accélérer notre corps puis le système parasympathique prend le relai pour ralentir l'organisme naturellement.

2.2.2. Le cycle des émotions et ses perturbations selon J. Regard

J. Regard (2011) explique qu'il existe le cycle naturel des émotions. (Cf. annexe 6). Il débute par un signal interpellé par un de nos sens, une pensée, une émotion ou un souvenir. Ensuite, cette « agression » qui désigne « quelque chose qui m'atteint sans que je ne l'aie cherché » engendre la phase de « tension » qui est une modification du tonus musculaire et du rythme cardio-respiratoire. La « tension » s'accumule puis finit par exploser avec la phase de « décharge ». C'est une période de relâchement qui met fin au cycle avec : ralentissement du rythme cardiaque et respiratoire, une détente musculaire, un réapprovisionnement sanguin, remise en route des fonctions digestives et éliminatoires, retour à une température et vigilance normales.

Lorsque nous ignorons la signification d'une émotion, elle se manifeste de plus en plus sous forme oppressante et désagréable dans le but d'être entendue. Si le cycle d'une émotion dure plusieurs jours, semaines ou mois, c'est une Emotion de Longue Durée (ELD). On retrouve dans les ELD : l'anxiété, l'angoisse, la dépression, le stress qui maintiennent le corps et l'esprit en état d'alerte continue.

Le refoulement de ses ELD peut entraîner des tensions physiques marquées par des douleurs articulaires et musculaires. A cause de la présence constante de l'émotion, le corps doit fabriquer en boucle des hormones dont l'adrénaline qui ne permet pas à l'organisme de récupérer. Le « Cycle naturel de l'émotion » se modifie en « Cycle avorté des émotions de longue durée » la tension persiste jusqu'à l'épuisement. Les états émotionnels réguliers comme ceux-ci entretiennent une tension émotionnelle et physique qui usent notre organisme. Dans le long terme, les ELD peuvent être la porte d'entrée à certaines pathologies.

2.2.3. L'anxiété

L'anxiété fait partie de l'existence humaine et se caractérise par un sentiment de danger imminent avec attitude d'attente entraînant un désarroi plus ou moins profond ; un vécu individuel qui envahit la personne dans ses racines même, difficilement partageable avec autrui, et auxquels nous donnons un caractère de généralité, afin de le mieux camoufler. (Ajuriaguerra, 1974, p.687)

On peut définir l'anxiété comme un état psychique caractérisé par une peur sans objet, une crainte d'un objet imprécis. Elle contient à la fois de la peur et du stress. C'est un état désagréable sans cause précise, l'origine reste facilement repérable. La sémiologie psychomotrice de l'anxiété lors de l'activation du système orthosympathique chronique se caractérise par : des tremblements, une hypertonie diffuse (douleurs musculaires, fléchisseurs, restriction amplitude thoracique), une transpiration froide et des mains moites, une nausée matinale, des douleurs digestives (« nœud à l'estomac »), une dyspnée (type « boule dans la gorge ») et une tachycardie.

A contrario, d'après le dictionnaire médical de l'académie de Médecine (2016), l'angoisse est une sensation physique de constriction et d'oppression qui accompagnent parfois l'anxiété lorsqu'il y a un débordement de la capacité de maîtrise et un retentissement sur la vie psychique du sujet et son comportement.

Qu'il s'agisse d'anxiété ou d'angoisse, même avec la volonté, il est difficile de pouvoir les stopper. Les activités distractives ne durent qu'un court terme avant que les flots de pensées « parasites » ne reviennent. Alors, une autre porte s'ouvre à nous comme solution, celle de la stimulation sensorielle...

3. La stimulation basale

3.1. Concepts et auteurs

L'approche de la stimulation basale est née dans les années 1970 en Allemagne par le fondateur Andréas Frohlich, Docteur en psychologie, spécialisé en pédagogie du handicap. Cette approche est en constante évolution depuis sa création par son auteur et par les progrès en neuroscience, psychologie et neurologie. Andreas Frohlich voulait transformer la « stimulation basale » en termes de « dialogue basale ». Elle soulève l'importance de promouvoir le développement de la personne par sa corporéité dans trois domaines : **la perception, le mouvement et la communication.**

La stimulation basale regroupe des dimensions théoriques, pédagogiques et humanistes. Le terme « basal » traduit le patrimoine sensoriel précoce du sujet et fait référence aux besoins fondamentaux durant le développement du fœtus in utéro. L'aspect théorique de l'approche est de réinvestir ses expériences précoces et évocatrices dans le corps des patients en situation de handicap ou chez les personnes âgées souffrant de maladie neurodégénérative. La finalité est, par la répétition d'expériences corporelles,

d'avoir un espace/temps propice à la rencontre et l'apprentissage durant la vie quotidienne.

Le terme « approche » exprime cette proximité avec le patient. Il n'y a pas de protocole ou de méthode, ni des certitudes, seulement des hypothèses. Il faut mêler un « savoir-faire » et un « savoir-être » pour être authentique et bienveillant dans nos accompagnements envers des personnes en situation de dépendance et de fragilité.

Cette approche demande une formation spécifique même si certaines écoles paramédicales, dont les instituts de formation en psychomotricité, sont sensibilisées. Il existe très peu d'ouvrages français qui retranscrivent la vision de A. Frolich sur la stimulation basale. J'explique essentiellement cette approche à travers mes lectures des auteurs suivants : Concetta Pagano (2020), Thierry Rofidal (2018) ainsi que grâce aux articles du Groupe stimulation basale France et de mon enseignement à l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (ISRP).

3.2. La perception et ses différents aspects

Le chemin de la perception comprend plusieurs aspects : organique, neurophysiologique et émotionnel. La perception est la création de sa propre réalité, significative pour soi. A. Frolich s'appuie sur les travaux de recherche sur la perception de F. Affolter et J. Piaget. Cette théorie distingue deux mondes :

- **Le monde proche** : l'expérience du toucher, de notre corps et l'environnement autour de nous. On peut sentir le monde proche.
- **Le monde lointain** : nous pouvons l'écouter, le regarder, mais non le sentir. On se représente le monde lointain.

Affolter (1991) aborde également « la notion de niche » qui renvoie à la notion de contenance et de sécurité avec un support qui nous entoure (couette, draps, cabane, ...). L'individu perçoit ses limites corporelles. Cette armature permet d'avoir une sécurité de l'arrière-fond et de pouvoir, par l'avant, s'ouvrir au monde.

A partir de ce modèle de perception, A. Frolich a établi plusieurs espaces chez l'individu : l'espace proche (monde accessible et familier) et l'espace lointain (nouvelles expériences). Ils sont à la fois réels et psychiques. Ils s'encastrent lors du développement.

Le buste est l'espace basale/propre où viennent émerger tout le long du développement notre perception et nos mouvements.

L'espace propre de la personne peut être entravé par sa pathologie. Cet espace peut être très limité ou être un refuge entraînant un repli sur soi. Chez les personnes âgées, cette situation est courante lorsqu'elles se rendent compte de la perte de certaines capacités motrices et/ou cognitives. Le professionnel doit alors s'adapter aux compétences préservées de la personne afin de lui proposer une rencontre où elle peut être active.

Les trois perceptions les plus élémentaires du corps humain sont : **vestibulaire, vibratoire et somatique**. Une immobilité prolongée entraîne une hypertonie ou une hypotonie et déconstruit l'image corporelle. Au même titre, une stimulation sensorielle répétitive et permanente ne permet plus de ressentir son corps (privation sensorielle).

Ainsi, il est préférable d'enrichir le répertoire sensoriel des patients par l'intermédiaire de stimuli appartenant à ces trois perceptions. Cela amène le désir d'ouverture au monde.

3.2.1. Vestibulaire

Dès la naissance, le nouveau-né perçoit des sensations vestibulaires lors des bercements et du portage. La stimulation vestibulaire intègre dans son champ l'équilibre, le schéma corporel, la kinesthésie, la proprioception et les variations de rythme. Les organes de perception sont l'oreille interne et le système proprioceptif. Cette stimulation permet de ressentir le corps en lien avec les autres modalités sensorielles. Les objectifs sont notamment la stabilisation posturale et la régulation du tonus musculaire. C'est un canal très apprécié par les patients qui s'expérimente par des balancements, hamac, micromouvement, etc...

3.2.2. Vibratoire

In utéro, le fœtus entend et ressent une variété de bruit telle que les battements cardiaques de la mère. Puis, dès la naissance, le nouveau-né entend et ressent les vibrations de la voix de la maman. Des études observent des phénomènes d'apaisement lors de ces stimulations. Les organes de perception sont les cellules réceptrices de la vibration dans la peau, les tendons, les muscles, les intestins et tout le système osseux.

Les fonctions du système vibratoire sont la structure et stabilité, volume corporel, information sur la longueur des extrémités, mouvement par le lien entre articulations et muscles. Les objectifs sont d'atteindre l'intérieur du corps (os), lier et stabiliser les différentes parties du corps (articulations), faire la transition entre perceptions des vibrations et perceptions auditives.

Pour cela, il existe différents moyens tels que la voix, les vibrations manuelles, les appareils vibratoires, les mouvements en contact avec une résistance, une limite dure. Cette stimulation permet d'habiter et d'écouter son corps afin d'obtenir un sentiment de détente et de bien-être.

3.2.3. La perception somatique tactile

Dès la naissance, le nouveau-né perçoit essentiellement le somatique avec le toucher et les caresses. Les organes de perception sont la peau, les muscles et les articulations. Le sens somesthésique, qui prend en charge le sens classique du toucher, est la sensibilité aux diverses excitations subies par le corps. Il comprend les sensations extéroceptives (chaud, froid, pression, ...), les sensations proprioceptives (musculaires et tendineuses) et les sensations douloureuses. Ainsi, c'est la perception consciente des modifications corporelles.

La stimulation tactile doit être adaptée et ciblée à chaque patient. Le toucher en stimulation basale respecte la loi proximo-distale qui doit partir du segment le plus proche de l'axe du corps (buste) vers les segments les plus éloignés. Il s'agit d'un principe de développement régissant les progrès de la maturation nerveuse.

Le contact est porteur de sens. La peau forme en même temps la frontière avec le monde et notre surface de contact. Il renvoie à plusieurs notions telles que : les limites corporelles, les émotions, l'enveloppement, la sécurité, la chaleur, la protection, la sensibilité, la communication. Il peut également être perçu comme intrusif, agressif, voire douloureux. Il faut donc être attentif aux réactions tonico-émotionnelles de la personne face à notre contact. On doit être clair sur la signification et la qualité de notre toucher transmis.

Le toucher s'expérimente aussi via l'objet qui a un rôle important dans la stimulation de l'intégration tactilo-kinesthésique ou sens haptique. En fonction de l'objet, le sujet module sa prise et il régule son tonus. Ainsi, cela permet, petit à petit, de se familiariser

et d'interagir de manière adaptée avec son environnement. Il existe également d'autres perceptions somatiques avec les sens olfactif et gustatif.

3.3.Mouvement

En absence de mouvement, on peut ressentir l'indifférenciation de nos membres, des modifications de taille et de poids, des sensations de morcellement ou bien des difficultés à délimiter notre corps. Ce sont des sensations souvent désagréables, voire algiques. Pour lutter contre cette privation sensorielle, c'est le mouvement qui permet la conscience de son corps et de son unité corporelle. Un contact permanent sur une surface devient vite une fusion des deux parties. C'est pourquoi, le toucher s'accompagne de mouvement. Le corps est en perpétuel mouvement grâce à tous les phénomènes physiologiques comme la respiration. Il est important de s'appuyer dessus lorsque notre patient a des capacités motrices restreintes.

Lorsque le patient présente une hypertonie, on peut lui proposer des pressions sur le corps. En effet, le sens proprioceptif sollicité permet de prendre conscience et de ressentir la contraction musculaire. Il est intéressant de poursuivre avec des micromouvements articulaires pour induire le relâchement tonique et rendre acteur le sujet.

3.4.Communication et dialogue somatique

C'est une communication que l'on utilise au quotidien durant les activités et les soins lorsque les mots sont inaccessibles. Elle permet de créer ensemble des échanges concernant des sujets personnels et essentiels avec la personne. Une communication basale est sensible aux émotions. Le besoin de communication et de relation est vital chez tout être humain. La communication non-verbale est spontanée, elle varie entre des gestes simples à plus complexes selon les possibilités de chacun.

Le professionnel se doit de devenir un expert pour percevoir et comprendre ces signes et de pouvoir y répondre simplement et clairement. L'objectif est de communiquer, de ressentir leurs propres sentiments et de pouvoir les transmettre. Il n'est pas toujours nécessaire de se parler, d'après G. Bateson et J. Ruesch (1951) : « un système de communication s'établit dès lors que deux partenaires comprennent qu'ils sont entrés dans le champ de conscience réciproque. » Il faut savoir dissocier communication et langage. Une personne démente en stade sévère est souvent dans le mutisme, mais dites-moi...*Est-ce pour autant qu'elle ne communique pas ?*

Il y a deux aspects dans la communication : le contenu et la relation. Le message adressé à un interlocuteur sera interprété différemment selon le mode relationnel. Lorsque que le contenu et la relation sont cohérents, le message transmis est clair. Néanmoins, parfois, nous sommes dans un double langage : un langage verbal en contradiction avec l'expression corporelle.

Frohlich parle de dialogue somatique qui se fonde sur la communication par le corps. Elle regroupe par complémentarité les deux aspects de communication ci-dessus. L'investissement tonique égale l'investissement cognitif. Il existe évidemment d'autres canaux de communication (Cf. annexe 7). Le dialogue somatique fait partie intégrante des différents aspects de communication élaborés par A. Frohlich. Le toucher est au centre de cette approche.

Le professionnel possède plusieurs outils dans le dialogue somatique en plus de celui du toucher. En effet, il y a un investissement psychocorporel de la part du soignant que Frohlich nomme « l'attitude basale » avec : une juste proximité, de l'empathie, de la patience, de l'écoute, une disponibilité, ... C'est un cheminement à faire ensemble au même rythme sans dépasser l'autre.

3.5. Apport de ce concept en psychomotricité avec la personne âgée atteinte de démence

A. Frohlich parle de rencontre avec la personne « chez elle », c'est-à-dire là où elle peut s'orienter en fonction d'elle-même et des autres en référence à ses propres expériences. Cet « espace propre » chez la personne âgée démente se trouve limité à cause des difficultés dans les repères tempo-spatiaux, d'équilibre, de force musculaire... Il faut garder à l'esprit que, chaque jour, les personnes atteintes de maladies neurodégénératives doivent rétablir des repères dans leur corps et dans leur environnement.

On retrouve donc des personnes repliées sur elles-mêmes. Il est important de s'adapter aux capacités de perception et d'orientation pour initier la rencontre et rendre acteur l'aîné. Lorsque des troubles du comportement apparaissent, la stimulation basale n'est pas une recette miracle. Mais avant tout, elle consiste à ne pas définir la personne par son trouble, mais comme une personne avec des besoins. Il faut accepter de percevoir, à travers elle, nos incohérences et tenter, derrière chaque comportement perturbateur, de découvrir le sens de sa réaction.

Frohlich (2009) dit : « Essayons de voir la personne telle qu'elle est maintenant et non comme elle devrait être ou comme nous voudrions qu'elle soit ».

Le travail basal signifie notamment que le contact physique constant peut servir à stabiliser le corps et aussi l'émotionnel. Ce contact corporel peut aider à avancer « pas à pas » sans faire de « grands sauts » avec les personnes démentes afin que nos actions soient plus compréhensibles pour ces personnes.

CLINIQUE :

1. Structure et Psychomotricité

Mon alternance se déroule dans un EHPAD. La population accueillie est âgée de plus de 60 ans avec diverses pathologies vieillissantes telles que les maladies neurodégénératives. Il y a des aménagements adaptés comme le secteur protégé, le Pôle d'Activité et de Soin Adapté (PASA) et une salle multisensorielle. Le personnel soignant est composé d'infirmiers, d'aides-soignants, d'une psychologue, de kinésithérapeutes, d'un ergothérapeute, d'une psychomotricienne et de moi-même.

Le directeur est le fondateur des Thérapies Non-Médicamenteuses Personnalisées (TNMP). L'expertise de chaque professionnel de santé, dont celle du psychomotricien avec ses spécificités, est nécessaire pour produire un projet personnalisé adapté au résident. Mes prises en charges sont orientées par le directeur, la psychomotricienne, les aides-soignantes, mes observations cliniques ou par une demande du résident lui-même.

Au niveau du cadre spatiale de mes séances, je ne possède pas de salle de psychomotricité, ni de bureau. Mes suivis s'effectuent dans trois lieux différents selon l'objectif de ma séance et des désirs du patient : la salle snoezelen, le salon commun (partagé avec l'animatrice) ou dans la chambre du résident.

Pour le cadre temporel, mes horaires de séance sont adaptés à chacun de mes suivis et sont modulables en fonction des besoins. Je dispose de mon propre matériel personnel et de celui mis à disposition par ma structure. Je propose des séances groupales et individuelles. Dès à présent, je vous propose de partir à la rencontre de Mme L.

2. A la rencontre de Mme L.

2.1. Anamnèse

Quelques mois après mon arrivée, j'accueille une nouvelle entrante dans l'institution. C'est donc le 11 février 2021 que je fais la connaissance de Madame L. Une dame solaire, coquette et avenante. Elle m'apparaît comme une personne avisée et pleine de sagesse. Elle est croyante catholique. Je remarque que c'est une dame toujours parfumée et soigneuse dans sa tenue vestimentaire avec des couleurs pastel très douce. Madame L. est née le 24 décembre 1929, elle est donc âgée actuellement de 93 ans. Son institutionnalisation fait suite à de nombreuses chutes à son domicile, elle entre pendant quelques mois en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) puis arrive dans notre EHPAD.

Au niveau de sa situation familiale, sa famille est très présente et vient régulièrement lui rendre visite. Elle est séparée de son mari depuis 53 ans avec qui elle a eu une fille et un fils décédé, il y a deux ans. Madame L. possède dans son arbre généalogique 5 petits-enfants et 8 arrière-petits-enfants dont elle parle souvent.

En ce qui concerne son ancienne situation professionnelle, elle tenait un commerce de confiserie et de diététique. C'est un élément important et charnière de sa vie qui revient souvent lors de nos discussions. Ses centres d'intérêts sont, eux aussi, un chapitre de son histoire, à soulever pour mieux rencontrer Madame L. En effet, grâce à sa pratique du yoga pendant 33 ans, elle a développé une attention particulière à son corps. Elle apprécie également la décoration de par son métier (faire des étalages attrayants et colorés) et les voyages, qu'elle a effectués à partir de sa retraite.

Sur le plan médical, elle a été opérée de la cataracte, mais possède une Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) à l'œil gauche. A la suite de ses chutes, Madame L. s'est fait deux fissures qui l'empêchent de marcher, elle est donc en fauteuil roulant manuel standard qu'elle investit lors de nombreuses déambulations. Elle possède quelques appareillages : une paire de lunettes, une prothèse de hanche à droite et une prothèse de genou à gauche.

Quant à son autonomie quotidienne, on classe à l'aide de la grille d'Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources (AGGIR) Madame L. en GIR 2 (Cf. annexe 8). Elle est autonome lors du repas mais elle a besoin d'un professionnel pour la toilette. Les praxies d'habillage/déshabillage sont préservées. Elle maîtrise aisément la locomotion

par le fauteuil roulant, ce qui lui permet de faire les trajets chambre-restaurant-animation de manière indépendante et d'utiliser l'ascenseur.

L'hypothèse diagnostic médical suggère une démence neurodégénérative de type Alzheimer à un stade léger/modéré. Son degré de dépendance et son évolution de la pathologie permettent à Madame L. de rester sur le secteur ouvert pour le moment.

2.2.Traitements médicamenteux

Madame L. possède comme traitement du « ZOLOFT 50 mg Gél » en traitement d'affection de longue durée. Sa posologie est de 1 comprimé tous les soirs à 18h pendant le repas. D'après le Vidal médical, ce médicament fait partie des antidépresseurs et appartient à la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Il est utilisé notamment pour les états dépressifs et/ou certaines manifestations d'anxiétés comme l'anxiété sociale. D'après la base de données publiques des médicaments, des études menées démontrent les effets indésirables de ce traitement tels que l'anxiété, l'agitation, les troubles des mouvements musculaires (raideur, hypertonie, tremblement, ...), des douleurs musculaires et/ou articulaires qui touchent environ 1 adulte sur 10. Les personnes âgées sont généralement plus sensibles aux effets indésirables.

2.3.Bilans généraux

Tout d'abord, il est important de garder à l'esprit qu'une personne âgée est une « éponge émotionnelle » en réaction à son environnement et elle n'est pas imperméable à la frustration d'un échec. Le résultat des tests ci-dessous relève des capacités préservées et diminuées en globalité chez notre patient. Les scores peuvent fluctuer en fonction du contexte et de l'état émotionnel de l'individu le jour de la passation. Ils nous donnent un ordre d'idée et d'importance sur les fonctions psychomotrices à prendre en charge, mais cette trame n'est pas figée dans le marbre.

Le **Mini-Mental State Examination** (MMSE), avec un score de 11/30 (stade modéré entre 10 et 20) chez Mme L., révèle des difficultés importantes en repère visuo-spatial, en visio-construction et en mémoire de travail liées à la démence de type Alzheimer. Les mémoires dites sémantique, épisodique et perceptive semble encore préservées.

Le **test de Benton** révèle un score de 101/113. C'est un score de dégradation, c'est-à-dire que, plus la note est élevée, plus les capacités sont altérées. Cela vient confirmer que

la structuration temporelle est préservée (ordre mois/semaine) mais qu'elle présente mauvaise perception de sa propre temporalité dans ce repère. Elle cite « vous savez ici tous les jours se ressemblent ». Elle pense se trouver encore dans le SSR.

Le **test de l'horloge** selon Rouleau, avec un score de 0/10 (<7 = déficitaire), montre un déclin cognitif important. J'observe des capacités préservées dans les fonctions : coordination œil/main et en capacité attentionnelle. Néanmoins, je note des fonctions déficitaires en : capacité visuo-spatiale, visio-constructive et en capacité de planification. Les notions spatiales haut/bas/devant/derrière sont préservées. Les notions de latéralité droite/gauche sur soi, sur autrui et sur objet sont également maintenus.

L'Examen Géro-nto-Psychomoteur (EGP) est réalisé le 07 octobre 2021 à 16h30, soit 9 mois après son arrivée. Nous savons qu'il faut attendre au minimum 3 mois après une entrée pour faire un test afin de laisser le temps nécessaire à l'individu de s'adapter et de créer ses nouveaux repères. Les capacités motrices de Mme L. ne sont pas suffisantes pour exécuter la partie sur les coordinations statiques/dynamiques.

J'observe lors de mes mobilisations passives une hypertonie de type rigidité avec une anticipation du mouvement. Il y a de la résistance durant mes manipulations. Madame L. exprime des douleurs aux jambes et aux épaules. Je souhaite donc approfondir en finesse mes observations cliniques avec une adaptation du test sur l'évaluation du tonus : la NP-MOT. Vous retrouverez plus tard (Cf. n°3.2.1) mon bilan de pré-prise en charge en lien direct avec ma problématique. Je vous laisse observer en détail la synthèse entière du bilan EGP (Cf. annexe 9).

3. Projet thérapeutique Mme L.

3.1. Projet de soin en psychomotricité et les objectifs

Le projet thérapeutique global du patient est de prévenir les troubles du comportement en lien avec la démence de type Alzheimer par des thérapies non-médicamenteuses personnalisées.

Le motif de consultation en psychomotricité est l'anxiété, d'autant plus que celle-ci est majorée en fin d'après-midi. Le projet thérapeutique en psychomotricité est de diminuer les troubles tonico-émotionnels par l'intermédiaire des stimulations sensorielles inspirées de la stimulation basale. Deux objectifs découlent en lien avec la demande de l'établissement, les RBPP de l'HAS (Cf. annexe 10) et les besoins de ma patiente :

- Enrichir le vécu sensoriel pour favoriser l'analyse des ressentis tonico-émotionnels.
- Retrouver un éprouvé corporel agréable afin de favoriser un relâchement physique et psychique.

3.2. Bilan pré prise en charge

3.2.1. Test NP-MOT revisité : focus sur la partie tonus

Au niveau de son tonus de fond, Mme L. est sur un versant hypertonique de type rigidité. C'est-à-dire que le muscle au repos reste contracté, il n'y a pas de relâchement musculaire volontaire. Lors des manipulations passives, le mouvement est parasité par des paratonies. Ces dernières sont la conséquence d'une mauvaise régulation tonique et/ou le support d'expression d'un état anxieux. On notera globalement des raideurs et des gestes freinés. Il y a donc très peu de mobilité et de ballants au niveau des poignets et des chevilles. On remarquera de fortes décharges toniques dans la main droite durant la manipulation. Mme L. participe et anticipe le mouvement particulièrement à droite également. La verbalisation à plusieurs reprises du niveau de tension ne permet pas le relâchement conscient.

Au niveau de son tonus postural, durant l'épreuve des poussées, Mme L. résiste sans aide ni phénomène de rééquilibration à mes pressions dans le dos, sur le plexus et sur les côtés. Ainsi, elle a un tonus suffisamment adapté pour ne pas subir un effondrement corporel et maintenir la station assise dans un fauteuil roulant standard.

Pour finir, au niveau de son tonus d'action, je remarque un manque de fluidité, des irrégularités et des réalisations partielles concernant les diadococinésies avec des difficultés majorées à la main gauche. Les épreuves relèvent quelques syncinésies bucco-faciales qui sont légères lors d'une tâche à forte concentration et également des syncinésies d'imitations controlatérales de la main gauche lors de l'épreuve des marionnettes de la main droite.

3.2.2. Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger

C'est un questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'anxiété créé par Schweitzer & Paulhan (1990) au laboratoire de Psychologie de la Santé. Ce test permet d'évaluer le niveau d'anxiété sur les dernières semaines écoulées. Il ne permet pas de faire un

diagnostic, mais démontre une estimation ponctuelle pour le professionnel de l'état de son patient.

Le résultat de Mme L. est d'un score de 56 ,5/80 (Cf. annexe 11). Son niveau d'anxiété est qualifié d'élevé, ainsi l'aide d'un professionnel est fortement conseillée. Elle se confie à moi lors du questionnaire : « Je suis heureuse, mais je me sens seule. Je ne suis pas malheureuse, mais j'attends toujours plus. J'ai des pensées qui me perturbent, parfois des choses sans importance, mais aussi des choses difficiles qui reviennent. Je me sens tendue lorsque je pense à mes soucis, j'essaie de penser à autre chose surtout quand je suis seule.»

4. Mes séances avec Mme L.

4.1. Enrichir son vécu sensoriel par sa perception

Tout d'abord, il est important de prendre en compte que le début de la prise en charge de Mme L. remonte quelques mois avant notre première séance. En effet, notre rencontre se crée depuis les premiers jours de son arrivée dans l'institution et continue de se construire encore aujourd'hui. On a élaboré ensemble une fondation solide qui est l'alliance thérapeutique. Puis, grâce à cette juste-proximité, dès les premières séances, je peux proposer à ma patiente de se retrouver en salle multisensorielle. Je remarque rapidement une augmentation de son anxiété aux alentours des 16-17 heures via une forte déambulation, je décide donc de programmer nos séances sur ce créneau horaire.

Pour cela, il faut offrir à Madame L. un cadre espace/temps propice à la rencontre avec soi, l'autre et le monde. A la suite de sa démence, son espace propre devient un lieu « refuge » pour elle et entraîne un isolement qui majore son anxiété. Je souhaite que Mme L. puisse profiter d'un environnement contenant et intime afin de favoriser un espace de vie où elle puisse développer sa perception. C'est pour cela que j'ai opté, avec la salle multisensorielle, pour un environnement excentré du tumulte quotidien de l'établissement et du jugement des autres résidents. D'autant plus que certains peuvent faire des remarques négatives sur les difficultés mnésiques de Mme L. qui impactent sa confiance en elle. Elle me dit souvent « Vous savez, je perds la boule complètement...Ce n'est pas beau la vieillesse. ». Je lui propose alors de prendre le temps de mettre du sens sur ses ressentis à travers des expériences corporelles dans son espace basal et dans son espace lointain.

Pour la notion temporelle, j'explique préalablement à Madame L. le temps et le déroulement de notre séance. Il arrive fréquemment qu'elle veuille vite rentrer chez elle pour retrouver ses enfants car il se fait tard. Lorsque je la prends en séance, en fonction des saisons, il fait déjà nuit et ses angoisses vespérales augmentent. La salle multisensorielle, également très obscure, peut amplifier ce phénomène. Je pense que l'utilisation d'un time-timer serait judicieux par la suite car c'est un support visuel rassurant et accessible pour elle.

Quand elle s'éloigne de l'instant présent, je souhaite qu'elle se raccroche au réel par le biais de son corps. Pour cela, j'utilise la répétition d'expériences corporelles que j'amène avec des dalles sensorielles de différentes matières, des objets vibrants plus ou moins puissants, des balles avec des picots plus ou moins dures, des lumières, de l'eau, de la relaxation, des odeurs, du toucher et de la respiration.

Au début de la séance, notre rituel est d'associer chaque couleur de la colonne à bulle à une émotion puis Mme L. choisit généralement du violet ou du rose qui sont ses couleurs préférées, mais modifiables à sa guise durant la séance. Elle me dit « Le violet, j'ai l'impression qu'il est fait pour moi. Il y a quelque chose qui se passe en moi. Il me fait penser au deuil, mais je l'aime et je le porte. »

Ensuite, elle pose ses mains sur la colonne à bulle et j'alterne l'intensité des vibrations. J'observe généralement un relâchement des épaules et des bras. Je continue l'étayage de la perception vibratoire avec un objet massant vibrant. L'objet est un médiateur, avant le toucher qui est plus intrusif avec un contact peau à peau. Je passe sur tout le corps en respectant la loi proximo-distale et je demande à Mme L. de me décrire les sensations agréables, ou non, selon les parties du corps : « Je ressens comme des vibrations aux pieds, corps, jambes qui font du bien. Les jambes ça va, mais j'ai encore mal aux pieds ».

Mme L. s'éloigne souvent de l'instant présent dans ses pensées parasites où l'anxiété peut surgir. Elle se retrouve désorientée à nouveau et elle souhaite rapidement rentrer chez elle, je la raccroche alors dans le réel par le biais de ses ressentis corporels. Ce jour-là, elle s'est confiée : « Je cherche ce qui m'inquiète, je ne suis pas dans l'instant présent. Je n'ai pas pris le temps aujourd'hui, vous m'avez surpris en m'emmenant ici, je peux le faire. ». Je lui demande : « Faire quoi ? », elle me répond : « Prendre le temps avec vous, je suis bien ici. Qu'est-ce que je peux dire ? Tout est parfait ! »

Je remarque que la stimulation vibratoire permet à Mme L. de s'apaiser plus rapidement après un état anxieux. Je lui laisse manipuler l'objet sur son corps afin de la rendre actrice et de prendre conscience directement de ses modifications tonico-émotionnelles. Ensuite, il m'arrive de continuer la séance en proposant différents types de manipulations avec les mains pour faire vibrer l'ossature de la patiente tels que « l'occultation ». Je la propose seulement sur les cuisses car Mme L. manifeste des douleurs aux épaules.

Je passe ensuite à la perception somatique tactile avec Mme L. J'utilise énormément les pressions avec toute la surface de ma main pour solliciter les sensations proprioceptives. Je souhaite lui faire prendre conscience de son hypertonie pour initier un relâchement. Je verbalise son état de tension et elle me répond : « Des raideurs, il doit y en avoir, mais je ne les calcule pas. Marche ou crève : c'est ma devise ! ».

J'aborde au niveau de la tête les pressions dans la lenteur avec toujours le même temps d'appui et de relâchement. Je remarque alors que Mme L. ferme les yeux et relâche ses paupières ainsi que les muscles faciaux. Je poursuis et je porte mon attention sur sa respiration. Je l'accompagne à diminuer son rythme respiratoire en émettant des pressions sur les épaules simultanément à chaque expiration. Lorsque j'enlève les mains, elle expire longuement et relâche son tronc pour me dire : « Les bras ne demandent qu'à vivre après la séance, je suis plus calme. Le reste du corps est bien, il veut se reposer avec vous encore... Merci pour tout... La lumière, la respiration, je suis bien là, je reviendrais. »

Lors d'une autre séance, j'invite également Madame L. à prendre conscience de son corps à travers les pressions. J'amorce les pressions par les membres supérieurs. Je prends le temps au niveau des épaules, car elles ont tendances à être remontées et contractées. Cette position lui occasionne des douleurs. J'exerce la pression sur une épaule des deux mains vers l'intérieur et vers le bas pour initier un abaissement. Madame L. exprime souvent en pleine séance, qu'elle a beaucoup de chose qui repose sur ses épaules, notamment à sa boutique et que cela la rend anxieuse. J'observe un télescopage entre souvenirs anciens et événements récents. Face à la désorientation, elle ramène au présent des figures et des scènes du passé. Même si la situation est passée, les manifestations tonico-émotionnelles sont présentes.

Ainsi, j'accompagne l'apaisement et je remarque que son avant-bras commence à s'affaler sur l'accoudoir de son fauteuil, ce qui entraîne l'abaissement de l'épaule. Je

poursuis la même chose sur le reste du bras puis sur le membre gauche. Il accède à la détente plus rapidement que le bras droit. J'observe toujours une hypertonie générale mais plus diminuée que lors du début de séance. Je lui propose de s'exprimer sur ses ressentis avant et après les stimulations tactiles. Elle me répond : « Moins fatiguée, bien détendue, je ressens du mou. Je sens la chaleur dans mon corps, et le bon circuit sanguin dans mon bras gauche qui est plus souple que le bras droit qui a quelques légères douleurs. Les deux bras sont plus souples qu'au début, moins raides. »

A la fin de cette séance, avant de me quitter, elle m'avoue « Je vais repenser ce soir au bien que vous m'avez fait au corps et du coup cela me fait du bien à la tête, car elle démarre mal des fois, elle cogite beaucoup, elle en a besoin. Je me sens plus détendue, j'en avais besoin. » C'est à partir de cet échange précisément que mon mémoire est né.

4.2. La conscience d'Etre par le mouvement

En psychomotricité, on nous apprend qu'il faut revenir aux premières manifestations de vie qui se font à travers le mouvement, qui naît du plaisir et qui repose sur le sourire comme premier organisateur. J'élabore ainsi mes séances autour du mouvement. Mme L. est en fauteuil roulant, toute fois, elle se déplace de manière autonome car elle déambule. Mais, il n'y pas de sens à ses mouvements, ils sont sans but et parfois algiques. Je souhaite donc que Madame L. retrouve du plaisir dans le mouvement et qu'elle puisse accéder à un apaisement physique et psychique. Être en mouvement, c'est se sentir vivant !

En lien avec l'avancée en âge, les paratonies et les raideurs articulaires viennent parasiter les mouvements de Madame L. Lors d'une séance, je lui propose des micromouvements et du contrôle segmentaire. Elle accepte volontiers, car pour elle « Si je relâche le corps, je relâche la tête. » J'adapte tout d'abord ma posture stable et détendue puis également ma voix calme et posée. Je réalise des mouvements passifs sur ma patiente en augmentant peu à peu l'amplitude articulaire. Je prends le temps de verbaliser l'état de tension musculaire que je perçois lors des mobilisations.

Pour aider ma patiente à réguler son tonus, je couple l'exercice avec de la respiration. J'observe moins de participation de sa part et une légère diminution de ses paratonies lorsqu'elle se concentre sur l'élévation et l'abaissement de sa cage thoracique. En effet, à l'expiration de ma patiente, c'est le seul moment où je ressens un relâchement musculaire (donc du poids) entre mes mains.

Le mouvement est qualitativement plus fluide quand Madame L. n'a pas de feed-back visuel sinon elle a tendance à anticiper. Ainsi, je lui propose régulièrement de fermer les yeux si elle le souhaite. Ma patiente se plaint souvent de ses difficultés oculaires. Elle abandonne très vite une activité lorsqu'elle voit mal et elle se retrouve en situation d'échec. Nos séances lui permettent de percevoir différemment son corps par le biais de différents champs sensoriels. Il arrive que spontanément Madame L. me décrive ses ressentis kinesthésiques et proprioceptifs pendant un mouvement.

Puis, je propose un temps de mobilisations actives pour rendre actrice ma patiente. Elle se mobilise dans la lenteur et je la laisse explorer corporellement des mouvements qui sont agréables pour elle. Madame L. sollicite davantage ses membres supérieurs que ses membres inférieurs. Je remarque qu'elle exécute souvent l'enroulement et le redressement de son axe du corps. L'hémicorps droit possède un ballant moindre que l'hémicorps gauche. Je remarque très peu de syncinésie car les mouvements sont lents. A la suite, j'observe un relâchement physique global notable pour sa pathologie. Ma patiente se confie pour la toute première fois pendant une fin de séance sur son envie mictionnelle. *Peut-on supposer que, peut-être, l'état de relâchement a atteint les organes dont le système urinaire ?*

Globalement, Madame L. aime se mouvoir et elle est à l'écoute de son corps. Elle me dit « Le corps est une machine, ce n'est peut-être pas suffisant, mais j'ai fait toute ma vie pas mal de relaxation. Ça me renforce ! ». D'ailleurs, Madame me demande à chaque séance si j'ai fait des études de relaxation car cela la rassure afin de ne pas confier son corps à n'importe qui.

4.3. Mettre des mots sur des maux par la communication

Parmi la dizaine de séances en compagnie de Madame L., il y a eu des hauts et des bas. Ces mauvais jours pour nos patients sont importants à accompagner autant que les bons notamment chez la personne âgée dépressive. Ces jours-là, je n'avais pas l'intention ni la prétention de modifier ses états d'âme. Pour moi, mon rôle était d'accueillir ma patiente en globalité avec ses ressentis à l'instant T : sans jugement, sans intention, simplement dans la validation.

Je voulais donc vous partager un extrait de ces jours-ci. En effet, j'accueille ma patiente avec la même bienveillance et disponibilité que d'habitude. Mais, je la trouve

repliée sur elle-même dans sa chambre devant la télévision. Madame L. souffre d'un état dépressif et anxieux qui altère sa qualité de vie. Aujourd'hui, elle n'a pas la force musculaire ni la motivation de se mouvoir. J'observe une hypertonie axiale et périphérique. Le sourire lumineux qui caractérise Madame L. laisse place à un ruisseau de larmes. Je consacre la séance à un temps de parole nécessaire. Je lui demande comment elle ressent ses émotions dans son corps et elle verbalise : « Je suis un petit peu angoissée. Je suis assez anxieuse, je ressens comme un nœud à l'estomac. J'ai envie de pleurer car je me sens submergée, j'ai envie de me coucher pour ne plus rien entendre. J'ai une retraite passionnante mais débordante ». Je lui demande quelle stratégie elle met en place pour arriver à se relâcher lorsqu'elle se sent anxieuse, elle me répond : « La tête qui cogite encore et toujours, envie de partir. Je m'imagine la salle et les lumières avec vous quand je suis stressée ça me fait du bien, ça m'illumine. » Pour elle, ce jour-là, c'est compliqué et j'accepte.

Pour finir, je vous partage un dernier morceau de séance mouvementé. Il est 15 heures et je vais chercher Madame L. sauf que je ne la vois pas. Je fais plusieurs fois le tour de l'établissement jusqu'à ce que je la retrouve complètement désorientée et paniquée dans les étages. Son corps se manifeste par un recrutement tonique élevé, car son système orthosympathique est activé. Elle éclate en sanglots et relâche instantanément son tonus dans mes bras. J'apparais pour elle comme un repère sûr. Elle m'explique sa mésaventure et je lui propose de rejoindre un environnement familier et contenant pour elle : l'espace multisensoriel.

Elle est encore bouleversée et elle a du mal à trouver ses mots. Je lui propose le jeu de cartes des « Z'émotions » créé par mon projet extra-académique. Je lui cite 21 émotions différentes et parmi elles, Madame L. choisit 5 cartes qui représentent ses émotions actuelles. Je lui demande de les placer de l'émotion la plus intense à la moins intense. Ainsi, nous avons dans l'ordre : je me sens stressée, je suis en colère, je suis inquiète, je suis contrariée et je suis fatiguée.

Ensuite, je lui demande si elle peut m'expliquer comment se manifeste chacune de ses émotions dans son corps. Elle me dit : « Pour le stress, j'ai mal à l'estomac. Pour la colère et l'inquiétude, je suis rapidement tendue et je n'arrive pas à le cacher, il faut que ça sorte. Et la fatigue, je suis plus lente et molle pour faire les choses. »

Après un temps de relaxation, je lui énonce à nouveau les différentes émotions et elle en choisit 4 dans cet ordre d'intensité : je suis surprise, je suis sereine, je suis contente et je suis stressée (Cf. annexe 12). Elle me dit « J'étais surprise de vous voir tout à l'heure dans le couloir, mais je me suis sentie rassurée quand vous êtes venue. Enfin, quelqu'un vient s'occuper de moi, j'ai manqué de ça toute ma vie même de mon mari. Je me sens comprise avec vous, vous savez parfois, c'est une lutte intérieure. Le stress, il en reste toujours un peu. » Notre relation de confiance a permis de mettre des mots sur des maux.

4.4. Bilan post prise en charge

4.4.1. Test NP-MOT revisité : focus sur la partie tonus

Au niveau de son tonus de fond, Mme L. est toujours sur un versant hypertonique axial et périphérique. Lors des manipulations, les paratonies sont présentes mais moins intenses. Il y a une grande diminution de l'anticipation et de la participation pendant le mouvement lorsque je lui demande de se focaliser sur sa respiration. A chaque expiration, je note un relâchement des membres supérieurs notamment sur le membre gauche. Le membre droit se détend plus difficilement car il reste parasité par quelques décharges toniques.

Le ballant des poignets est plus prononcé et Madame L. ne poursuit plus le balancement lorsque je relâche son avant-bras. Les doigts ne sont plus en extensions lors de l'épreuve du ballant. Pour les membres inférieurs, la détente est présente mais plus subtile. Elle est légèrement perceptible lors des ballants de la cheville.

L'épreuve du bras en écharpe est délicate car Mme L. a des douleurs aux épaules notamment à la droite. Néanmoins, j'observe que le coude dépasse légèrement la ligne médiane du corps pour chaque hémicorps. La séance, avant le test, a permis un abaissement de l'épaule, un relâchement et une amélioration de la souplesse. C'est mon hypothèse concernant la diminution de plaintes somatiques lors de l'exercice.

La verbalisation de son état de tension ne permet toujours pas le relâchement mais, le support corporel, tel que la respiration ou le toucher, participe grandement à sa décontraction.

Au niveau de son tonus postural, Mme L. possède toujours un tonus suffisamment adapté pour ne pas subir les conséquences d'un effondrement corporel. Elle résiste aisément sans phénomène de déséquilibre lors de l'épreuve des poussées.

Au niveau de son tonus d'action, lors de l'épreuve des diadococinésies, Madame L. se mobilise de manière plus fluide. Le geste reste irrégulier et partiel notamment pour la main non dominante (gauche). Je ne remarque pas la présence de syncinésie bucco-faciales lors de l'exercice. En revanche, il y a toujours l'existence de syncinésies d'imitation controlatérales de la main gauche lors de l'épreuve des marionnettes de la main dominante.

Entre le bilan pré et post-prise en charge, nous observons essentiellement des améliorations sur le tonus de fond. A mon sens, c'est la clé de voûte pour une régulation tonique harmonieuse. Je n'ai pas centré mes interventions sur le tonus postural, car il est assez harmonieux et fonctionnel chez Mme L., ni sur le tonus d'action car l'âge et la démence ne permettront pas une disparition des syncinésies.

4.4.2. Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger

A la fin de la 8^{ème} séance, je propose à Madame L. de répondre à nouveau au questionnaire d'auto-évaluation du niveau d'anxiété de Spielberger. Il s'est écoulé deux mois entre le bilan initial et celui-ci. Il n'est pas le dernier car je compte poursuivre mes séances avec Madame L. Il est important de rappeler que ce questionnaire ne permet pas de faire un diagnostic, mais démontre une estimation ponctuelle pour le professionnel de l'état de son patient.

Le résultat de Mme L. est un score de 40/80 (Cf. annexe 13), alors que l'on avait un score de 56,5/80 avant la prise en charge. Son niveau d'anxiété est qualifié de modéré. Il est noté que la prise en charge par un professionnel peut être utile pour vivre de manière plus détendue. Les réponses de Mme L. sont plus tranchées que la première fois. Elle a plus de facilité pour s'auto-évaluer et elle le remarque : « Ça va mieux qu'avant le corps, j'ai moins mal à l'estomac. Maintenant je m'analyse parfois. » On peut remarquer que les séances autour de la prise de conscience corporelle influencent sa vie quotidienne.

En comparatif des deux questionnaires, à présent, Mme L. se sent de meilleure humeur avec moins d'agitation. Les épisodes anxieux sont toujours présents mais ils sont moins envahissants psychologiquement et physiquement. Elle se montre confiante mais, je note encore une faible estime d'elle-même.

4.5. Conclusion de la prise en charge

La prise en charge en psychomotricité a offert à madame L. un cadre spatio-temporel sécure pour prendre conscience de ses éprouvés corporels. Je note globalement un apaisement psychique et physique avec une diminution des déambulations au cours de la journée. Les angoisses vespérales sont amoindries après notre séance.

L'hypertonie de fond sur lequel viennent émerger les paratonies est toujours présente, mais elles sont mieux régulées à travers la stimulation d'inspiration basale. Je remarque également une baisse des décharges toniques des membres supérieurs. La mise en lien corporellement et verbalement de ses émotions (notamment l'anxiété) et de ses ressentis corporels ont abouti à une meilleure perception et maîtrise de sa régulation tonico-émotionnelle. Madame L. possède désormais des outils solides pour tenter de s'auto-apaiser à travers son corps lorsque l'anxiété réapparaît.

Néanmoins, la poursuite d'un suivi en psychomotricité reste préférable pour ralentir la dégénérescence de la maladie et ne pas accroître les troubles psycho-comportementaux. Les bienfaits de la séance sont notables à court terme, mais la prise en charge demande une régularité hebdomadaire nécessaire pour favoriser des résultats sur du long terme.

DISCUSSION :

Au fil du temps, en compagnie de ma patiente Madame L., j'ai soulevé un cheminement de réponses à ma problématique. Je n'attendais pas de réponse précise lors de mes propositions, je souhaitais offrir une diversité de supports sensoriels dont elle puisse se saisir et prendre conscience. Toute sa vie, Madame L. a été sensiblement à l'écoute de son corps mais l'avancée de la maladie fragilise l'édifice de sa représentation psychocorporelle.

Dès le début de ma prise en charge, je suis persuadée que ma patiente possède toutes les cartes au fond d'elle, pour réguler ses réactions tonico-émotionnelles face à une situation anxieuse. C. Rogers dit que « Les êtres humains ont la motivation et un potentiel d'auto-guérison. » Néanmoins, il faut lui en offrir l'opportunité. Mon rôle en tant que psychomotricienne était de la guider sur le bon chemin pour parvenir à retrouver ce corps détendu et apaisé d'autrefois. Mais, *comment la stimulation inspiration basale en séance de psychomotricité influence-t-elle la régulation tonico-émotionnelle de la personne âgée souffrant de démence Alzheimer avec anxiété ?*

1. Stimulation basale, la démence d'Alzheimer, régulation tonico-émotionnelle...Quels liens ?

1.1. L'ancrage dans son corps

Mes propositions de stimulation d'inspiration basale ont permis, tout d'abord, à Madame L. de prendre ancrage dans son corps. La stimulation basale commence dès la rencontre en début de séance. Elle se fait dans l'espace propre de ma patiente. Il y a une proximité avec d'une part, une contenance physique lorsque je lui tiens la main, et d'une autre part, une contenance à distance par le regard. A travers, mon attitude basale et mon dialogue tonique, je la rassure.

Pour aider Madame L., il faut avant toute chose diminuer les paratonies du tonus de fond pour accéder à un état de détente. Selon, Bonnie BainBridge Cohen (2002) : « Une tension excessive des muscles entraîne une diminution des retours sensoriels ».

Les pressions exercées sur ma patiente permettent de solliciter le sens proprioceptif. Pour JP. Roll (1994) : « La proprioception est une véritable vision intérieure à qui l'on doit l'émergence, souvent silencieuse, mais très prégnante à la fois, de la conscience de soi, de la corporalité propre à chacun et sans laquelle toute relation au réel devient impossible. »

Elle ressent son corps, ses limites et ses modifications internes lorsqu'elle me dit « Je sens la chaleur dans mon corps, et le bon circuit sanguin ». A la suite, j'obtiens un léger relâchement, un soupir et beaucoup de plaisir chez ma patiente. Pour G. Abraham (1985), les plaisirs sont des réponses positives à des messages provenant des sens, des afférences proprioceptives d'origine musculaire et des afférences intéroceptives prenant naissance dans les viscères.

Les paratonies ne disparaîtront jamais, notamment, quand il s'agit d'une maladie neuro-évolutive. Mais, c'est une réaction tonico-émotionnelle qui peut être perçue puis réguler à travers l'approche de la stimulation basale et par la mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel. Selon Berges, le thérapeute et le sujet partagent quelque chose qui a avoir avec le plaisir. Le plaisir doit être partagé pour émerger de la relation à travers le dialogue tonico-émotionnel.

Madame L. redresse peu à peu son tronc qui est l'axe du corps. A. Bullinger (1998) explique dans ses écrits que l'axe corporelle et son tonus ne sont pas seulement, le point

d'appui organique nécessaire aux fonctions instrumentales, mais qu'ils donnent également lieu à des élaborations psychiques.

Madame L. démontre corporellement son désir d'interaction. Elle quitte son lieu refuge et elle m'échange des regards puis des sourires. Elle s'ouvre au monde et elle est disponible à découvrir son espace proche et lointain. L'ancrage dans son corps est le point de départ. Il faut un temps nécessaire pour accepter la perte et son irréversibilité. Ferrey et Legoues (2008) ont dit que : « Le vieillissement confronte à la perte d'objet, la perte de fonction et la perte de soi. » Madame L. rétablit des repères dans son corps par la stimulation basale. A présent, elle est capable d'emprunter un nouveau chemin à la découverte de ses perceptions.

M. Stambak (1963), nous dit que : « Le tonus joue un rôle prépondérant dans la prise de conscience de soi et dans l'édification et la connaissance du monde et d'autrui ».

1.2. A l'écoute de ses perceptions

L'objectif principal est de promouvoir le développement de la personne par sa corporéité. Si, on laisse une personne seule dans sa chambre, on lui ferme la porte aux sens. Pour A. Montagu (1979) : « L'identité personnelle n'a de substances et de structures que pour autant qu'elle est fondée sur la réalité des sensations du corps. »

Ma patiente s'excuse souvent de ses difficultés physiques (perte de l'audition, perte de la vue, perte de la marche...) et de ses difficultés cognitives (perte de mémoire). De plus, je viens d'apprendre récemment que Mme L. possède une DMLA à l'œil droit en plus de celle à l'œil gauche. Cette nouvelle annonce un risque majeur de perte total de la vue prochainement. La vision est en relation directe avec les modifications sensorielles vestibulaires, tactiles et proprioceptives. La vision périphérique permet de situer le corps dans l'espace et elle est étroitement liée au tonus. Elle participe à l'acquisition posturale, mais dans les situations où celle-ci est altérée cela engendre des difficultés d'ajustements posturaux. En tant que professionnel, je dois m'adapter aussi à ce handicap en me plaçant dans la vision périphérique de ma patiente.

La démence et la sénescence obligent le patient à développer ses sens. La stimulation basale favorise les expériences sensorielles précoces dans le corps avec les capacités actuelles. La personne âgée n'est pas mise en échec lors de ses séances et elle peut réinvestir son corps.

Après, avoir solidifier l'ancrage dans son corps, la stimulation inspiration basale amène chez le sujet âge des perceptions vestibulaires, vibratoires et somatiques qui viennent modifier ses états toniques et ses états psychiques.

Pour amener Madame L. dans l'instant présent, je souhaite qu'elle se raccroche aux réels par le biais de son corps grâce au sens somesthésique. Pour cela, j'utilise la répétition de diverses expériences corporelles. A la suite, elle manipule, elle expérimente, elle verbalise et elle est dans le présent à l'écoute de ses sens. Parfois, des souvenirs d'enfances émergent. Comme cette fois-là, où elle laisse glisser mélancoliquement sa main sur une dalle sensoriel incrustée de billes.

A travers les différents supports, Madame L. étaye ses sens. Les sensations qui vont être transmises au cerveau vont produire des perceptions. Celles-ci sont significatives pour Madame L. Je ne réfute pas ses perceptions, qu'elles soient agréables ou non. J'accompagne néanmoins Madame L. à être dans l'écoute de celles-ci. Je lui demande les manifestations corporelles et émotionnelles qui en découlent. Ce travail permet d'enrichir le vécu sensoriel afin de favoriser l'analyse de ses ressentis tonico-émotionnels.

La manière dont une personne traite les informations sensorielles témoigne de son style relationnel, de la qualité de sa conscience corporelle et de son sentiment de sécurité. Toute altération sensorielle se répercute sur les vécus corporels et émotionnels.

1.3. La prise de conscience d'une émotion qui fait écho dans le corps

Madame L. présente une anxiété, une démence et des troubles tonico-émotionnels. *Mais, quels liens y-a-t-il ?* J'essaye de faire des rapprochements théorico-cliniques pour mieux comprendre ma patiente. Mais, je me questionne...

Est-ce que cette anxiété est une conséquence de la maladie Alzheimer ? Ou est-ce que la nature anxieuse de Madame L. est un facteur de risque qui a participé à l'éclosion de cette pathologie ? Qui de l'œuf ou la poule, c'est le sujet de nombreux articles scientifiques d'aujourd'hui.

Mais, il faut également prendre en compte l'état dépressif de ma patiente et son traitement. En effet, je remarque avec sidération que le traitement contre certains états anxieux et dépressifs possède comme principaux effets secondaires de l'anxiété et des troubles du tonus musculaire. *Alors, est-ce que cette anxiété est, peut-être, une expression*

indésirable du traitement ? Est-ce qu'il y aurait moins de troubles du tonus musculaires sans l'absorption de cet antidépresseur ?...

Je n'aurai probablement jamais toutes les réponses à la nature des éléments sémiologiques psychomoteurs de ma patiente. Il est évidemment inutile d'amener une personne très avancée en âge à faire des examens médicaux contraignants pour si peu de pertinence. En revanche, je sais que, Madame L. a des besoins auxquels ils sont nécessaires de répondre pour favoriser un état de bien-être globale.

Lorsque l'on soigne le lien entre le corps et la psyché, on fait de la thérapie psychomotrice. On est au cœur du métier de psychomotricien. On recherche la détente chez son patient et progressivement, la personne désorientée peut extérioriser et contrôler plus facilement ses émotions. Elle réagit à un état de bien-être par une baisse de tonus, à contrario par un état de malaise avec une augmentation.

J.C. Juhel, (2010), nous explique que : « En apprenant à la personne âgée à maîtriser son état de tension musculaire, soit en situation de repos, soit lors de mouvements, on lui donne aussi un moyen de contrôler ses tensions affectives. »

Lorsqu'on apprend à une personne âgée à mieux se connaître, on l'aide à s'adapter plus facilement à l'environnement. Mais avant, il est impératif que l'individu expérimente ses sens en séance de psychomotricité dans un environnement stable. Lorsque, j'ouvre la salle multisensoriels, Mme L. reconnaît l'espace. Elle verbalise « Oh ! Je suis déjà venue, ce n'est pas la première fois. Et c'était avec vous non ? ». Ma patiente ne me reconnaît pas hors séance mais elle m'a associé à ce lieu, source de plaisir. C'est « cette stabilité du cadre » qui renforce un sentiment de sécurité pour permettre un « lâcher-prise » corporelle et/ou psychique.

Après cette mise en confiance, la personne peut se concentrer sur ses ressentis lors de la prise en charge. Une sensation fait naître une perception, pour faire naître une émotion. Nos sensations internes, telles que le nœud à l'estomac pour Madame L., renseignent sur son anxiété car les émotions sont des informations transmises par le corps. Une émotion est une réaction physiologique à une stimulation.

Pour Madame L., la perception du stimulus, tel que l'objet vibrant et son interprétation par l'amygdale, déclenche la charge de l'émotion : l'apaisement. Une émotion donne de l'énergie qui se traduit par le mouvement corporel et ne dure que quelques minutes. On

note une diminution instantanée de l'épisode anxieux. Je l'observe cliniquement par un relâchement tonique comme réponse corporelle à l'émotion jaillissante.

L'émotion fait écho dans le corps, elle agit comme un vrai guide pour l'organisme. Il y a un retentissement certain de l'état psychique sur l'état physique et inversement. Le psychomotricien, à travers le corps, intervient dans la régulation des émotions. Une émotion qui ne s'exprime pas, s'imprime dans le corps à travers des tensions.

C. Pavot-Lemoine (2018), nous apprend que « Le tonus et la posture sont les bases de la motricité, en même temps que des lieux d'inscription de l'affectivité et des émotions. [...] ce tonus vient impacter « la coloration émotionnelle » de la posture et des mouvements de chacun. »

D'autres types de perceptions, comme la perception somatique tactile, est très appréciée chez Madame L. Ce toucher s'apparente, en quelque sorte, à une technique de relaxation.

La relaxation est un ensemble de technique qui, par le relâchement volontaire et conscient des muscles, se débarrasse des émotions indésirables. La finalité est d'obtenir un état de détente. Elle est un moyen efficace d'établir l'équilibre entre le corps, l'esprit et l'affectivité. En effet, la relaxation **ce n'est pas faire le vide mais, c'est faire le plein !** (V. Defiolles, communication personnelle, avril 2021) A chaque séance, le patient fait le plein de ses ressentis corporels et de ses modifications.

Si, on souhaite parvenir à un état de détente, on s'appuie, entre autres, sur la connaissance de deux propriétés physiologiques : le tonus musculaire et la respiration. Après, vous avoir grandement raconté l'influence du tonus, je vous détaille l'impact de la respiration sur le plan somatique et psychique dès à présent...

2. La respiration comme liant entre le somatique et le psychique.

Après la prise de conscience de ses modifications tonico-émotionnelles, le travail autour de la régulation tonico-émotionnelle prend le relais. Pour cela, la respiration est le meilleur outil possible, à la portée de tous et tout le temps.

2.1. La régulation respiratoire

Tout d'abord, la respiration a deux objectifs : la ventilation et l'échange de gaz O₂ / CO₂ entre l'air et le sang au niveau des alvéoles pulmonaires. Il existe une régulation

respiratoire. Les centres nerveux de contrôle de la respiration se logent dans le tronc cérébral. La respiration au repos consiste à relâcher les muscles inspiratoires et contracter les muscles expiratoires. C'est la fréquence des influx qui modifie le volume courant.

La respiration est un processus automatiquement régulé par des processus neurophysiologiques. La fonction respiratoire est étroitement liée à la fonction cardiaque. Lors du processus de vieillissement, les organes vitaux tels que le cœur et les poumons perdent de leurs vitalités. Ainsi, le sang circule moins bien et les poumons ne sont plus aussi bien oxygénés. On rajoute la perte d'élasticité du tissu pulmonaire qui entraîne des difficultés de réapprovisionnement en oxygène pour les autres organes. Les changements musculosquelettiques occasionnent une inflexibilité de la cage thoracique. Son élévation et son abaissement se retrouvent limités et conduisent à une perturbation du rythme respiratoire.

Alors, l'objectif est de redonner de l'élasticité à ce qui se contracte inutilement. Le rythme est soumis à la volonté de l'individu en lien avec sa charge affective et émotionnelle. La respiration est un allié important dans le réflexe de détente. C'est un phénomène conscient qui repose sur le diaphragme. Il existe différents types de respirations : ventrale ou thoracique. Elles répondent chacune à un besoin physiologique (Cf. annexe 14).

2.2. La respiration comme mécanisme de contrôle tonico-émotionnel

La respiration est un facteur majeur du contrôle tonico-émotionnel. On remarque que la respiration se modifie en fonction des réactions émotionnelles. D'après J. Regard (2011), la respiration et les émotions s'influencent. Dans des états anxieux, la respiration est courte et rapide. Le contrôle de la respiration est un outil pour gérer son stress et contrôler son état émotionnel. Lors d'une émotion très intense, la tension émotive grandit plus rapidement que la tension motrice.

L'influence entre la régulation tonique et les émotions, vues précédemment (Cf. Chap., n°2 p.6), mettent en relief le lien entre les perturbations respiratoires et le vécu affectif. Les difficultés respiratoires se trouvent impactées par d'autres éléments lors de la sénescence. On retrouve les paratonies qui sont des expressions corporelles qui perturbent davantage les possibilités physiologiques de l'organisme. Elles entraînent des troubles métaboliques et psychosomatiques.

La retenue des émotions impacte donc notre tonus et ainsi notre respiration. *Mais la prise de conscience du geste respiratoire ne pourrait-il pas permettre la conscience des tensions musculaires et donc les libérer ?* Comme le dit B. Lesage, (2012) :

Le jeu de la respiration aboutit en fait à une modulation tonique : respirer dans une zone du corps, c'est moduler sa tonicité et l'inclure dans une dynamique d'ensemble, donc l'articuler au sens étymologique du terme, la relier harmonieusement à la globalité. (p.76).

En psychomotricité, l'évaluation de la respiration est alimentée par des observations cliniques. La respiration peut également renseigner sur les possibilités de régulation et de recrutement tonique. Les tests de ballant ou d'extensibilité, pour observer le tonus de fond, peuvent être biaisés par la difficulté à relâcher. Le psychomotricien peut alors, par le biais de son engagement corporel (sa respiration), aider à relâcher. La relation contenante entre le thérapeute et le patient apporte un calme nécessaire lors des exercices respiratoires

La respiration se travaille sous différentes manières comme, par exemple, à travers la méditation relaxation, la cohérence cardiaque ou encore le yoga. Madame L. a toujours pratiqué du yoga. Elle a l'habitude d'inspirer par le nez et d'expirer par la bouche. Elle retrouve dans mes propositions des similitudes avec son ancienne pratique. Pour elle, « tout est respiration. » Le point commun de chaque méthode est de se baser sur la prise de conscience des régions corporelles engagées et la reconnaissance de la dimension émotionnelle. Le psychomotricien aborde les fonctions psychomotrices de la respiration.

Pour ce faire, les exercices respiratoires visent surtout la prise de conscience du souffle à l'intérieur jusqu'à l'extérieur du corps. La respiration est un point de repère, je dirais même le liant entre le somatique et la psyché. Je ne recherche pas l'augmentation de la capacité pulmonaire chez ma patiente mais j'accompagne la personne à prendre conscience de sa propre manière de respirer, dans son amplitude et dans son rythme. Néanmoins, j'influence l'ajustement du rythme et de l'amplitude respiratoires à travers le cadre paisible de l'activité et la contenance de la relation.

Je propose un jeu de carte « Branches tes cerveaux » (2020) de I. Pailleau, M. Caiazzo, et L. Maillet, avec dedans certains exercices sur la respiration (Cf. annexe 15). Je donne à Madame L. une carte avec une nouvelle position à chaque fois. On consacre 2 à 5

minutes sur la répétition du même exercice avant de passer au suivant. Je fais l'exercice en même temps que ma patiente en miroir. Madame L. n'a pas pour consigne de fermer les yeux mais quelques minutes après le début du jeu, elle exprime le besoin de le faire. Elle me parle beaucoup moins durant l'exercice contrairement au moment où je fais des mobilisations passives. J'en déduis que rendre actrice ma patiente lui permet de se focaliser sur l'exercice. La respiration est un point de contrôle dans son corps qui lui permet de ne pas divaguer dans sa pensée.

Pour débiter, j'utilise trois cartes particulièrement. Pour la première, c'est un exercice d'introduction. Il n'y a aucune contrainte. Il faut simplement mettre ses mains sur son ventre et ressentir le gonflement/dégonflement lors de la respiration. Pour la deuxième il faut inspirer profondément, bloquer sa respiration quelques secondes puis expirer profondément. Pour la dernière, c'est le même processus sauf que cette fois-ci on bloque sa respiration un petit temps à la fin de l'expiration.

Ces deux derniers exercices favorisent la prise de conscience de l'étirement des muscles respiratoire en activo-passif. Avant les exercices, je compte chez ma patiente 4 secondes d'inspiration et 5 secondes d'expiration. Après les exercices, toujours sur son rythme naturel, je compte 7 secondes d'inspiration et 7 secondes d'expiration. Je remarque qu'elle a augmenté sa capacité respiratoire en ralentissant son rythme suite aux contraintes des exercices.

Ensuite, je m'attarde sur une carte précise... Il faut poser une main sur l'épaule opposée et inspirer en tournant la tête dans un sens, puis expirer en tournant la tête dans l'autre, puis on répète le processus avec l'autre main. Cette carte aide à prendre conscience de l'élévation et de l'abaissement de la cage thoracique. En effet, à l'inspiration, le diaphragme remonte, la cage thoracique augmente de volume amenant l'élévation de l'épaule. Puis, à l'expiration, le diaphragme descend, la cage thoracique se relâche entraînant cette fois l'abaissement de l'épaule. Je trouve cette carte appropriée pour Madame L. qui présente des douleurs aux épaules et une position toujours en tension au niveau de la ceinture scapulaire.

Cette expérience fait prendre conscience à Madame L. de son état tonique. A chaque passage en expiration, son tonus axial se relâche petit à petit. Sa tête et son tronc s'enroulent légèrement à l'expiration et se redressent à l'inspiration. Je remarque également que son tonus périphérique se détend. Sa main non actrice est pendue dans le

vide et ne repose plus sur l'accoudoir du fauteuil. Le bout de ses doigts n'est plus en flexion de type agrippement. Après un long silence, sans aucune manifestation anxieuse, elle me dit « J'ai senti des choses qui passaient dans mon corps que je souhaite. Je me sens bien, un vrai bien, calme. Les muscles sont plus mous. » Elle n'est plus douloureuse au niveau des épaules et elle n'a plus de sensations désagréables à l'estomac qui témoignaient de son anxiété.

La respiration personnalisée affine les perceptions corporelles. La respiration se modifie en lien avec la baisse de la vigilance et le ralentissement cardiaque. Le contrôle de la respiration dans la lenteur permet le passage du système orthosympathique au système parasympathique afin d'apaiser les états anxieux. C'est la clef de la régulation physiologique et mentale. Ainsi, la respiration apparaît comme un moyen pour harmoniser la répartition du tonus et donc, soutenir le vécu d'un corps unifié et rassemblé. Son lien avec le tonus et les émotions lui donne une dimension communicative. On peut conclure que, la respiration, au même titre que le toucher, est au carrefour entre sensations, mouvements, émotions et relations.

3. L'apport du toucher chez la personne âgée

Avant toute chose, il est important pour moi lorsque je vous parle de « toucher » de faire référence à la notion du « Moi-peau » développée par D. Anzieu. Pour lui, (1985) : « Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile. » (p. 127) C'est un concept clé qui accorde un sens particulier au toucher.

In utéro, la paroi utérine est le support de notre première communication tactile. Les premiers mouvements du fœtus dans le ventre de la mère créent les prémices du dialogue tonico-émotionnel. A. Frohlich parle de la notion « le dialogue somatique » qui est la communication tactile et somatique. Elle se développe chez l'enfant par les mains à travers des expériences sensorielles, motrices et cognitives. Ainsi, l'enfant découvre son corps, celui de l'autre et l'environnement.

Dans la stimulation basale, la communication tactile permet à la personne d'entrer en relation avec son environnement, les objets et de créer des expériences corporelles. Ces expériences permettent un ajustement du mouvement et du toucher. Même si parfois, il y a une finalité en lien avec l'autonomie, il est important de donner du sens à ce que la

personne vit dans son corps. Il faut être prudent à ne pas submerger la personne par un flux verbal pour qu'elle ne soit pas parasitée dans son ressenti sensoriel et corporel.

Il n'existe pas de mode d'emploi sur la qualité d'un toucher qui serait contraire à la proposition de la stimulation basale. Mais il existe un principe de base modulable pour chaque patient, on varie plusieurs paramètres afin de rendre notre toucher qualitatif :

- Le rythme,
- La répétition (augmente l'intégration sensorielle et le sentiment de sécurité),
- L'intensité et la constance : avec des pressions,
- La durée (trop rapide, prendre du temps dans la pression puis dans relâchement),
- La vitesse (privilégier les mouvements lents, étape par étape),
- La surface : ne pas utiliser la pince fine « pouce index »,
- La continuité (ne pas rompre le contact, préserver le sentiment d'unité corporelle),
- La symétrie (privilégier le toucher sur les deux hémicorps en même temps ou un puis l'autre, mais toujours faire les deux côtés),
- La direction (selon le sens, rôle apaisant ou stimulant sur le tonus).

Lorsque je demande à ma patiente, son type de toucher préférentiel, elle me répond : « Je n'aime pas être tripotée mais plutôt touché en douceur, vous voyez ? » La notion de globalité dans le toucher incorpore savoir-faire (la qualité) mais également son approche dans le savoir-être (posture, attitude).

La rencontre avec l'autre se fait à deux, chacun met de soi dans la relation. C'est une notion de résonance, car c'est une compréhension profonde et un ajustement aux ressentis émotionnels, sensoriels et corporels pour mieux vivre la rencontre.

Pour Charpentier, E. (2014), le toucher est un soutien et renforçateur psychocorporel qui est nécessaire dans la préservation de l'enveloppe corporelle, des limites corporelles et dans la communication chez le sujet âgé. Néanmoins, l'image du vieillissement dans notre société contribue à la baisse des contacts tactiles avec nos aînés. A. Montagu écrit :

La perte du contact avec le corps aboutit à la perte du contact avec la réalité. L'identité personnelle n'a pas de substance et de structure que pour autant qu'elle est fondée sur la réalité des sensations du corps. (1979)

Je demande à Madame L. de se concentrer sur différents segments corporels : les bras, le dos, le visage, puis je globalise le corps en évoquant le contour. Ensuite, je fais la même chose avec des pressions. Madame L. est attentive à son corps, cette concentration permet de se le représenter plus facilement. Les pressions sont englobantes et profondes. Je commence toujours les deux mains sur un même côté, puis l'autre, et je finis sur les deux hémicorps simultanément pour unifier le corps de ma patiente. Ce type de toucher est idéal pour s'ajuster l'une à l'autre lors de la rencontre. Les pressions rassemblent toutes les qualités d'un toucher en stimulation basale. Ce rituel, en début de séance, a des vertus pour la suite du déroulement. Mme L. est plus concentrée et engagée corporellement.

Chez le sujet âgé avec ou sans pathologie, suite aux modifications physiques, on remarque un désinvestissement corporel avec une baisse de l'estime de soi. Le toucher du thérapeute permet un nouveau support pour réapprivoiser ce nouveau corps (Deuil de son ancien corps de jeunesse). Ainsi, la personne âgée peut réinvestir son corps comme lieu de plaisir.

Lorsque je saisis la main de Madame L., elle s'excuse souvent de ses mains moites et fripées. Elle est gênée notamment quand je touche sa paume de main. Son regard se fixe sur son membre et sa respiration s'accélère. Il est possible que ma patiente retire d'un mouvement brusque sa main de la mienne. Je remarque une baisse de l'estime d'elle-même envers son corps.

Alors, il m'arrive parfois de lui proposer un massage des mains dans une bassine d'eau. Un état de détente est accessible car elle n'est plus confrontée à ses angoisses de sudation. Son corps redevient source de plaisir et diminue son stress. Je pense que ses mains moites sont directement liées à une surexcitation des glandes sudoripares activées lors d'une forte charge émotionnelle telle que l'anxiété.

Le toucher est la porte d'entrée du dialogue tonique. Le psychomotricien est attentif aux manifestations corporelles (tonus, posture, regard, mimiques, respiration, ...) et aux ressentis (agréable, stressant, douloureux, ...) du sujet. Le toucher met en jeu le dialogue tonique, il peut favoriser une détente physique avec une baisse de l'état tonique et psychique via un apaisement émotionnel. J. Kepner, (1998) dit :

Par le biais du toucher, le thérapeute peut directement montrer la présence d'une tension corporelle ; il peut positionner le patient d'une manière différente pour illustrer des possibilités nouvelles ; il peut directement l'aider à relâcher une retenue musculaire. (p.88.)

Chez Madame L., le toucher participe à mieux percevoir ses états de tension. Lors du contrôle segmentaire, elle prend connaissance des différentes parties du corps douloureuses et contractées. J'initie le relâchement de ma patiente à travers mon tonus relâché et souple. Je l'accompagne dans le mouvement, à plusieurs reprises, jusqu'à ce que je sente la tension céder. Je reste dans une amplitude agréable pour ma patiente.

La personne âgée est ancrée dans le moment présent, elle est disponible dans la relation et à l'écoute de ses ressentis corporels. On observe également une diminution de plainte somatique. J. Kepner (1998) développe aussi l'idée que le toucher s'utilise pour « faciliter le développement du soi corporel d'un patient par le biais de sensation, de la conscience, immédiate, du mouvement et de la posture. » (p.88.)

En effet, je dispose de divers outils qui initient un relâchement tonique permettant d'induire potentiellement un relâchement psychique. *Mais si, ce jour-là, le corps n'est pas suffisant pour réduire l'anxiété...Que puis-je faire pour l'aider ?*

4. Introduire la méthode de « Validation » par N. Feil en séance de psychomotricité avec une personne démente

H. Wallon (1930) dit que « le tonus est l'étoffe de nos émotions ». En effet, je suis consciente que le travail autour du tonus entraîne avec lui un bouleversement émotionnel. C'est à ce moment-là qu'on touche du doigt la régulation tonico-émotionnelle chez le patient. Ma problématique tourne autour de cette thématique. Néanmoins, sur le terrain avec Madame L., je me suis beaucoup questionnée sur ma posture professionnelle face à ce lâcher prise émotionnel émergeant à la suite d'un éprouvé corporel.

Je ne m'attendais pas à un tel degré de confiance de la part de ma patiente. Je ne savais pas non plus comment répondre à ses craintes. Alors, j'ai cherché une méthode pour mieux prendre en charge ses besoins. Je me suis ainsi intéressée à la Validation de Naomi Feil. Celle-ci est une approche humaniste et globale. C'est une méthode de communication pratique qui permet d'instaurer et de maintenir la communication avec

des personnes âgées, désorientées chez lesquelles a été diagnostiqué une démence de type Alzheimer.

Le terme « Valider » est au sens propre de reconnaître, approuver et prendre acte. La Validation utilise l'empathie pour se brancher sur le monde intérieur de l'autre et ainsi construire sa confiance : la confiance entraîne la sécurité, la sécurité amène la force, la force renouvelle chez l'individu la conscience de sa propre valeur et cette conscience réduit le stress.

Quand, ces grands vieillards désorientés trouvent la force, l'amour et le sens de leur valeur dans le présent, quelques-uns ne ressentent plus le besoin de retourner dans le passé. D'autres par contre, choisissent d'y rester. Il n'y a ni règles simples, ni formule unique pour tous, mais tous se sentent mieux quand ils sont validés. (Feil., N. 2018)

En effet, lors de mes séances avec Madame L., je me sens souvent désarmée lorsqu'elle me dit : « Je suis souvent stressée, je dois m'occuper des enfants pendant que mon mari est avec une autre femme. » Des étapes de vie remontent à la surface. N. Feil démontre avec de nombreux travaux que derrière chaque comportement insensé d'un patient se cache une raison sensée. En effet, ses raisons sont toujours liées à leur vie antérieure (facteurs physiques, psychiques et sociaux) et s'expriment également à travers leurs comportements actuels.

Je vous ai souvent parlé de raccrocher Madame L. dans le présent grâce aux ressentis corporels mais le passé resurgit rapidement. Les écrits de Feil m'ont fait accepter et prendre conscience que la maladie soit présente et que parfois la solution est de valider.

4.1. Quelques principes de la « Validation » :

- Nous acceptons qu'ils se trouvent souvent dans une réalité subjective, individuelle et personnelle où ils sont plus jeunes. Nous considérons cela comme une réponse pleine de sagesse, un mécanisme de défense.
- Nous accueillons et encourageons ces émotions et leur expression en tant que professionnel. Aider à exprimer ses émotions peut permettre de résoudre des affaires inachevées de sa vie.

- Nous partageons les sentiments de la personne sans nous préoccuper de la « vérité » factuelle. L'écoute empathique crée la confiance, réduit l'anxiété et restaure le sentiment de dignité.
- Les personnes ont plusieurs niveaux de conscience selon S. Freud (1900). Il n'y a pas de mensonge envers ses personnes désorientées car nous savons qu'à un certain niveau de conscience, elles connaissent la vérité.
- Nous n'avons pas à essayer de changer leurs comportements mais nous essayons de répondre à l'expression de leurs besoins tels qu'elles les expriment.

Tous ces principes sont similaires également à l'approche humaniste de Frohlich. Ils mettent toutes les deux au centre l'individu en tant qu'Etre propre avec des besoins. Il existe les différents stades du développement psychosociale établit par Erikson (Cf. annexe 16) qu'un individu traverse au cours de sa vie. N. Feil s'appuie sur les travaux d'Erikson et rajoute une étape de vie « Résolution versus Végétation : mourir en paix ». Pour elle, les personnes âgées retournent souvent dans leur passé pour résoudre des conflits émotionnels restés en suspens. Elles ne veulent pas mourir avec un si lourd bagage. Pour cela, elles expriment leurs émotions : toutes celles qu'elles n'ont pas su ou pu s'autoriser à exprimer jusqu'alors. Ce processus ne se fait pas d'une façon consciente, c'est un besoin humain profond : mourir en paix.

4.2. Les différentes techniques de « Validation » :

Lors d'une de nos séances mouvementées citée plus haut avec Madame L. (Cf. Chap., 4, n°4.4), j'ai essayé de mettre en pratique cette méthode. Elle m'a raconté que « Tout repose sur moi à la maison, les enfants et au travail. Je suis fatiguée et surmenée. Mon mari ne s'occupe pas de moi ». Les différentes techniques pour valider Madame L. sont :

1. **Se concentrer** : je dois fixer mon attention sur ma respiration pour mettre de côté mes propres émotions et être disponible pour Madame L.
2. **Reformuler** : il faut reprendre les mêmes mots clés et imiter le même ton/cadence de la parole. Je lui dis : « Vous travailliez beaucoup et vous ne preniez pas le temps de vous reposer. Vous étiez donc fatiguée et vous auriez aimé que votre mari s'occupe davantage de vous dans ces moments-là. »
3. **Utiliser la polarité** : il faut amener la personne à imaginer la conséquence la plus extrême de ce dont elle se plaint. Je lui demande « Est-ce donc le pire jour de votre vie Mme L ? »

4. **Imaginer le contraire** : imaginer une situation inverse pour trouver une solution au problème afin de se remémorer des cas similaires où elle se débrouillait seule.
« Y a-t-il des jours où votre mari gardait la maison et les enfants ? Comment cela se passait-il ? »
5. **Faire se souvenir** : « Arriviez-vous à prendre du temps pour vous et vous reposer ? »
6. **Utiliser l'ambiguïté** : lorsque le patient utilise un mot inconnu du dictionnaire, on utilise pour répondre un pronom personnel pour le remplacer afin de continuer à communiquer. Mais, Mme L. possède encore un langage verbal clair et cohérent.
7. **Observer, puis copier les mouvements et les émotions de l'intéressé** : la technique du miroir permet aux intervenants d'entrer dans le monde émotionnel des personnes désorientées, pour instaurer avec elles une relation verbale ou non.
8. **Associer le comportement avec les besoins humains insatisfaits** : un comportement s'associe à un des trois besoins fondamentaux : être aimé, être utile, besoin d'exprimer une forte émotion. Madame L. déambule, ce jour-là, de manière excessive par rapport à d'habitude au point de la retrouver désorientée dans des couloirs. Elle manifestait de l'anxiété qui avait besoin d'être entendu et validé pour s'apaiser.
9. **Identifier et utiliser le sens préféré** : Madame L. est très sensible aux sens visuels et tactiles. Les lumières et la colonne à bulle de la salle multisensorielle sont pour elle des éléments calmants.

La technique de validation prend également en compte : le toucher, la mise en confiance par des mots apaisants et une voix calme, un contact visuel sincère et proche, droit dans les yeux et de la musique.

Il était important pour moi de vous parler de cette technique. A mes yeux, c'est un outil complémentaire et intéressant mais pas assez présent dans la mallette du psychomotricien. Pourtant, c'est un recueil des notions abordées pendant notre formation.

En fin de séance, à la suite de cette réponse via la méthode, Madame L. finit par me dire, avant de passer la porte, « Vous m'apportez la paix. »

André C. (2015), nous rappelle un message, il faut « Toujours se rappeler qu'écouter, c'est donner. Pas seulement des réponses mais de la présence. (...) Ce temps d'écoute préalable donne à nos réponses une authenticité, un poids, et une efficacité accrue. »

CONCLUSION :

Il y a trois ans en arrière, j'ai commencé la construction de mon éthique professionnelle et de ma vision de la psychomotricité... A travers les enseignements, les professionnels, mes stages, mon alternance et ce mémoire : je me suis questionnée, je me suis trompée, j'ai accompagné, j'ai aidé, j'ai appris, pour devenir peu à peu la psychomotricienne que je souhaite refléter.

Durant ma formation, j'ai accordé une grande place aux personnes âgées. Elles ont participé et orienté ma pratique jusqu'à me pousser dans mes retranchements...
Comment vais-je pouvoir aider une patiente anxieuse avec une démence Alzheimer ?
Comment, sur la pente descendante de la vieillesse, puis-je rendre actrice une personne âgée, quand ses capacités d'aujourd'hui, ne seront, peut-être, pas celles de demain ?
Comment lui faire prendre conscience du lien entre son tonus et ses émotions ?

Une porte, parmi des nombreux champs de la psychomotricité, s'ouvre...La stimulation basale ! Les expériences multisensorielles permettent d'enrichir les conduites perceptivo-motrices. Cette intervention est très utile dans le cadre des démences, car elle permet, à travers la détente et le mouvement, une certaine conciliation de ses modes de relation avec elle-même et son environnement.

Cette approche invite le sujet et le thérapeute à entrer dans un dialogue tonico-émotionnel. A travers cette rencontre, mais aussi par le biais de la respiration et du dialogue somatique, on offre au sujet l'occasion d'exprimer ses émotions et de les contrôler à travers sa régulation tonico-émotionnelle. Même si ce type d'intervention ne parvient pas à guérir de la maladie, il participe à un mieux-être. Mais, on peut venir se questionner sur *Est-ce qu'une prise en charge précoce de l'anxiété en psychomotricité, chez les seniors, à travers la relaxation pourrait être un facteur préventif de la maladie d'Alzheimer ?*

... « J'ai souvent pensé à vous. J'ai besoin de vous quand il y a une fatigue ou une angoisse. Je ressens de la tranquillité et de l'apaisement avec vous et le corps va bien. Merci et ce n'est pas pour vous faire plaisir, ça me fait plaisir ! Je me sens très bien ! » (Madame L.)

C'est ainsi que, sur ces dernières paroles, s'achèvent mon mémoire et mes trois années d'études en psychomotricité.

BIBLIOGRAPHIE :

Livres :

- **Albaret, J.M., Scialom, P., et Giromini, F.** (2018). Sémiologie et nosographies psychomotrices : les troubles anxieux. *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Paris : De Boeck Supérieur, p.602-613 et 687.
- **André., C., Jollien., A., et Ricard., M.** (2018). Trois conseils pour une bonne écoute, Christophe. *Trois amis en quête de sagesse*. J'ai Lu.
- **André, T. et Ajuriaguerra, J.** (1949). *Etude sémiologique du tonus musculaire*. Paris : Flammarion.
- **André, P., Benavidès, T., et Giromini, F.** (2004). *Corps et psychiatrie*. Heures De France.
- **Anzieu, D.** (2006). *Le Moi-peau*. (1995), Paris : Dunod. p.127.
- **Aubert, E. et Albaret, J.M.** (2001). *Vieillesse et Psychomotricité*. Paris : De Boeck Supérieur.
- **Bainbridge Cohen, B.** (2002). *Sentir, ressentir et agir : l'anatomie expérimentale du body-mind centering*. Bruxelles : Contredanse.
- **Bateson, G. et Ruesch, J.** (1951). Communication et relation humaine : le contexte dans lequel la communication se produit. *Communication et Société*. Seuil (1988). p.39.
- **Berges, J., et Bounes, M.** (1996). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. (2^e éd). Paris : Masson.
- **Boscaini, F., Hermant, G., et Saint-Cast, A.** (2012). *Évolutions Psychomotrices*. (vol. 24, n°95).

- **Bullinger, A.** (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*. (Tome 51, n°1). Puf. p. 27-35.

- **Charpentier, E.** (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. De Boeck Supérieur et Solal.

- **Feil, N.** (1997). *Validation, mode d'emploi : techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*. Paris : Pradel.

- **Feil, N.** (2018). *Validation, la méthode de Naomi Feil : pour une vieillesse pleine de Sagesse. Aider et accompagner les grands vieillards désorientés*. (4^eéd). Ruel Rueil-Malmaison : Lamarre.

- **Frohlich, A.** (1998). Des problèmes de comportement : stéréotypies, autostimulation et comportement automutilateurs. p. 35-38. La stimulation spécialisée : expérience motrice et mouvement. p.174. *La stimulation Basale*. (trad., SZH/SPC, 2000).

- **Hopkins, R.W., & Rindlisbacher, P.** (1991). The assessment of orientation in dementia: Item content versus item format. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. (vol. 6, n°5).

- **Juhel, J.C.** (2010). Les problèmes psychomoteurs chez la personne âgée. *La psychomotricité au service de la personne âgée ; réfléchir, agir et mieux vivre*. Chronique Social. p.17-49.

- **Juhel, J.C.** (2010). Le vieillissement pathologique. *La psychomotricité au service de la personne âgée ; réfléchir, agir et mieux vivre*. Chronique Social. p.95-105.

- **Joly, F. et Labes, G.** (2010) Le corps comme relation. p. 163-183. De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui. p.185-196. *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Corps, tonus et psychomotricité*. (vol. n°1). Paris : Vernazobres-Grego.

- **Jover, M.** (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. *Le développement psychomoteur du jeune enfant*. Paris : Solal.
- **Kenigsberg, et al.** (2015). *Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : une approche multidisciplinaire*. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. (vol. 13. n°3).
- **Kepner, J.** (1998). *Le corps retrouvé en psychothérapie*, p.88-89. Paris : Retz.
- **Kiledjian, E.** (2017). *Des affects et des désirs dans la maladie d'Alzheimer : jusqu'à la mort accompagner la vie*. (n°128), p. 95-106.
- **Lesage, B.** (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse : Erès (2015). p.76.
- **Montagu, A.** (1979). *La peau et le toucher : un premier langage*. Paris : Seuil. p.11.
- **Pagano, C.** (2020). *La stimulation basale, à l'écoute des personnes en situation de handicap sévères*. Erès.
- **Pavot-Lemoine, C.** (2018). Les théories du développement. *Des bébés et des crèches*. p.69-98. Paris : Dunod.
- **Poirier, N., et Gil, R.** (2018). *Alzheimer : de carpe diem à la neuropsychologie*. p. 173 à 204. Erès.
- **Regard, J.** (2011). *Les émotions : tout simplement !* Eyrolles.
- **Robert-Ouvray, S.** (1993). *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée de Brouwer (2004).
- **Rofidal, T., et Concetta, P.** (2018). *Projet individuel et Stimulation basale : vers une pédagogie de l'accompagnement de la personne en situation de polyhandicap*. Erès.

- **Soufir, B., et Carric, J.C.** (2014). *Lexique : pour le psychomotricien*. Paris : Vernazobres-Grego, Era.
- **Stambak, M.** (1963). *Tonus et psychomotricité dans la première enfance*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- **Wallon, H.** (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris : Flammarion (1978).

Thèse :

- **Koerkamp, Y.K.** (2013). *Atteintes amygdaliennes et troubles émotionnels dans la maladie d'Alzheimer : apport de nouvelles pistes pour le diagnostic*. (thèse de Médecine Humaine et Pathologie, Université de Grenoble).

Sitographie :

- France Alzheimer : <https://www.francealzheimer.org/>
- Groupe Stimulation Basale France : <http://stimulationbasale.fr/V2/>
- HAS : <https://www.has-sante.fr/>
- INSERM : <https://www.inserm.fr/>
- Vidal médical : <https://www.vidal.fr/>

ANNEXES :

ANNEXE 1 : les critères de diagnostic du DSM V

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a. aphasie (perturbation du langage)
 - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

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

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
2. à des affections générales pouvant entraîner une démence
3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

ANNEXE 2 : les différents stades de la maladie d'Alzheimer

• STADE LEGER

Caractérisée par des troubles mnésiques et comportementaux, la phase légère est la première phase de la maladie d'Alzheimer. Elle s'étend sur une période de deux à quatre ans. Des troubles de la mémoire récente ou épisodique sont visibles. Ces troubles mnésiques sont suffisamment importants pour interférer sur le quotidien du patient. Il peut avoir des problèmes dans la gestion de son budget ou dans sa capacité à utiliser les transports. Des troubles du langage et de l'attention sont également des symptômes d'un début d'Alzheimer. La personne peut oublier certains mots ou avoir des difficultés légères à s'exprimer. Les symptômes de la phase légère peuvent parfois être confondus avec une dépression. Conscient de ses difficultés, le patient perd souvent l'intérêt pour des tâches habituelles.

• STADE MODERE

Evoluant sur une période de deux à six ans, la phase modérée présente les symptômes caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. La perte d'autonomie est significative et les troubles mnésiques et comportementaux s'aggravent. Contrairement au stade précédent, le patient nie ou sous-estime ses difficultés. Il perd ses repères spatiaux et temporels. La présence d'un tiers devient vite indispensable pour gérer le quotidien. En effet, le patient ne reconnaît plus les objets usuels. Par conséquent, son environnement peut être une source d'accidents. En terme de communication, le langage se détériore peu à peu. Le patient ne s'exprime plus de façon spontanée et son discours devient incohérent. Au-delà des troubles mnésiques et comportementaux, on peut observer des modifications de la personnalité, une agressivité, une perte d'intérêt ou encore l'anxiété. Le patient commence également à avoir des difficultés à reconnaître ses proches.

• STADE SEVERE

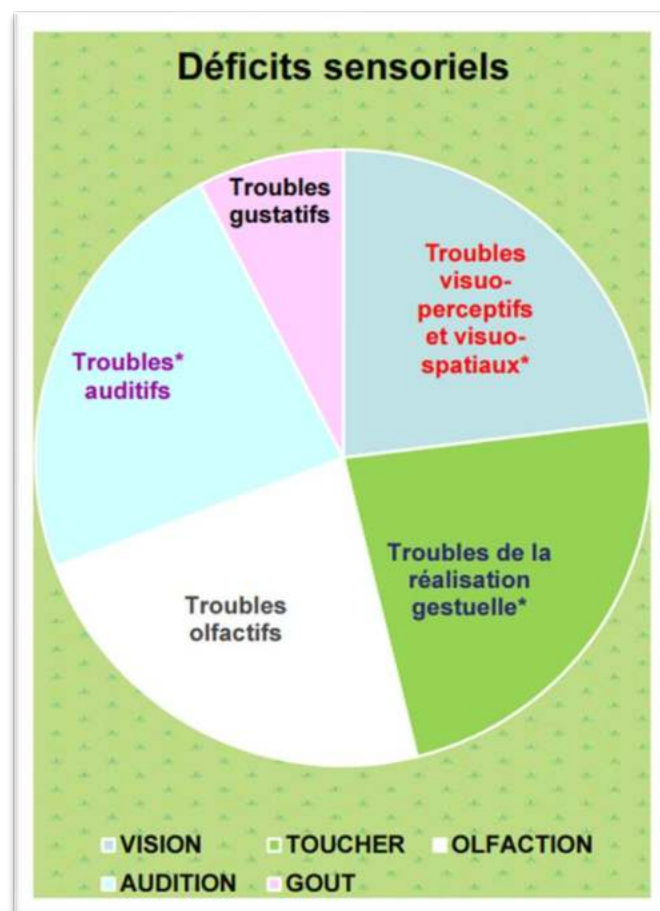
La phase sévère évolue sur deux à quatre ans. Elle est caractérisée par une très grave atteinte de la mémoire. Le phénomène de mémorisation est totalement altéré. Le langage oral et écrit est dégradé de façon majeure, jusqu'au mutisme. La compréhension est quant à elle définitivement altérée. Les troubles physiques sont eux aussi très importants. Le patient a beaucoup de difficultés à se déplacer et tombe fréquemment. A ce stade, le maintien à

domicile devient très compliqué pour l'entourage. Le placement en institution est alors quasiment obligatoire.

- STADE TERMINAL

La phase terminale dure en moyenne deux années. Le patient perd alors toute autonomie. Il ne peut plus communiquer ni se déplacer. L'évolution conduit irrémédiablement le malade vers un état grabataire. Grande fatigue, perte de poids et infections bronchiques entraînent le décès du patient huit à douze ans après le diagnostic de la maladie.

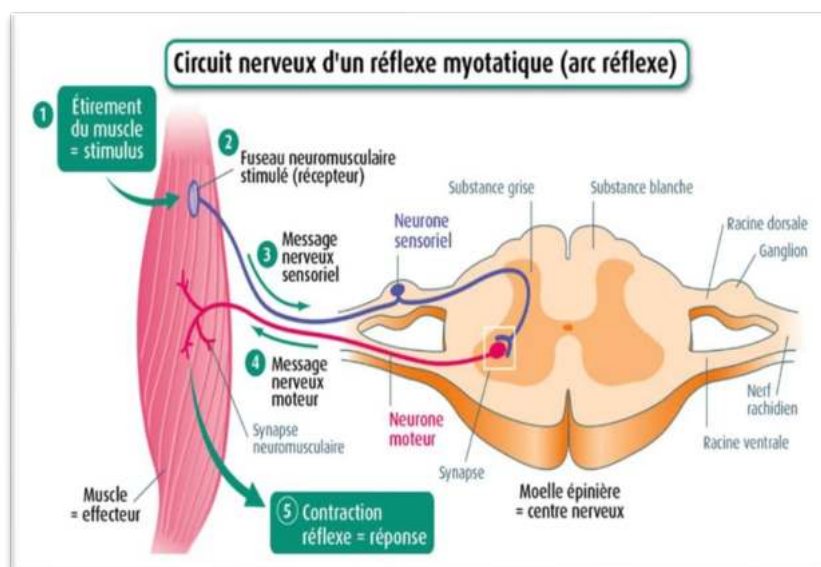
ANNEXE 3: les différents troubles sensoriels



ANNEXE 4 : les aspects neurophysiologiques du tonus

Premièrement, la contraction musculaire : sur le plan neurophysiologique, on définit habituellement le tonus comme « *l'état de tension d'un muscle au repos* ». Même dans un état de relaxation profonde, il reste toujours une certaine tension dans les muscles (tonus basal ou tonus de fond). Ce tonus est sous l'influence du système nerveux central (= cerveau, tronc cérébral, moelle épinière). Sa régulation est inconsciente. Le muscle, constitué de fibres musculaires, se contracte grâce à l'influx nerveux d'un motoneurone dit « alpha ». Son corps cellulaire est situé dans la substance grise de la moelle épinière. Son axone circule dans la corne antérieure de la moelle et se termine sur les fibres musculaires.

Deuxièmement, le réflexe myotatique. C'est un réflexe de contraction musculaire déclenché par un étirement, qui permet à un muscle donné de s'opposer, en se contractant, à son propre étirement et donc de conserver un certain tonus. Un muscle est constitué de plusieurs fibres musculaires dont certaines différenciées : les fuseaux neuromusculaires. Ils sont sensibles à l'étirement et y réagissent en stimulant le neurone sensitif, dit « 1a ». L'influx nerveux circule le long de l'axone à travers la corne postérieure de la moelle épinière où se situe son corps cellulaire. Son axone se termine dans la substance grise de la moelle épinière où il vient se connecter au motoneurone alpha par le biais d'une synapse. L'étirement du muscle et donc du fuseau neuromusculaire vient stimuler le neurone sensitif, qui vient stimuler le motoneurone alpha et ainsi provoquer une contraction musculaire réflexe : le réflexe myotatique.

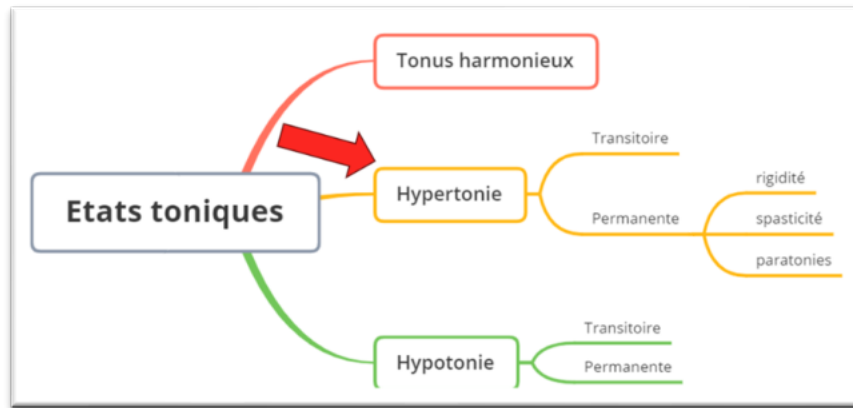


(Lien schéma : <https://www.alloschool.com/assets/documents/course-481/le-reflexe-myotatique-resume-de-cours-1.pdf>)

Troisièmement, le système pyramidal. Il est responsable du contrôle des mouvements volontaires (tonus d'action) et il est composé de neurones qui proviennent du SNC. Ces neurones constituent le faisceau pyramidal. Ils partent de l'aire motrice primaire du cortex, passent par le bulbe rachidien puis par la moelle épinière. Au niveau du bulbe rachidien, une partie de ce faisceau chemine alors dans le côté opposé de la moelle épinière (ME). L'autre partie du faisceau cheminera dans la ME sans avoir décussé et rejoindra la première partie au niveau de l'étage de la ME où les synapses se créeront avec les motoneurones alpha. L'ensemble de ces motoneurones forment le neurone moteur qui mettra alors en mouvement le muscle concerné.

Dernièrement, le système extrapyramidal et la boucle gamma. La boucle gamma vient faciliter ou inhiber le tonus musculaire via le réflexe myotatique. Le système extrapyramidal active ou inhibe cette boucle gamma. Il est donc le système de régulation involontaire du mouvement. Il est à l'origine du maintien de la posture, de la fonction anti-gravitaire (tonus postural) et des réflexes primaires des trois premiers mois de la vie (agrippement, marche automatique...).

ANNEXE 5 : les différents états toniques



LES AUTRES FORMES D'ETATS TONIQUES DE L'HYPERTONIE PERMANENTE :

- **Hypertonie de type rigidité** : augmentation constante et uniforme de la résistance ressentie lors de la mobilisation passive d'un segment de membre, quelle que soit sa direction.
 - N'augmente pas en fonction de la vitesse d'exécution de la mobilisation passive.
 - L'intensité de la rigidité peut être constante : en « tuyau de plomb ».
 - Ou céder par à-coups réguliers lors d'une mobilisation ample : en « roue dentée ».
 - Peut-être généralisée.
- **Hypertonie de type spasticité** : résistance continue lors de l'étirement musculaire.
 - S'accroît avec la vitesse de cet étirement.
 - Le début de la manipulation est marqué par une résistance intense, puis cède brusquement : « lame de canif ».
 - Caractère « élastique » : une fois relâché, le muscle étiré revient progressivement à sa position de départ : position de repos constante.
 - Résistance d'intensité variable.

LES AUTRES FORMES D'ETATS TONIQUES DE L'HYPERTONIE TRANSITOIRE :

- Situation émotionnelle forte (stress, anxiété, joie intense, peur, ...)
- Gros efforts musculaires
- Douleur

AUTRE FORME D'ETAT TONIQUE : L'HYPOTONIE

- Se caractérise par un tonus de fond trop faible,
- Se manifeste lors d'une émotion désagréable : dépression, désespoir, impuissance, détresse...
- Se manifeste lors d'une émotion agréable : détente, tendresse, repos, rencontre avec l'autre, sympathie...

ANNEXE 6 : le cycle naturel des émotions et le cycle avorté des ELD

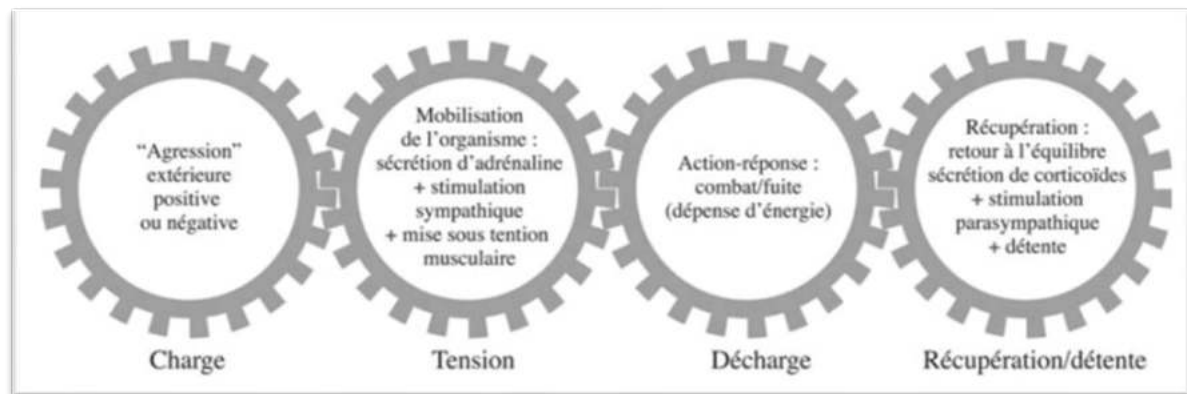


Image du livre Les émotions de J. Regard p.30

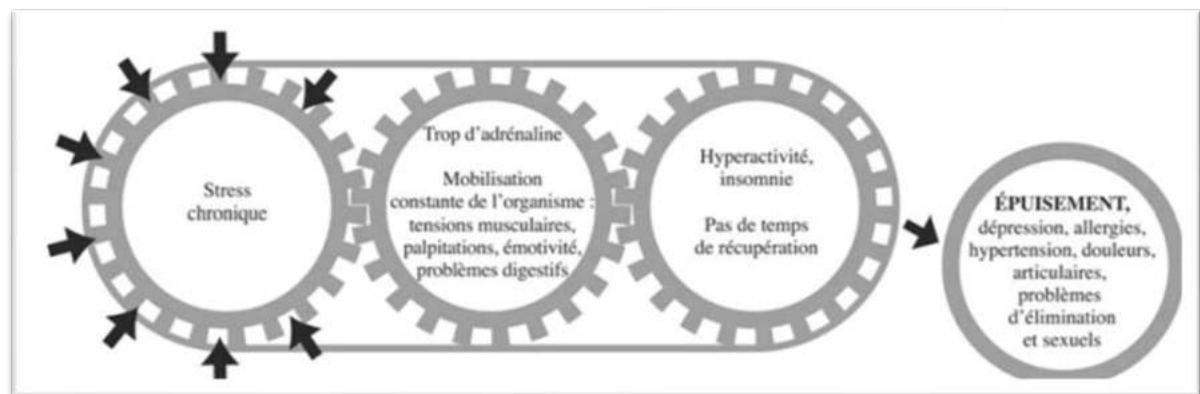


Image du livre Les émotions de J. Regard p.32

ANNEXE 7 : les autres canaux de communication

La communication basée sur le corps de Andréas Frohlich démontre tous les aspects de communication en lien direct avec notre sensorialité et qui est à la base de notre capacité à entrer en relation. Ces aspects sont la communication : visuelle, olfactive, gustative, vibro-acoustique, tactile et somatique (dialogue somatique) puis les signes vitaux.

La communication visuelle a un rôle prépondérant : la communication et la relation. Durant les premiers mois de vie du nouveau-né, les capacités visuelles précoces permettent un échange et une communication visuomotrice dans la construction de la relation affective. Il faut une proximité physique pour communiquer avec le bébé afin d'entrer dans l'interaction par des jeux de regard et par l'accordage acoustique (Stern, 1985).

Les communications olfactives et gustatives sont présentes dès la vie intra-utérine. Nous savons que l'oralité verbale et l'oralité alimentaire se développent simultanément chez le nourrisson. L'oralité verbale se caractérise par toutes les manifestations verbales (babillage, gazouillis, cris, ...) et l'oralité alimentaire (la succion, la déglutition, la diversification alimentaire, ...) se développe par l'exploration et la découverte de la bouche avec les doigts puis les objets. La perception gustative est complétée par la perception olfactive. En effet, certains aliments peuvent entraîner des émotions qui ont un rôle important dans notre mémoire. L'olfaction peut également perturber ou empêcher la communication ou bien elle peut rassurer l'individu. Même si les sphères olfactives et gustatives ne sont pas les plus utilisées, elles fournissent des renseignements sur notre façon d'être ou la nature de nos relations (se parfumer, s'embrasser, manger, ...).

La communications vibro-acoustique se retrouve très tôt in utéro. Elle est étroitement liée avec l'ouïe, les vibrations corporelles peuvent être augmentées par les vocalises. La perception vibratoire est très intéressante afin de ressentir son squelette et de travailler la proprioception. C'est un canal de communication très intense qui doit être judicieusement dosé en fonction de l'objectif du patient. On peut se servir de plusieurs médiateurs tels que les : percussions corporelles, instruments de musiques, objets vibrants.

Les signes vitaux sont les capacités du « corps vivant » à s'exprimer, ils renvoient à la notion de base, « basale ». Ainsi, dès lors qu'une personne est en vie, chaque signe corporel a une valeur d'expression. Elle détermine notre comportement durant la communication. Elle repose sur la variation :

- Du tonus musculaire
- De la respiration
- De la fréquence cardiaque
- De la tension artérielle
- Des mouvements
- Des sécrétions (exemple : transpiration, salivation)

Ainsi, A. Frohlich parle de vivre et de partager une expérience ensemble sans être dans une relation miroir. Pour certaines équipes soignantes, cette approche par la communication, à partir du corporel, peut être difficile à adopter et déstabilisant. Le psychomotricien intervient également à ce moment-là.

ANNEXE 8 : la grille AGGIR

Niveau de GIr	Degrés de dépendance
Gir 1	<ul style="list-style-type: none">• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants• Ou personne en fin de vie
Gir 2	<ul style="list-style-type: none">• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante• Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	<ul style="list-style-type: none">• Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	<ul style="list-style-type: none">• Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage• Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	<ul style="list-style-type: none">• Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	<ul style="list-style-type: none">• Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

ANNEXE 9 : compte-rendu résultats de l'EGP

LES ASPECTS RELATIONNELS ET DE COMMUNICATION (SCORE 5/6)

En ma compagnie lors du bilan, Mme L. se montre disponible et réactive lors de notre échange. Elle est volontaire dans les tâches que je lui propose. Il y a une interaction dans le dialogue et les codes sont respectés entre interlocuteur/locuteur. Elle apprécie le toucher notamment qu'on se prenne la main. Globalement, je remarque une gestuelle et des expressions adaptées. Au niveau de la communication sur le versant expressif (cohérence du discours/fluidité) elle est cohérente et fluide malgré quelques hors sujets. Au niveau du versant réceptif (compréhension consigne) il faut répéter plusieurs fois les consignes. Cela étant principalement lié, à mon sens, à des difficultés auditives.

Dans la vie quotidienne, Mme L. est très solitaire. Elle passe beaucoup de temps dans sa chambre. Lorsqu'elle descend en salle d'animation, elle ne va pas à la rencontre des autres résidents. Néanmoins, si l'animatrice sollicite Mme L., elle accepte volontiers une activité individuelle ou groupale. En groupe, elle reste blagueuse et respectueuse mais fuyante. Elle veut vite repartir et s'agite notamment à partir 16-17 heures.

LES MOBILISATIONS ARTICULAIRES DES MEMBRES SUPERIEURS (SCORE 2,5/6) ET DES MEMBRES INFERIEURS (2,5/6) :

J'observe lors des mobilisations passives une hypertonie de type rigidité avec une anticipation du mouvement. Il y a de la résistance durant mes manipulations. Madame L. exprime des douleurs aux jambes et aux épaules. (Vous trouverez plus de détails de cet item dans le Chap. Clinique à 2.3. Bilans généraux, p.21)

MOTRICITE FINE DES MEMBRES SUPERIEURS (SCORE 5/6), INFERIEURS (4/6) ET PRAXIES (SCORE 4/6)

Les praxies idéomotrices de types symbolique (= geste conventionnel ex : salut militaire) sont intégrées pour Mme L. Les praxies idéomotrices de types pantomime (= exécution de geste sans objet ex : plante un clou) demande plus de concentration pour Mme L. Elle énonce précisément à voix haute toutes les étapes en même temps que ses gestes. Il est difficile également de remettre une séquence dans l'ordre chronologie.

La planification et la visualisation mentale du geste sans l'objet sont compliquées. Pour les praxies idéatoires (= planification/séquençage de geste avec objet ex : couper une feuille

et mettre dans l'enveloppe), elle a plus de facilité avec du matériel réel qu'imaginaire. La mémoire procédurale joue un rôle important dans ses automatismes.

Au niveau de la motricité fine des membres supérieurs, elle réussit correctement le boutonnage et déboutonnage des deux mains. Le pianotage est fluide pour les deux mains mais le mouvement inverse est compliqué notamment pour la main gauche. La pince fine est maîtrisée. Je remarque quelques essais/erreur avant de faire correctement. Je note légèrement une meilleure performance et rapidité de la main droite (main dominante).

Dans l'ensemble, j'observe une bonne dextérité manuelle globale mais quelques difficultés de dissociations digitales.

LA LATERALITE :

La main dominante de Mme L. est sa main droite. Néanmoins, elle me dit qu'elle fait beaucoup de choses de la main gauche. Elle se confie que lorsqu'elle était plus jeune, durant sa scolarité, elle écrivait de la main gauche, mais elle a été forcée d'écrire par ses parents et son institutrice de la main droite. On peut supposer que c'est une « gauchère contrariée. »

LES FONCTIONS EXECUTIVES :

Mme L. a une bonne capacité d'inhibition et d'attention lors d'une tâche. La double tâche est préservée sur des praxies simples et intégrées. Elle est également très attentive aux détails visuels et lors de ses récits (exemple : raconte sa journée en précision). Mme L. a une bonne flexibilité mentale, elle peut épeler le mot monde à l'envers. Je note durant l'épreuve que Mme L. se dévalorise constamment même lorsque la tâche est bien réalisée. Elle abandonne vite face à l'échec et à besoin d'encouragement et de réassurance. La vieillesse fragilise d'autant plus son estime d'elle-même et la confiance en soi.

LA PERCEPTION ET LE RYTHME (SCORE 4/6)

Mme L. a des capacités préservées dans le domaine de la gnosie visuelle (=capacité à reconnaître, identifié visuellement) et la stéréognosie (= capacité à reconnaître, identifier par le toucher). Elle peut me chanter l'air de joyeux anniversaire correctement. Mme L. présente des difficultés de reproduction dans les productions rythmiques avec plus de trois frappes. Elle a quelques difficultés à distinguer les temps courts des temps longs. En ce qui concerne la lecture, son déficit visuel pénalise lourdement Mme L. qui dit « je n'y vois pas clair » malgré différents types de police. Sa DMLA impacte ses résultats au test.

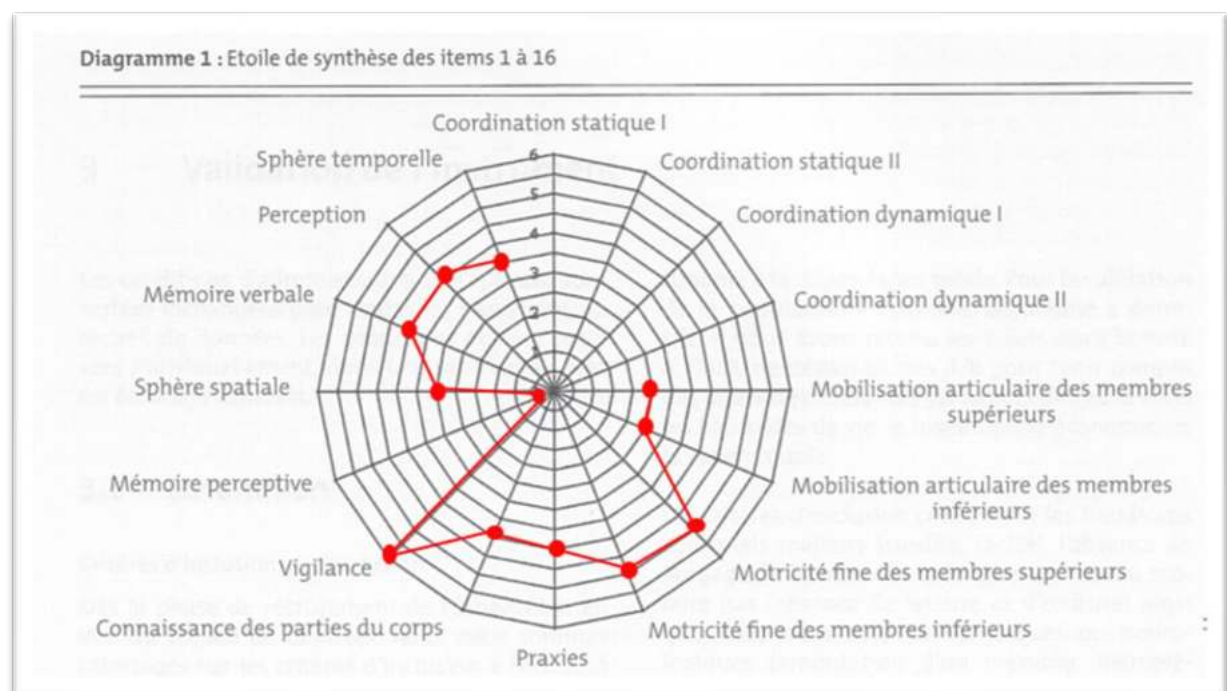
LA SOMATOGNOSIE ET LA PROPRIOCEPTION (SCORE 4/6) :

Mme L. globalement n'a pas de difficulté à montrer et nommer les parties de son corps. Sur des schémas, elle a quelques difficultés à faire un balayage visuel globale. Elle se focalise sur des détails et remarque tardivement les gros éléments manquants par exemple elle ne remarque pas la différence de position (de dos/de face) mais remarque le pied manquant. Lors des imitations de positions, Mme Lair ne rencontre aucun problème et ne se positionne pas en miroir. Néanmoins, lorsqu'il faut reprendre les positions seule, elle est en incapacité de se souvenir sauf de la dernière avec indiçage (la plus récente pour la mémoire). Il n'y a pas de difficulté directe dans la somatognosie mais il y a des répercussions indirectes de ses difficultés visuo-spatiales et de mémoire sur l'exercice.

LA VIGILANCE (SCORE 6/6) : aucune difficulté notable dans ce domaine.

REPERES SPATIAUX (SCORE 3/6) ET LES REPERES TEMPORELS (SCORE 3,5/6) : ils nous donnent les mêmes informations que le MMSE et test de Benton.

MEMOIRE VERBALE (SCORE 4/6) AVEC INDIÇAGE ET LA MEMOIRE PERCEPTIVE (SCORE 0/6) : Je note néanmoins que lors du rappel de position du corps, Madame L. sollicite sa mémoire corporelle.



ANNEXE 10 : les RBPP de l'HAS pour guider ma pratique de psychomotricienne

Les Actes de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (HAS - Janvier 2010) sont la réadaptation émotionnelle et relationnelle en situation de la vie quotidienne. Ils ont pour objectif de :

- Faciliter le relâchement tonique, psychique et l'apaisement émotionnel,
- Solliciter les communications verbales et non-verbales,
- Favoriser les interactions avec l'environnement humain,
- Favoriser l'investissement affectif des activités de base et instrumentales de la vie quotidienne,
- Faciliter l'intégration des outils substitutifs,
- Diminuer les troubles du comportement et de l'humeur,
- Favoriser un vécu de bien-être.

ANNEXE 11 : réponse de l'échelle de Spielberger pré PEC

16/05/22

Anxiété

Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger *

* Schweitzer & Paulhan : *Manuel pour l'inventaire d'Anxiété Trait-État (Forme Y)*. Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Bordeaux II, 1990.

Ce test permet d'évaluer le niveau d'anxiété sur les dernières semaines écoulées. Si vous le repassez dans quelques mois, il sera probablement différent : moins bon si la vie vous a amené plus de soucis, ou meilleur s'il y en a eu moins et/ou si votre démarche de développement personnel porte ses fruits.

Ce test ne permet aucun diagnostic ni pronostic, que seul un professionnel de santé est autorisé à effectuer : il ne donne qu'une estimation ponctuelle.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour décrire son humeur sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, dans les quatre colonnes à droite, ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui	
1	Je me sens de bonne humeur, aimable. <i>(se sent seul)</i>	1	X			3
2	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	0			X	4
3	Je me sens content(e) de moi.	1		X		2
4	J'aimerais me sentir aussi heureux(se) que les autres le paraissent	0			X	4
5	J'ai un sentiment d'échec.	0	X			2
6	Je me sens reposé(e). <i>(ne sent pas reposé)</i>	1	X			4
7	J'ai tout mon sang-froid.	1	X			3
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	0		X		3
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	0		X		3
10	Je suis heureux(se).	1		X		3,5
11	J'ai des pensées qui me perturbent.	0		X		3
12	Je manque de confiance en moi.	0			X	2
13	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	1		X		2
14	Je prends facilement des décisions.	1		X		2
15	Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	0	X			2
16	Je suis satisfait(e).	1		X		2
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	0			X	4

as obtenu un zmd
en chose difficiles à remémorer

sa arrive

18	Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.	0		X			2
19	Je suis une personne posée, solide, stable.	1				X	1
20	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	0				X	4
	Totaux		1	3	7	6	= 56,5

envis vite de penser à autre surtout on est seule

Calcul du total :

Pour les lignes indiquées par 1, la réponse « non » est cotée 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2 et oui = 1.

Pour les lignes indiquées par 0, le « non » est coté 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4.

La note totale varie donc de 20 à 80.

Interprétation

En dessous de 35 : Votre niveau d'anxiété est minimal : vous êtes de nature sereine.

De 36 à 45 : Votre niveau d'anxiété est faible.

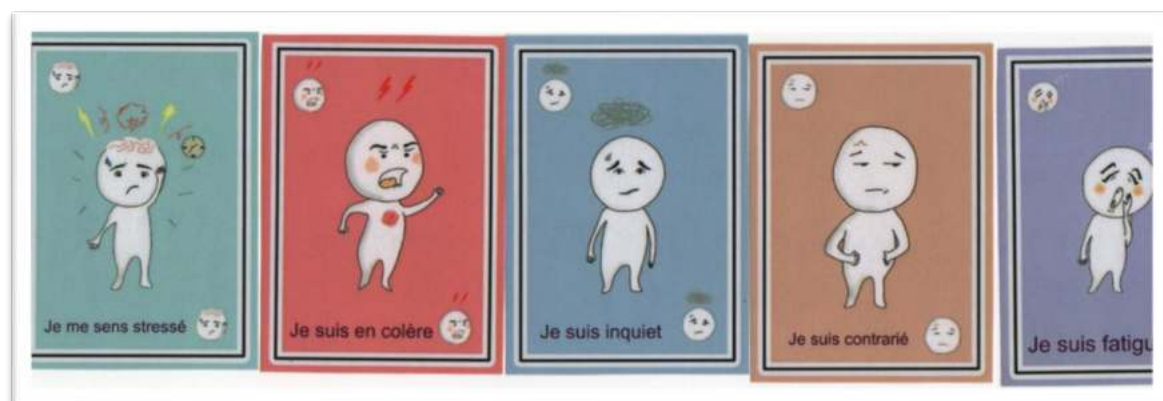
De 46 à 55 : Votre niveau d'anxiété est modéré, il pourra être utile de le prendre en charge afin de vivre de façon plus détendue. Le manuel *Relaxation et principes d'équilibre* associé au manuel *Confiance et apaisement* vous seront certainement utiles.

De 56 à 65 : Votre niveau d'anxiété est élevé, important, et l'aide complémentaire d'un professionnel se révélera très utile afin de vous aider à progresser ou à traverser ce mauvais passage.

Au-dessus de 66 : Votre niveau d'anxiété est très élevé. Nous vous conseillons de consulter rapidement votre médecin traitant afin de chercher avec lui la meilleure solution pour passer ce cap. Il vous proposera peut-être une aide médicamenteuse temporaire.

ANNEXE 12 : carte du jeu des Z'émotions des émotions avant et après la séance

AVANT :



Emotion de la plus intense à la moins intense parmi une présélection sur 21 émotions

APRES :



ANNEXE 13 : réponse de l'échelle de Spielberger post PEC

ca va mieux qu'avant le coup, moins mal à extirper
 Inspiration 7=7
 "Tout fait du bien quand vas être la."
 échelle extm
 fin séance

Anxiété

Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger *

* Schweitzer & Paulhan : Manuel pour l'inventaire d'Anxiété Trait-État (Forme Y). Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Bordeaux II, 1990.

Ce test permet d'évaluer le niveau d'anxiété sur les dernières semaines écoulées. Si vous le repassez dans quelques mois, il sera probablement différent : moins bon si la vie vous a amené plus de soucis, ou meilleur s'il y en a eu moins et/ou si votre démarche de développement personnel porte ses fruits.

Ce test ne permet aucun diagnostic ni pronostic, que seul un professionnel de santé est autorisé à effectuer : il ne donne qu'une estimation ponctuelle.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour décrire son humeur sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, dans les quatre colonnes à droite, *ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement*.

Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens de bonne humeur, aimable.	1			X
2	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	0	X		
3	Je me sens content(e) de moi.	1		X	
4	J'aimerais me sentir aussi heureux(se) que les autres le paraissent	0	X		
5	J'ai un sentiment d'échec.	0	X		
6	Je me sens reposé(e).	1		X	
7	J'ai tout mon sang-froid.	1		X	
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	0			X
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	0	X		
10	Je suis heureux(se).	1		X	
11	J'ai des pensées qui me perturbent.	0	X		
12	Je manque de confiance en moi.	0	X		
13	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	1			X
14	Je prends facilement des décisions.	1		X	
15	Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	0	X		
16	Je suis satisfait(e).	1			X
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	0			X

je m'analyse parfois
 "j'aime ce style d'être
 imprégné des lumières et
 de vous dire" j'aime ce système d'échange

pas mal séance
 sa me fait pas
 avec les couleurs
 toute seule
 mais quand
 c'est n'importe quoi

18	Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.	0				X
19	Je suis une personne posée, solide, stable.	1				X
20	Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	0		X		
Totaux 40						

Calcul du total :

Pour les lignes indiquées par 1, la réponse « non » est cotée 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2 et oui = 1.

Pour les lignes indiquées par 0, le « non » est coté 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4. La note totale varie donc de 20 à 80.

Interprétation

En dessous de 35 : Votre niveau d'anxiété est minimal : vous êtes de nature sereine.

De 36 à 45 : Votre niveau d'anxiété est faible.

De 46 à 55 : Votre niveau d'anxiété est modéré, il pourra être utile de le prendre en charge afin de vivre de façon plus détendue. Le manuel *Relaxation et principes d'équilibre* associé au manuel *Confiance et apaisement* vous seront certainement utiles.

De 56 à 65 : Votre niveau d'anxiété est élevé, important, et l'aide complémentaire d'un professionnel se révélera très utile afin de vous aider à progresser ou à traverser ce mauvais passage.

Au-dessus de 66 : Votre niveau d'anxiété est très élevé. Nous vous conseillons de consulter rapidement votre médecin traitant afin de chercher avec lui la meilleure solution pour passer ce cap. Il vous proposera peut-être une aide médicamenteuse temporaire.

ANNEXE 14 : les différents types de respiration

La respiration abdominale (ou diaphragmatique) : se caractérise principalement par une contraction du diaphragme, accompagnée d'une élévation des côtes via les muscles intercostaux externes dans une moindre mesure. En s'abaissant, le diaphragme donne la possibilité aux poumons d'occuper plus d'espace et d'aspirer l'air provenant de l'extérieur. Ce muscle pousse contre les viscères lorsqu'il se contracte. Le ventre ne gonfle donc pas parce que de l'air s'y trouve, mais bien parce que les organes internes doivent trouver une façon de cohabiter avec le diaphragme qui pousse contre eux vers le bas. Ils vont chercher leur espace là où la résistance est moindre, soit vers l'avant. À l'expiration, le diaphragme relâche tout simplement, passivement, ce qui ramène les poumons à leur volume initial.

La respiration thoracique : correspond à un mouvement où la poitrine (cage thoracique) se gonfle et où les épaules se surélèvent à l'inspiration. C'est généralement une respiration moins profonde que la respiration abdominale, car l'espace dégagé pour les poumons est plus petit, menant généralement à une respiration également plus rapide pour compenser le manque à gagner. À l'expiration, contrairement à la respiration diaphragmatique, des muscles doivent s'activer pour revenir à la position initiale.

ANNEXE 15 : quelques cartes du jeu « Branche tes cerveaux » (2020) de I. Pailleau, M. Caiazzo, et L. Maillet



ANNEXE 16 : les étapes du développement psychosociale d'Erikson

La théorie d'Erikson décrivait l'impact de l'expérience sociale tout au long de la vie. Erikson s'intéressait à la façon dont les interactions et les relations sociales jouaient un rôle dans le développement et la croissance des êtres humains. Chaque étape de la théorie d'Erikson s'appuie sur les étapes précédentes et ouvre la voie aux périodes de développement suivantes.

- Étape 1 - Confiance contre la méfiance
- Étape 2 - Autonomie contre honte et doute
- Étape 3 - Initiative contre culpabilité
- Étape 4 - Industrie et infériorité
- Étape 5 - Identité vs confusion
- Étape 6 - Intimité et isolement
- Étape 7 - Généralité vs stagnation
- Étape 8 - Intégrité ou désespoir.

Le stade psychosocial final (étape 8) survient pendant la vieillesse et se concentre sur la réflexion sur la vie. À ce stade du développement, les gens se penchent sur les événements de leur vie et déterminent s'ils sont heureux de la vie qu'ils ont vécue ou s'ils regrettent ce qu'ils ont fait ou ce qu'ils n'ont pas fait.

- Ceux qui échoueront à ce stade sentiront que leur vie a été gâchée et connaîtront de nombreux regrets. L'individu sera laissé avec des sentiments d'amertume et de désespoir.
- Ceux qui se sentent fiers de leurs réalisations ressentiront un sentiment d'intégrité. Terminer avec succès cette phase signifie regarder en arrière avec quelques regrets et un sentiment général de satisfaction. Ces individus atteindront la sagesse, même face à la mort.

GLOSSAIRE :

- **Alliance thérapeutique** : la mise en relation temporaire de deux êtres, fondée sur un engagement réciproque. C'est la confiance du patient en notre capacité à l'aider et en notre désir d'y arriver.
- **Axe corporel** : ligne imaginaire qui couperait le corps en deux parties égales dans le sens vertical.
- **Diadococinésies** : aptitude naturelle à pouvoir effectuer des mouvements alternatifs, rapides, successifs et opposés comme les marionnettes.
- **Diaphragme** : est une membrane musculo-tendineuse qui sépare le thorax et la cavité abdominale. C'est muscle respiratoire principal. Associé aux muscles intercostaux, il assure la mécanique de la respiration en alternant les mouvements d'inspiration et d'expiration.
- **Emotion** : réaction intense du corps humain face à une situation, accompagnée d'un état affectif agréable ou désagréable.
- **Engagement corporel** : Être dans l'action du mouvement, dans le moteur, dans l'efficacité d'agir.
- **Eprouvé corporel** : ressentir et avoir conscience des sensations dans son corps.
- **Image du corps** : image que l'on se fait de soi et qui se construit au travers des expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres. Elle évolue constamment en fonction des étapes de la vie (adolescence, ruptures, grossesse, accidents, vieillesse).
- **Investissement corporel** : engagement davantage psychique que physique.
- **Mémoire épisodique** (d'après l'INSERM) : est celle des moments personnellement vécus (événements autobiographiques), celle qui nous permet de nous situer dans le temps et l'espace et, ainsi, de se projeter dans le futur.
- **Mémoire perceptive** (d'après l'INSERM) : s'appuie sur nos sens et fonctionne la plupart du temps à l'insu de l'individu. Cette mémoire permet de se souvenir des visages, des voix, des lieux.
- **Mémoire procédural** (d'après l'INSERM) : est la mémoire des automatismes. Elle permet de conduire, de marcher ou de faire du vélo sans avoir à réapprendre à chaque fois. Ces processus sont effectués de façon implicite, c'est-à-dire inconsciente.
- **Mémoire sémantique** (d'après l'INSERM) : est celle du langage et des connaissances sur le monde et sur soi, sans référence aux conditions d'acquisition de ces informations. Elle se construit et se réorganise tout au long de notre vie.
- **Morcellement** : sentiment d'avoir son corps en plusieurs « morceaux détachés », absence d'unification et de globalité corporelle.
- **Perceptivo-motrice** : relative à la capacité de l'individu d'adapter ses mouvements physiques à l'information sensorielle reçue.

- **Proprioception** : elle permet d'avoir des informations sur notre sensibilité interne, elle assure notre équilibre, nous donne une image stable sur laquelle s'appuyer pour se mettre en mouvement.
- **Psychocorporelle** : approche de l'être humain à la fois dans sa dimension psychologique et corporelle. La thérapie psychocorporelle travaille sur le corps pour apaiser la souffrance psychique et libérer les émotions.
- **Réactions tonico-émotionnelles** : réactions toniques ayant pour origine des flux émotionnels incontrôlables et incontrôlés apparaissant dans des situations anxiogènes.
- **Schéma corporel** (De Ajuriaguerra) : élaboré sur la base des informations visuelles, tactiles, kinesthésiques et labyrinthiques, 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 dans lequel ils prennent toute leur signification.
- **Sens** : désigne le système physiologique permettant d'éprouver des sensations.
- **Sensation** : est le message que la peau envoie au cerveau qui est intégré afin de produire une perception.
- **Sensorialité** : est l'ensemble des fonctions d'un système sensoriel.
- **Sens kinesthésique** : sensibilité particulière que possèdent les muscles. Le sens musculaire donne la notion du mouvement exécuté, de l'effort, de la situation occupée à chaque instant par les membres.
- **Sens tactilo-kinesthésique** (ou sens haptique) : se réfère à la combinaison du système perceptif lié au toucher, à la kinesthésie associée aux mouvements d'exploration.
- **Somesthésie** : sensibilité aux diverses excitations subies par le corps à l'exception de celles provenant des organes sensoriels ; elle comprend les sensations extéroceptives (tact, pression, chaud, froid), les sensations proprioceptives (musculaires et tendineuses) et les sensations douloureuses.
- **Syncinésie** : mouvement involontaire dans une autre partie du corps, pendant qu'on exécute un mouvement volontaire qui disparaît entre 10 et 12 ans et peut réapparaître durant la vieillesse avec démence.
- **Syncinésie d'imitation controlatérale** : (d'après le lexique du psychomotricien, 2014) : elles sont provoquées par des mouvements de va et vient au niveau d'un ou plusieurs membres et l'on observe un mouvement identique, mais d'intensité variable, du côté opposé.
- **Technique de toucher « osculation »** : technique avec les mains pour faire vibrer l'ossature. Une main à plat et l'autre au-dessus en poing, elles viennent s'entrechoquer sur une surface.
- **Vasoconstriction** : diminution du diamètre des vaisseaux sanguins.
- **Vasodilatation** : augmentation du diamètre des vaisseaux sanguins.

CIGALA Elise

2021 - 2022

N° étudiant : 176936

Donner du SENS AU SENS

Stimulation basale, démence d'Alzheimer et régulation tonico-émotionnelle...

Quels liens ?

Sous la direction de MANON PASTORE.

STIMULATION BASALE – ALZHEIMER – ANXIETE – REGULATION TONICO-EMOTIONNELLE –
PSYCHOMOTRICITE

Résumé :

La maladie d'Alzheimer est de plus en plus présente en EHPAD. Elle entraîne des troubles psycho-comportementaux qui altèrent la qualité de vie du sujet. Parmi eux, l'anxiété provoque des répercussions majeures sur le corps. A travers la stimulation basale, la personne âgée prend conscience de ses ressentis corporels et de ses modifications. Par la suite, un travail psychocorporel peut naître avec des outils tels que la respiration et le toucher. Ainsi, par le biais du corps, on apaise la souffrance psychique et on libère les émotions. L'accompagnement en psychomotricité de ma patiente autour de la régulation tonico-émotionnelle semble être une piste pour diminuer ses états anxieux. Mais, parfois, il arrive que le corps ne soit pas suffisant, alors la relation thérapeutique prend les devants...

BASAL STIMULATION – ALZHEIMER'S – ANXIETY – TONIC EMOTIONAL REGULATION – PSYCHOMOTRICITY

Abstarct :

Alzheimer's disease is increasingly present in EHPAD. It causes psychobehavioural disorders that alter the life quality of the subject. Among them, anxiety causes major repercussions on the body. Through basal stimulation, the elderly become aware of their bodily feelings and changes. Subsequently, psychobodily work can be born with tools such as breathing or touch. Thus, through the body, we soothe psychic suffering and release emotions. The psychomotor support of my patient around the tonic-emotional regulation seems to be a way to decrease her anxious states. But, sometimes, the body is not enough, so the therapeutic relationship takes up front...

