

DES ACTIVITÉS D'ÉVEIL en EHPAD

« Sandra Zomerman raconte une histoire qui se déroule au Moyen-âge. Trois ouvriers travaillent sur un chantier. Un badaud passe et demande à chacun ce qu'il fait :

- Le premier dit : « Je pose des pierres les unes sur les autres ».
- Le second dit : « Je construis un mur ».
- Le troisième dit : « Je bâtis une cathédrale ».

Elle invite chaque apprenti en soin à choisir un de ces trois ouvriers comme Maître de stage : le premier qui valorise le geste, le second l'objectif immédiat, le troisième la finalité. De nos jours on préfère répondre aux besoins en fabriquant des "trucs" à la chaîne, vite montés, vite utilisés, vite cassés, soi-disant plus économiques, qu'on jette et qu'on rachète... L'époque n'est plus à la Quête, ni à l'édification de cathédrales. Pourtant, nous sommes quelques uns à penser qu'être infirmier, ça n'est pas seulement répondre aux besoins, que ça n'est pas seulement poser des pierres les unes sur les autres, que ça n'est pas uniquement construire des murs, mais édifier un espace de réflexion et de désir dans lequel soignés et soignants auraient chacun une place. Nous sommes quelques uns à penser qu'il faut jour après jour, par un imperceptible "goutte à goutte" ou un laborieux "pierre à pierre", tenter de bâtir de fragiles citadelles sans cesse guettée par le néant. »

Marie Rajablat, *Voyage au coeur du soin , La toilette*, éd Hospitalières, 1997

Dénommer des soins de technique remotionnelle

Pratiquer des activités dans le but de stimuler les circuits neuronaux, peut paraître superflu à ceux qui pensent qu'en Service de Soins de Longue Durée "il n'y a plus rien à faire". Cette opinion reflète une vision biologique, unidimensionnelle de l'être humain. Il nous faut donc argumenter pour convaincre que dans une vision pluridimensionnelle de l'art de soigner, "tout reste à faire" en Soins de Longue Durée pour entretenir le désir et la force de vivre ; puis exposer des exemples d'activités réalisées.

Nous avons retenu le terme *activités d'éveil*, pour les activités que programment les soignants en fin de matinée et certaines après-midi. Le terme éveil véhicule l'idée d'attention et d'effort du soignant pour prendre soin du résident.

Nous réservons le terme *Animation occupationnelle*, aux activités récréatives proposés par des groupes extérieurs venant donner un spectacle. Sans connotation péjorative puisque ces animations exhalent l'envie de vivre.

Les activités d'éveil ont pour but de favoriser l'utilisation par la personne âgée de ses circuits cérébraux de perception et de conceptualisation : l'utilisation de ses structures mentales.

Leur finalité diffère des activités de conservation des gestes de la vie quotidienne. Ces dernières sont un entraînement à la poursuite de gestes mémorisés, de gestes d'habitude, qui entretiennent des circuits neuronaux existants, mais ne mettent pas en jeu de circuit nouveau.

Nous avons dans notre enfance appris les gestes de se laver, s'habiller, etc., et nous les répétons quotidiennement depuis... à moins qu'un excès d'aide nous entraîne à les oublier. L'utilisation de ces fonctions ne doit pas être mésestimée en EHPAD et les capacités restantes doivent être entretenues.

I - Préalables

Analyse de situation de l'UDLD

La population cible... comme disent les publicitaires !

Elle est atteinte dans ses fonctions intellectuelles, est âgée et désorientée, présente un déficit cognitif, une démence par multi infarctus ou du type Alzheimer et syndromes apparentés... autant de mots différents qui tentent de masquer nos ignorances devant des manifestations de désorientation, d'erreurs dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, de comportements perturbateurs, d'errance...

Les malades porteurs de ces syndromes ne sont pas semblables et n'ont pas les mêmes besoins. **Mais on ne peut pas strictement classer cette population, car la polyopathie, constante en gériatrie, vient rendre les limites bien imprécises.**

Il faut donc se contenter de définir cette population comme « **posant essentiellement un problème de comportement** », associé à des déficiences additionnelles qui contribuent à accélérer la détérioration de l'estime de soi.

Problèmes

Ces personnes ont des problèmes ...

☞ *de santé et handicaps physiques.*

Ce qui rend la personne plus vulnérable à son environnement et accentue la nécessité d'un milieu de vie sain, sécurisant et facilitant la mobilité.

☞ *de perception sensorielle.*

Qui se traduit par des pertes d'acuité auditive et visuelle (réduction du champ de vision, sensibilité à l'éblouissement, réduction de la capacité de discriminer les couleurs, de localiser les objets, de reconnaître les personnes).

L'équipe de Lawton, à Philadelphie, a établi que :

- plus la compétence cérébrale de la personne *diminue*, plus elle est affectée par un environnement nocif ;
- un aménagement environnemental adapté peut produire une *amélioration* considérable dans le comportement d'une personne ayant des habiletés diminuées.

☞ *de la capacité à accomplir les actes la vie quotidienne.*

L'incapacité peut être aggravée par le milieu institutionnel lui-même selon le choix du concept de soins : aider ou faire à la place. Se substituer à l'autre est parfois responsable de la naissance d'une maladie.

☞ *de comportements perturbateurs sociaux et territoriaux.*

Ils représentent une source de désagrément importante pour les personnes lucides qui cohabitent et une souffrance pour les soignants.

On ne retourne jamais en enfance ...

Les personnes âgées qui ont été autonomes et responsables pendant leur vie adulte savent intuitivement ou de façon raisonnée, tirer les leçons de ce que la vie leur présente, et même de leur actuelle dépendance : le temps qui passe est un maître d'école.

Il arrive parfois qu'un accident de santé les fait régresser et qu'elles aient alors besoin d'aide et de stimulation pour remonter la pente ; chaque progrès vers l'autonomie doit alors être remarqué, souligné, encouragé par les soignants.

L'examen des capacités restantes pour l'utilisation des fonctions doit dégager les possibilités que le sujet utilise lorsqu'il est confronté à une tâche précise à résoudre. Dans ce cas il utilise ses acquisitions, ses expériences antérieures, sédimentation culturelle de gestes.

- Du moins faut-il d'abord, vivre debout...

Les organes sensoriels qui transmettent les informations au cerveau, ne fonctionnent de façon optimale que si le corps est en position debout.

Les perceptions cérébrales sont tributaires de la verticalisation et du déplacement du corps dans l'espace. Aussi, pour un fonctionnement cérébral performant, en éveil, est-il nécessaire que la personne marche.

« La pensée sert à l'action, ou ne sert à rien » dit Prajnâpad, philosophe hindou, ce que le neurophysiologiste Henri Laborit exprime autrement « Un système nerveux ça ne sert qu'à agir »

« Un système nerveux ça ne sert qu'à agir » H. Laborit

Nous passons quelques années de notre vie en apprentissage alors que le restant de notre vie va se dérouler dans la répétition de gestes qui ne comportent aucun élément d'apprentissage.

Aimer ou imaginer le changement, rechercher la formation permanente sont des éléments à cultiver pour éviter la *désintégration intellectuelle insidieuse de l'adulte...*

En ne cultivant que des habitudes de gestes appris on perd peu à peu l'habileté de perception et conceptualisation.

Il semble cependant que beaucoup de personnes ne peuvent remettre en question leurs habitudes. Et si, pourtant, la remise en question de soi-même était la clef de la liberté ?

La “connaissance de soi” nous amène à comprendre que le développement personnel, l'épanouissement, passe par une remise en cause de nos valeurs, et ce à chacun des tournants de l'existence.

En RHPAD, pour éviter la désintégration intellectuelle des résidents, il convient d'utiliser une intégration d'informations venant de l'extérieur afin de maintenir une vie intérieure de pensée : intelligence, faculté de lier les choses, sensibilité, action.

Tout est langage mais codé...

Si un asiatique vous demande des renseignements dans sa langue direz-vous “Il est dément ” ou “Il parle chinois” ? Le décodage du discours est, là aussi, difficile.

En institution, la souffrance du Résident cause un déphasage entre le bien-portant et celui qui souffre ; tout envahissement d'angoisse de mort modifie la longueur d'onde, le niveau de la communication.

Les propos délirants sont-ils la soupape de sécurité d'une souffrance trop dure à porter ? Souffrance cachée, enfouie depuis fort longtemps qui dérègle la communication, voire la personnalité : « Quand il n'y a plus de motif de vivre le personnage que je suis ou que je crois être, je peux m'en fabriquer un que je vais “jouer” par mon comportement et par mon discours.»

Psychogénèse de certaines démences ?

Une adaptation à l'environnement, nécessite de communiquer avec lui. Une communication optimale est l'harmonie recherchée par l'homme avec lui-même et avec son milieu ; donc avec les autres.

La difficulté vient du fait que les autres ne sont pas statiques mais changent sans arrêt, d'où la nécessité d'une adaptation dynamique.

Selon les moments de la vie, le milieu, la culture, chacun est appelé à entrer dans un modèle de sens de vie associant le réel vécu, les idées reçues, l'imaginaire. Ce sens donné à la vie englobe le biologique, le psychologique et le sociologique dans un cadre culturel donné.

Dans le cadre d'un EHPAD - lieu fixe et malades présentant, entre autres, des troubles du comportement - cette communication avec le monde environnant va utiliser certes le mode verbal mais, aussi et surtout, le monde non-verbal. Le mode non-verbal s'intéresse aux “vibrations” non formulées : il associe l'affectivité, les comportements, les images, les sons, la proximité humaine, le toucher.

Tous ces langages “ressentis” activent le système limbique stimulateur des perceptions cérébrales d'une part, mais surtout lieu de mémoire du narcissisme. Or, celui-ci permet de retrouver une bonne image de soi (perdue du fait du changement de domicile), condition préalable pour amorcer une vie sociale qui relance la dynamique neuronale du désir de vivre. Être désirant, à défaut d'être désirable, empêche de devenir “végétatif”, “chômeur de projet”.

À cet âge de la vie, ne plus exister dans le regard de l'autre, ne plus se reconnaître, conduit à la maladie :

« Si seule la maladie me permet de me faire reconnaître comme être vivant, il faut que je sois malade pour qu'on s'occupe de moi. »



Cas fréquent : l'incontinence de "protestation "

Ce processus ne se voit pas seulement chez les personnes âgées, mais prend chez elles, la forme d'un renoncement terminal : elles se laissent mourir.

Nous remarquons que durant les quinze premiers jours qui suivent l'entrée de la personne âgée, celle-ci explore les lieux et ne s'intéresse qu'à elle-même. Selon le projet de soins et la qualité relationnelle des soignants, elle va peu à peu s'intéresser à ce qui est extérieur à elle ; puis aux activités proposées en se demandant à quoi elles servent ; enfin, après avoir exercé ses talents, elle les réalise pour le plaisir d'être et de faire.

Nous sommes tous "des êtres d'émotion avant que de raison" et la mémorisation de l'information est d'abord tributaire du climat, de l'ambiance, dans lequel elle est donnée. Les Résidents de EHPAD ne dérogent pas à la règle.

Vivre c'est aussi rire, chanter, pleurer, discuter, toucher, sortir, aimer, dormir... prendre soin de déguster sa vie.

Sans projet de soins de santé on ne se préoccupe que soins des maladies, du repas et de l'hygiène.

Prendre soin et traiter sont deux modalités qui aident à fonctionner au mieux dans l'environnement. Mais d'abord, prendre soin de tout ce qui entretient les forces et le désir de vivre

« Les traitements sans les soins ne peuvent que nuire : pas une plante, pas un animal ne le supporterait. Pour ce faire, il relève donc impérativement de l'initiative et de la décision infirmière de ne pas faire des traitements de simples tâches d'exécution, mais de les restituer comme complémentaires à tous les soins indispensables pour maintenir le goût et le désir de vivre. » M-F Collière

La relation de personne à personne est vitale et aide à vivre... ou à revivre.

Il est inutile de chercher à vouloir démontrer à tous ceux qui ne raisonnent plus « normalement », qui vivent hors du temps et de l'espace, que nous avons raison et qu'ils ont tort. Cela ne sert que notre vaine satisfaction personnelle et masque une insuffisance de notre "savoir-percevoir : la rencontre humaine n'est pas faite que de discours.

Ces malades sont sensibles à notre présence chaleureuse. Nos comportements qui montrent notre « intelligence du coeur », témoignent qu'ils existent toujours pour nous. Gratification qui tisse des liens affectifs et procure des moments de bien-être.

À tout âge, les paroles ne véhiculent que 7 % du message émis. Le ton de la voix véhicule 38 % du message. Les gestes et mouvements corporels véhiculent les 55% restants.

Orientations du projet de soins

Tout projet est honorable, s'il est pleinement assumé, s'il y a cohérence entre le discours et la pratique. L'évaluation des résultats obtenus vient ensuite pour apprécier les valeurs du projet.

Notre projet, en résumé : **la médecine adaptative tient compte du malade qui vit sa maladie dans un environnement donné** ; alors que la médecine étiologique s'adresse essentiellement à la maladie.

Nos objectifs, quant à la prise en compte des Résidents :

- améliorer leur fonctionnement sensoriel ;
- augmenter leur autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ;
- améliorer leurs fonctions cognitives, en particulier l'orientation dans l'espace et dans le temps, les mémoires ;
- augmenter l'utilisation active du temps ;
- augmenter la quantité d'interactions sociales, la qualité des relations familiales ;
- améliorer l'image ou la perception que les personnes ont d'elles-mêmes.

Le cadre d'action de l'équipe soignante, en résumé : management participatif, hiérarchie de compétence, évaluation RAI, plan de soins avec projet individualisé d'autonomie fonctionnelle, polyvalence des soignants pour les activités d'éveil.

Tous les soignants sont impliqués dans la recherche des conditions les plus adéquates du soin. Les soignants, doivent se former à toujours avoir des pensées positives, à voir le bon côté des choses, à remarquer les progrès même minimes. En fait, cette attitude sera adaptée à la fois à la personne qu'ils aident mais aussi à leur propre bien-être.

L'équipe soignante doit d'avoir bon moral et chacun des membres de l'équipe doit se sentir soutenu par les autres, même quand, et cela arrive inévitablement, des événements bouleversants les touchent personnellement.

S'occuper de personnes âgées est un travail difficile physiquement et psychologiquement. C'est en effet une remise en question quotidienne de soi-même, à accepter avec une égalité d'humeur permanente.

Pour les soignants, ce qui donne envie d'exister, de progresser, ce qui propulse vers l'avenir, se loge dans les projets à édifier, dans de nouvelles perceptions à intégrer.

Les divers professionnels de santé de formation distincte doivent apporter leurs savoir-percevoir et savoir-faire différents, agir en complémentarité, pour mettre en action ce qui chez le patient âgé peut et doit fonctionner d'abord, ses capacités restantes.

Stimuler les capacités restantes, au lieu de ne faire que la liste des incapacités

Privilégier le pragmatisme : se méfier des mots et décrire avant de définir, car en pathologie comportementale, la définition ne doit pas être a priori, mais a posteriori. Utiliser les symptômes offerts en tant que boussole d'orientation, la catégorisation ne devant pas entraîner de systématisation guillotine.

— **Déduire les capacités à partir des incapacités ne conduit pas au même résultat qu'isoler les incapacités à partir des capacités !**

La mise en évidence des capacités restantes (souvent ignorées par la personne elle-même) va permettre d'utiliser les moyens de facilitation et les méthodes d'apprentissage. Elle ne suit pas la même procédure et ne répond pas aux mêmes intentions d'action thérapeutique que la liste des déficits, cahier de doléances réductionniste.

— **Se centrer sur les potentialités restantes** permet de lutter contre l'idée que les personnes âgées présentant des troubles du comportement ont une insuffisance cérébrale globale et permet d'introduire la notion de déficits cognitifs fragmentaires aggravés par l'entrée en institution.

Voir, dans une bouteille remplie à moitié une bouteille à moitié pleine est une démarche de pensée positive.

Se centrer sur les potentialités restantes permet de lutter contre l'idée que les personnes âgées présentant des troubles du comportement ont une insuffisance cérébrale globale et permet d'introduire la notion de déficits cognitifs fragmentaires aggravés par l'entrée en institution.

— Rentrer en institution, provoque une modification de l'espace-temps qui touche à notre conception de l'existence : c'est l'utilisation de l'espace et du temps qui nous ont fait « devenir ce que nous sommes. »

Brutalement, il y a "rupture" du temps, coupure avec le fonctionnement habituel ; l'espace se rétrécit, en marge de la vie extérieure ; l'espace est imposé : la personne ne peut modifier son environnement que partiellement, dans sa chambre.

Il faut toujours du grain à moudre... sinon on broie du noir

La réalisation des soins au quotidien nous apprend que **le savoir-être, le savoir-percevoir et le savoir-faire, conditionnent l'utilisation du savoir**. Et que c'est dans une situation de **responsabilité** que se fixent les connaissances vraies, celles qui profitent avant tout au patient.

Aussi doit-il y avoir une place pour la critique des connaissances, afin de déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée : les concepts doivent être considérés comme provisoires et révocables.

Vivre debout

Les organes sensoriels qui transmettent les informations au cerveau, ne fonctionnent de façon optimale que si le corps est en position debout.

Les perceptions cérébrales sont tributaires de la verticalisation et du déplacement du corps dans l'espace. Aussi, pour un fonctionnement cérébral performant, en éveil, est-il nécessaire que la personne marche. Quand une personne est reçue alitée les soignants doivent utiliser tous leurs talents pour favoriser la déambulation.

Soigner l'environnement

L'équipe de **Lawton**, à Philadelphie, qui a établi que plus la compétence cérébrale de la personne diminue, plus elle est affectée par un environnement nocif ; un aménagement environnemental adapté peut produire une amélioration considérable dans le comportement d'une personne ayant des habiletés diminuées.

Concept d'activités d'éveil intégrées

Il est utopique de croire que la majorité des institutions pour personnes âgées auront les moyens économiques (autrement dit, un coût "d'hébergement" supportable par les familles) leur permettant d'intégrer dans leur personnel des Infirmières (soins infirmiers) des Aides Soignantes (soins du corps), des Aides Médico Psychologiques (assistance), des Auxiliaires de vie (accompagner), des Récréologues... Le taylorisme ne peut et ne doit avoir cours si l'on veut une unité de lieu de temps et d'action, répondant à un Projet de Vie élaboré avec la participation de tous. Il faut former pour réformer, en ayant en point de mire les perspectives démographiques de 2020.

Les activités d'éveil sont des ateliers thérapeutiques pris en charge par les soignants dont le rôle ne se limite pas aux soins d'hygiène, ce qui leur permet de rejoindre le résident, de le rencontrer sous forme de rendez-vous quotidien, dans d'autres moments. Les médiateurs de la relation dépendent des désirs du résident mais aussi des aptitudes des soignants. Ce peut être le dessin, la terre, les jeux de société, la cuisine, la lecture, la gymnastique, le chant ou les promenades dans le jardin...

Ce peut être encore l'organisation de sorties au marché, à la fête du quartier pour certains résidents et pour d'autres un pique-nique à l'orée d'un bois. Ces différentes activités sont planifiées au titre d'un soin.

Les activités d'éveil ont pour but de favoriser l'utilisation par la personne âgée de ses circuits cérébraux de perception et de conceptualisation : l'utilisation de ses structures mentales.

La personne âgée, est à considérer comme un être vivant, riche d'un vécu antérieur, d'une émotivité, d'une affectivité, de désirs.

La personne âgée qui ne sent plus aimée, désirée, écoutée... se replie sur elle-même, perd son sentiment d'identité, se désinvestit du monde qui l'entoure, se désadapte socialement : sa capacité à se repérer dans l'espace et le temps diminue ; ses facultés d'attention, de concentration, de rapidité mentale s'émeussent ; sa fluidité verbale se réduit, par manque de dialogue et du fait de la pauvreté du vocabulaire. De ce fait, l'angoisse peu à peu s'installe et crée les conditions d'une dépression qui débouche sur l'état grabataire.

Les activités d'éveil sont des moyens pour donner à la personne l'envie d'exister jour après jour jusqu'à la mort. Elles sollicitent le potentiel sensoriel de la personne âgée pour réactiver sa mémoire ancienne, ouvrir les " tiroirs où sont rangés des connaissances, des émotions, des moments vécus. Par la libération des souvenirs enfouis elles entraînent aussi une mobilisation psychique. Les activités d'éveil dépendent des désirs du résident mais aussi des aptitudes des soignants. Ce peut être le dessin, la terre, les jeux de société, la cuisine, la lecture, la gymnastique, le chant ou les promenades dans le jardin...

Elles ne nécessitent pas un matériel spécialisé ni coûteux (balles, sacs de graines, carrés de linoléum ou de moquette, tapis de sol, peinture) et l'animateur le plus souvent crée lui-même le matériel qu'il utilisera, ce qui est motivant pour lui.

Les sorties au marché, à la fête du quartier pour certains résidents et pour d'autres un pique-nique à l'orée d'un bois demandent une organisation plus élaborée (autorisations, véhicule et une plus importante mobilisation du personnel).

Ces activités sont un soin de santé, un soin relationnel animé d'un profond désir d'éveiller et de répondre aux désirs de vie de l'adulte âgé.

Les objectifs des activités d'éveil

- Conserver et stimuler ses fonctions intellectuelles : mémoire verbale ; mémoire dite sémantique (concepts, connaissances) ; mémoire imagée (mémoire symbolique) ; mémoires sensorielles
- Solliciter les sens
- Trouver et retrouver du plaisir
- Nourrir son imaginaire
- Retrouver son identité : la personne âgée est souvent dépossédée des papiers d'identité, vêtue d'habits où le fonctionnel a la priorité au détriment du respect de ses goûts.
- Réapprendre à communiquer
- Ressentir des émotions : la chaleur humaine réchauffe... le coeur
- Trouver des appartenances nouvelles : mémoire collective
- Réapprendre à désirer
- Reconstituer son trajet de vie.

Quelle méthodologie utiliser avec les résidents présentant des déficits cognitifs ?

On peut concevoir dans ce cadre deux grands types d'activités d'éveil qui ciblent soit l'activation des mémoires (*activités mémorielles*), soit la créativité par mise en relation des données (*activités remue-méninges*).

- Dans le mode **activité mémorielle** l'accent est davantage mis sur la participation personnelle et sociale à une activité dans un climat festif.

- Dans le mode **remue-méninges** on stimule les modalités de fonctionnement cérébral : on donne des consignes mais on laisse chacun les utiliser à sa manière. La recherche prime dans une ambiance chaleureuse. Elle stimule les connexions synaptiques cérébrales. On peut dans ce cadre utiliser le terme d'activation cérébrale ou activités d'éveil.

Chaque exercice entraîne tout un processus d'observation, de déchiffrage, de déduction, de comparaison, de veille, de contrôle, de réflexion ainsi que des tâtonnements et des ajustements. Tout cela entretient une activité intellectuelle, motrice et affective sur laquelle est en grande partie basée la recherche de chacun.

Découlant des travaux de Piaget, cela a débouché en éducation à des méthodes d'apprentissage qui utilisent la *recherche commune en groupe* (Freinet, Montessori). Pour ce qui me concerne j'utilise la méthode *Ramain* qui favorise la *recherche individuelle en groupe*.

Elle est utilisée notamment dans les centres d'enfants infirmes moteurs profonds ou IMP. C'est grâce à Monique Zambon, AS du service, qui l'a découverte et adaptée aux personnes âgées après s'être formée à titre personnel, que nous l'utilisons.

Activités mémorielles

Ces exercices utilisent, tour à tour, l'arsenal des thérapies cognitives :

- Exercices pour entretenir le langage (rapidité verbale, compréhension, logique et abstraction, reconnaissance des choses ou interprétation des événements ou mémoire des faits, reconnaître les formes et les caractéristiques d'objets cachés à la vue ou non) ; exercices pour stimuler la conservation des praxies ; exercices pour stimuler la mémoire immédiate, etc ;
- Journal personnel, autobiographie guidée, réminiscences, récit ;
- Stimulation sensorielle, maintien de la mobilité, remotivation, toucher intentionnel, massage, restructuration de l'identité, etc.
- Cultiver le jugement et la prise de décisions ; orientation à la réalité individuelle ou en groupe ; la validation de Feil, etc.

Elles stimulent les différents types de mémoires et par expérience nous ne pouvons que souscrire aux propos de parus dans *Psychothérapie des démences*, Grosclaude M., éd John Libbey Eurotext, Paris, 1996, p 48. Ils montrent que dans les démences, pendant longtemps,

si le chemin d'une mémoire est perdu d'autres chemins fonctionnent.

« Depuis une dizaine d'années, les neuropsychologues nous ont apporté de nouveaux modèles de la mémoire, très féconds pour la prise en charge des patients déments. Ces modèles ont été mis au point par des chercheurs, Tulving aux États-Unis, Baddeley en Grande-Bretagne, qui ont appliqué les concepts de l'intelligence artificielle à l'étude de la mémoire humaine. Ils ont mis en évidence que notre mémoire n'était pas un système unitaire et que nous disposons tous de nombreuses mémoires qui accomplissent chacune des tâches spécifiques. Ils ont décrit ainsi cinq sous-systèmes qui sont parfaitement autonomes.

La mémoire de travail

C'est une mémoire ultra courte qui enregistre temporairement, pas plus de deux minutes, les informations d'origine visuelle et verbale qui nous parviennent à chaque instant. Elle a pour fonction de faire le tri entre les nombreuses perceptions auxquelles nous ne prêtons pas attention et celles qu'il faut garder en mémoire ou qui nécessitent une action immédiate de notre part.

Prenons un exemple : si je marche dans la rue, je n'attacherai aucune importance à la couleur de la voiture qui me dépasse, ni au passant qui me croise, ni à des dizaines de petites scènes de rue, mais je réagirai en voyant mon fils arrêté devant une vitrine de magasin alors que je le croyais au lycée.

Cette mémoire, que l'on appelle également superviseur attentionnel, est localisée dans le cortex préfrontal. **Elle est constamment altérée dans les premiers stades de la maladie d'Alzheimer. Les patients ne peuvent plus traiter plusieurs informations en même temps pour les sélectionner. Les conséquences cliniques sont nombreuses et parfois inattendues.**

Un patient atteint de maladie d'Alzheimer déjeune en face d'un autre patient qui se lève de table. Il risque fort de se lever lui aussi : n'étant pas capable de comparer cette information avec le fait que son assiette est encore vide et que le repas n'a pas commencé, il pensera que le repas est terminé. De même dans les groupes d'animation demandant la poursuite d'une tâche un peu spécialisée, comme des activités manuelles, les patients sont très sensibles aux stimulations parasites. Une simple porte qui s'ouvre peut complètement désorganiser un groupe. Un patient Alzheimer ne peut traiter qu'une seule information à la fois, là où nous en traitons des dizaines.

La mémoire épisodique

C'est la mémoire de notre histoire personnelle, celle de nos événements de vie, les plus importants comme les plus anodins. Notre mère qui nous refuse une deuxième crème glacée, nos premiers émois amoureux, etc. C'est aussi la petite madeleine de Marcel Proust.

Chacun remplit sa mémoire épisodique avec son roman personnel. On distingue une mémoire

épisode à court terme (moins d'une heure) et une mémoire épisodique à long terme. Elle enregistre des informations situées dans un contexte visuo-spatial. Le mode visuel est prédominant.

Dans la maladie d'Alzheimer à son stade débutant, c'est la mémoire épisodique à court terme qui est atteinte en premier : le patient parle normalement, évoque sans difficultés les grands événements de son passé, donne sa date de naissance mais oublie ce qu'il a fait dans les heures qui précèdent.

Dans toute institution spécialisée qui accueille des personnes âgées psychiquement dépendantes, une partie des résidents présente une atteinte isolée de la mémoire épisodique sans atteinte des autres mémoires. C'est avec eux que l'on peut faire les programmes d'animation les plus ambitieux : ateliers "mémoire souvenirs" pour stimuler la mémoire épisodique à long terme, "revue de presse" pour les réorienter dans le présent, "atelier de stimulation cognitive" pour entretenir les facultés d'apprentissage et stimuler le lobe frontal.

Grâce aux techniques modernes d'imagerie cérébrale (TEP : tomographie par émission de positons, technique nécessitant la présence d'un cyclotron) qui nous permettent de visualiser le cerveau en activité, on a pu localiser les structures cérébrales concernées par cette mémoire : il s'agit de l'hippocampe, du thalamus, du cortex préfrontal et du cortex occipital.

La mémoire sémantique

Sous ce terme, on désigne la mémoire des mots : une table, une fleur, etc. Les mots sont les outils du langage. Contrairement à la mémoire épisodique qui est strictement personnelle, la mémoire sémantique est commune à tous ceux qui parlent la même langue.

Lorsque des résidents participent à un atelier de "jeux de mots" ou aux "chiffres et les lettres", c'est leur mémoire sémantique que nous sollicitons.

Les connaissances générales font également partie de la mémoire sémantique ([es tables de multiplication, les capitales des pays, etc.).

Certains résidents ont une mémoire épisodique très altérée : ils ne savent pas où ils se trouvent, ne connaissent pas la date actuelle, ignorent le nom du Président de la République, oublient cinq minutes après ce qu'ils ont fait. Et pourtant, lorsqu'ils participent à l'atelier des "jeux de mots", ils construisent des mots de cinq lettres comme vous et moi lorsque nous jouons au Scrabble. Leurs performances sont proches de celles d'un sujet normal. Cela provient du fait que la mémoire épisodique et la mémoire sémantique n'ont pas la même localisation anatomique dans le cerveau. L'une des deux peut être lésée alors que l'autre est intacte.

La TEP a permis de localiser la mémoire sémantique dans le néocortex. Parler nécessite l'intégrité de la mémoire sémantique. Mais lorsque celle-ci est altérée et que nous avons perdu

l'usage de la parole, nous disposons encore de deux autres types de mémoire qui continuent à fonctionner.

La mémoire procédurale

C'est la mémoire des "savoir faire" gestuels et intellectuels :

- marcher, se servir d'un couteau et d'une fourchette, s'habiller, faire un noeud de cravate, dessiner, chanter, jouer d'un instrument de musique ;
- jouer aux dames, aux échecs, relève également d'un savoir faire qui peut être appliqué de façon automatique sans paroles.

Certains patients qui ont de grosses difficultés à trouver leurs mots peuvent encore chanter très correctement. Nous en avons fait l'expérience dans notre chorale. Cela s'explique par le fait que leur mémoire procédurale est relativement bien préservée, alors que leur mémoire sémantique est lésée. De même, certains patients qui jargonent sont encore capables de jouer d'un instrument de musique. On nous a cité le cas d'une patiente qui battait tout le monde aux dames alors qu'elle avait perdu tout langage et qu'elle était complètement désorientée. Même chez des patients très avancés dans la maladie nous avons pu mettre en évidence la conservation d'automatismes gestuels qui ne demandent qu'à s'exprimer si on les sollicite.

De nombreux patients sont capables de renvoyer correctement un ballon ou de répondre à votre sourire alors qu'ils ont perdu tout langage. Ils ne vous reconnaissent pas mais ils ont gardé les automatismes de la politesse.

Peut-être avez-vous fait cette expérience d'observer de loin deux patients en train de converser. Lorsque vous vous êtes approché, vous avez constaté que leur conversation était incohérente et qu'il n'y avait aucun échange verbal. Ces patients ont reproduit le rituel de la conversation avec ses gestes et ses mimiques. Et ils semblaient en tirer certaines satisfactions.

C'est en cela que la neuropsychologie peut nous aider à mieux communiquer avec les patients. Lorsque l'outil du langage verbal est perdu, il reste encore le langage du corps et l'utilisation de tous les gestes de convivialité. Lorsqu'un patient a un langage incohérent, il ne sert à rien de rechercher à tout prix du sens et de lui faire répéter ce que l'on arrive pas à comprendre. Mais on peut lui donner le sentiment qu'une relation entre lui et nous a eu lieu si nous utilisons de façon appropriée le langage infraverbal de la convivialité.

De même, il est utile d'essayer de réactiver tous les automatismes gestuels que les patients ont appris pendant leur vie, depuis les plus simples acquis dès la petite enfance (marcher, renvoyer un ballon, chanter), jusqu'aux plus complexes acquis plus tardivement (jouer d'un instrument, peindre, se relaxer, etc.). La mémoire procédurale se situe dans les noyaux gris centraux et dans le cervelet.

La mémoire implicite

C'est certainement le concept le plus étonnant mis en évidence par les neuropsychologues. La mémoire implicite est une mémoire automatique : on apprend mais on ne se souvient pas.

Le meilleur exemple en est la publicité subliminale au cinéma (qui est interdite). Toutes les 24 images, on intercale une image de publicité qui vous suggère d'acheter une marque de boisson. À la sortie du film, les spectateurs affirment n'avoir vu aucune publicité, et pourtant si on leur présente sur une table une dizaine de boissons différentes, ils choisiront en majorité celle qui correspond à l'image subliminale. Ils ne se souviennent de rien mais leur comportement montre qu'ils ont enregistré le message.

On s'est beaucoup interrogé pour savoir si la mémoire implicite était préservée chez les patients Alzheimer. La réponse est oui, sauf dans les tout derniers stades de la maladie.

Nous avons constaté des phénomènes d'apprentissage implicites chez les patients qui participent à notre groupe de chant. D'une séance à l'autre, ils ne se souviennent pas de ce qu'ils ont fait, mais à chaque séance ils chantent de plus en plus facilement le répertoire qui a été répété.

Les phénomènes de mémoire implicite peuvent concerner tous les types de mémoire : épisodique, sémantique, procédurale.

La mémoire implicite n'est pas localisée. Cela veut dire que les patients continuent à enregistrer toutes nos attitudes, nos gestes, nos mimiques, l'ambiance générale qui les entoure, le ton de notre voix et que cela module leur comportement. Ils ne peuvent pas nous restituer par la parole ce que nous avons fait ou dit mais ils en gardent une trace. C'est la raison pour laquelle nous devons veiller à ce que leur environnement humain soit le meilleur possible.

Souvenir et sentiment de familiarité

D'autres recherches ont mis en évidence qu'il fallait distinguer le souvenir et le sentiment de familiarité. Le souvenir se rattache à des événements que nous avons vécus et que nous pouvons dater : je me souviens ce matin être monté dans ma voiture à 9 heures pour prendre la route et vous rejoindre. C'est un souvenir. C'est ce que l'on perd en premier dans la maladie d'Alzheimer. Le souvenir dépend de la mémoire épisodique.

En arrivant à Strasbourg et en regardant la décoration de mon hôtel, j'éprouve un sentiment de familiarité. Je ne sais pas pourquoi mais cela doit sûrement me rappeler un hôtel similaire où j'ai peut-être séjourné. Pourtant, je n'arrive pas à y associer un souvenir particulier, pas de lieu, pas de date, pas d'image, mais seulement un sentiment de familiarité.

Chez le patient atteint de maladie d'Alzheimer, le sentiment de familiarité est conservé beaucoup plus longtemps que le souvenir. Le sentiment de familiarité dépendrait à la fois de la mémoire sémantique et de la mémoire procédurale qui ne sont pas touchées aux premiers stades de la maladie : Mme D. jargonne, cela fait déjà plus d'un an qu'elle ne reconnaît plus sa famille. Souvent elle chantonne, même si on ne comprend rien à ce qu'elle chante. Quand sa petite-fille vient lui rendre visite, elle chante nettement plus fort et uniquement en sa présence. C'est sa façon à elle d'exprimer qu'elle l'a reconnue. Cela passe par le sentiment de familiarité qu'elle a éprouvé en sa présence.

Tel patient qui mange difficilement en institution est emmené dans un restaurant. On constate alors qu'il reste à table sans difficultés et mange proprement. L'ambiance du restaurant a provoqué chez lui un sentiment de familiarité et réactivé des automatismes sociaux de convivialité et de politesse.

De même, lorsque l'on constitue des petits groupes de malades qui se réunissent à jour fixe et à heure fixe pour faire des animations, on observe que les patients y participent de plus en plus facilement au fil des séances. Ils ne se souviennent pas de ce qui a été fait lors des réunions précédentes, mais leur comportement montre qu'ils se sont familiarisés avec le groupe et qu'un apprentissage inconscient s'est produit.

L'hétérogénéité des déficits

Quatre grandes fonctions sont habituellement touchées dans les démences : la mémoire, le langage, les praxies (c'est-à-dire la coordination des gestes), les gnosies, (c'est-à-dire la faculté de reconnaître ce que nous percevons par le toucher, la vue, l'ouïe).

Chez deux tiers des patients, les atteintes de ces quatre grandes fonctions évoluent de façon parallèle. Chez un tiers d'entre eux, les atteintes sont dissociées. Cela signifie, par exemple, qu'on peut être très atteint au niveau du langage et garder cependant une excellente mémoire visuelle. Nous avons eu des patients qui étaient encore capables de lire ou de jouer du piano alors qu'ils jargonnaient.

Il faut donc systématiquement tester les malades pour vérifier s'il n'existe pas chez eux des fonctions préservées qui seraient restées méconnues.

.../... » P. Dewavrin, *Neuropsychologie et psychanalyse : une rencontre inattendue*

Activités de remue-méninges ou éducationnelles

La méthodologie utilisant la méthode Ramain est peu connue, l'ensemble des soignants ayant une carte mentale "animation = occupation", sans y voir une possibilité d'activation cérébrale.

Elle est peu connue en gérontologie car les soignants qui l'utilisent sont isol es dans leurs institutions et leur moyen de diffusion de l'information est faible.

Les travaux de recherche sur la mémoire et l'apprentissage ont montré la capacité adaptative du cerveau humain en réponse à la sollicitation des capacités cognitives de la personne. Cette plasticité c erebrale prend la forme d'une modification prolongée du fonctionnement et de la structure du cerveau.

Différentes circonstances peuvent induire ce remodelage qui s'opère soit par développement neuronal, soit par restauration fonctionnelle des cellules lésées. De nombreux travaux confirment cette plasticité c erebrale et l'utilité de la sollicitation chez les personnes présentant des troubles de mémoire de nature démentielle et un état alt er e d'attention-vigilance-concentration.

La méthode Ramain a pour objectif de rendre le participant acteur de ses propres apprentissages ; de mettre en jeu ses capacités à s'adapter aux situations nouvelles ; de susciter sa mobilité intellectuelle, sa disponibilité émotionnelle, son aisance motrice ; de faire évoluer sa perception et son attention. Vivre une situation et non apprendre un mécanisme. Elle est en phase avec les avancées scientifiques qui ont montré que la plasticité neuronale existe à tout âge.

« A la hantise de l'inéluctable perte quotidienne à partir de 20 ans, de milliers de neurones succède l'espoir euphorisant d'une r eg eneration des neurones jusqu'à un âge avanc e, grâce au NFG, le "nerve growth factor". Ceci est constaté par la mise en évidence de bourgeonnement et de repousse des prolongements pré-synaptiques, à condition de s'en servir. Mieux encore, le processus de repousse neuronale n'est pas seul à oeuvrer dans ce sens. Il y en a au moins deux ou trois autres : polylocalisation des neurotransmetteurs dans la synapse et potentialisation de l'activité pré-synaptique. Cette multiplication des moyens semble indiquer qu'il s'agit d'un processus systémique, possiblement extensible et ouvert au "plus on s'en sert, mieux et plus longtemps à marche". »

Pr Gayral, *Psychologie médicale*, n o 26, 1993).

Ainsi la stimulation cognitive à tout âge, repose sur une plasticité des structures neuronales support de leur plasticité fonctionnelle, l'efficacité des circuits neuronaux est relancée. De nombreux programmes  elabor es d'après les techniques de stimulation cognitive (De Rotrou, 1997, 1998) consistent en l'application d'exercices cognitifs vari es (bas es sur le processus attentionnels, mnésiques, perceptifs, verbaux, intellectuels...) ayant des objectifs à trois niveaux :

- au niveau cognitif :
apprentissage de stratégies (association, classification, planification,

processus basés sur l'imagerie mentale...) visant à renforcer l'encodage et le rappel des informations à mémoriser.

- au niveau psychologique :

la prise en charge tente de restaurer la confiance en soi, la motivation, le dynamisme des participants.

- au niveau social :

les exercices se font en groupe et s'appuient sur la convivialité et l'émulation conférées à une prise en charge collective.

La perception de soi par l'attitude et le mouvement est la partie centrale des exercices Romain. De quoi s'agit-il ?

Il s'agit de mouvements du corps, des recherches d'attitudes statiques et dynamiques, des propositions de travail sur le tonus, la relaxation, le rythme, la coordination comme la dissociation, d'amener le sujet à ressentir progressivement ce qui se passe en lui.

Par l'expression corporelle (qui n'est que le vécu d'un mouvement qui se déroule) le sujet est conduit à une perméabilité qui transforme peu à peu sa manière d'être.

Protocole de réalisation des activités d'éveil

Nous avons au fil du temps, en fonction des observations du quotidien, établi un protocole pour la réalisation des activités d'éveil.

— *La séance commence toujours par l'appel* : celui-ci permet à la personne âgée d'être reconnue en tant que personne active, d'avoir une identité propre intégrée au groupe et de développer son sentiment d'appartenance ; c'est le réveil de l'esprit.

— Ensuite, *mobilisation* des membres, du tronc, de la tête : bouger pour réveiller le corps.

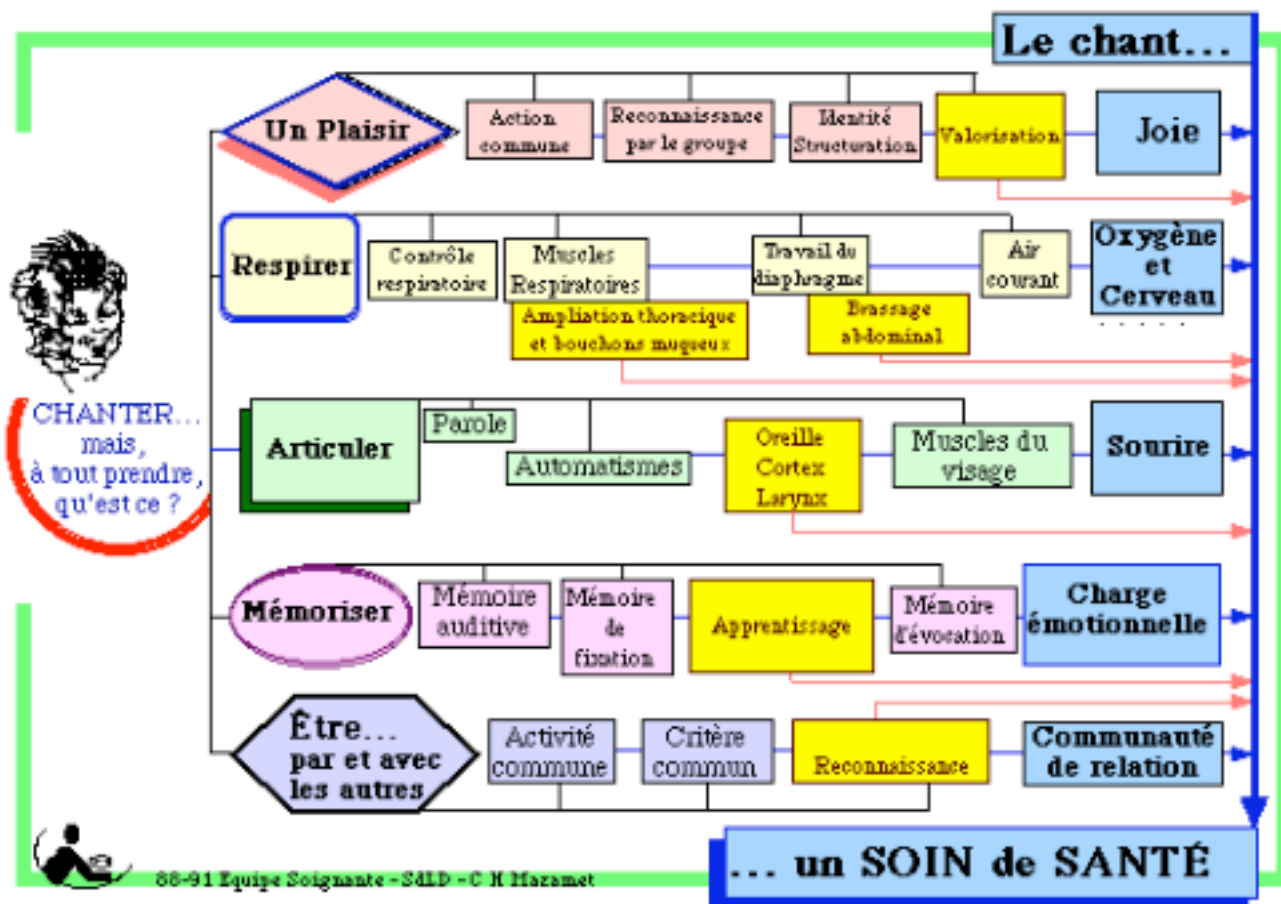
Les observations nous ont convaincus qu'il est souhaitable de faire des exercices de mobilisation du corps avant toute autre activité afin de développer la réceptivité des participants.

Une fois que tout le monde a réagi aux deux premières étapes, le groupe s'est animé, chacun est là non pas en spectateur passif voire même oublié, mais en tant qu'acteur reconnu ; l'effort est structurant, la mémoire est stimulée, chacun a pris conscience de son corps.

— Le groupe est alors apte à passer à des *exercices* qui demandent une réflexion.

— L'activité d'éveil doit toujours se terminer par le *chant*.

Celui-ci a une action sécurisante, valorisante, structurante et permet aux personnes qui ont des difficultés de mobilisation d'avoir elles aussi un rôle d'acteur à l'intérieur du groupe.



— Évaluer les résultats de la participation à l'activité permet de voir si le but recherché est atteint certes, mais permet aussi au soignant de progresser dans son approche *thérapeutique*. (Voir la fiche d'évaluation). Il y a donc un soignant animateur et un soignant observateur lors de chaque activité.

En résumé, une séance d'activité d'éveil comporte plusieurs phases :

- avant...
 - choix de l'activité ;
 - préparation du matériel ;
- pendant...
 - appel ;
 - mobilisation ;
 - activité dirigée ;
 - chant ;
 - évaluation des changements observés chez les Résidents, rédigée avec l'observateur.
- après...
 - si l'activité est "validée" (faisabilité et intérêt confirmés), création d'une fiche technique, facilitant l'adaptation d'autres soignants à la pratique de cette activité.

Les soignants et la réalisation des activités d'éveil

La qualité des relations soignant/soigné motivant l'affectif, ces activités sont intégrées **dans le rôle de chaque membre de l'équipe soignante.**

Il est inutile d'élaborer des activités compliquées à faire réaliser par des personnes âgées ; c'est courir à l'échec. Nous devons nous adapter et utiliser des moyens appropriés qui rejoignent souvent ceux utilisés à l'école primaire. Leur mise en oeuvre demande une vertu première : **la patience.**

Les "animations", épisodiques, venant de l'extérieur, sont des activités passives pour les Résidents et ne nécessitent pas de référence commune pour les membres de l'équipe soignante.

L'adhésion de tous n'est pleine et entière que si les soignants ont été partie prenante de la définition et de la fixation des objectifs à atteindre pour réaliser le projet .

L'objectif une fois fixé, chaque participant à la marche du service doit tenir compte des principes du projet de soins pour réaliser son action personnelle.

Cette solution personnelle doit être le fruit d'une synergie **activité cérébrale-conduite motrice**, car elle débouche sur la prise de conscience par chaque soignant de son rôle dans la "thérapeutique non médicamenteuse".

Si le problème le plus difficile est de réduire l'inhibition (oser oser) afin de mieux percevoir et mieux réussir, cela implique de mieux réussir pour diminuer l'inhibition et mieux percevoir. Il y a donc un système interactif personnel où la volonté est déterminante.

La résolution des problèmes par les soignants eux-mêmes, les oblige à prendre leurs responsabilités en discutant sur un pied d'égalité avec les autres, ce qui favorise la disparition du non-dit, première source de conflits. De plus, mettre tout soignant en situation d'apprendre à "solutionner" lui permet de se construire au fur et à mesure qu'augmentent ses savoirs et ses compétences. À l'inverse, créer des automatismes le met dans l'impossibilité d'être efficace devant des problèmes différents. Exister permet à chacun de mieux travailler.

La mémorisation permet d'accumuler des connaissances, d'engranger des matériaux. L'intelligence, c'est l'efficacité avec laquelle, grâce à ces matériaux, on va synthétiser, donc être efficace. La différence d'intelligence (d'efficacité) de la personne est fonction du nombre de rapports qu'elle a eu avec des problèmes concrets.

Plus on a de problèmes à résoudre, plus on apprend, plus on devient efficace ; moins on vieillit.

Bibliographie

- Ardid C., La musique en tant que soin dans les maladies nerveuses, Non Verbal, Parempuyre, 1993, 90 p.
- Barthélémy-Ruiz C., Le jeu et les supports ludiques en formation d'adultes, d'Organisation, Paris, 1995, 160
- Berge Y., Danse la vie, Souffle d'or, Barret le Bas, 1994, 196 p.
- Berne E., Des jeux et des hommes, Stock, Paris, 1992, 214 p.
- Bizouard C., Cultiver sa mémoire, Chronique sociale, Lyon, 1990, 146 p.
- Bois D., Berger E., Le fondamental en mouvement, Souffle d'or, Barret le Bas, 1995, 168 p.
- Boivert J-M., S'affirmer et communiquer, Les Éditions de l'homme, Montréal, 1979, 330 p.
- Büher W., Le corps instrument de l'âme, Les trois arches, Chatou, 1991, 122 p.
- Carrère P., Le Pao Tsien Fa, Aubier Montaigne, Paris, 1979, 155 p.
- Clergeaud C., Lifting naturel du visage, éd Morisset, Paris, 1993, 185 p.
- Collectif ergothérapie, L'activité et la personne âgée, Chronique sociale, Lyon, 1983, 216 p.
- Coste Forcade A., Oser la vie, Delachaux et Niestlé, Paris, 1991, PAGES.
- Cudicio C et P., Mieux communiquer pour mieux soigner, Lamarre, 1992.
- Darnaud T., L'entrée en Maison de retraite, une lecture systémique du temps de l'accueil, ESF, Paris, 1999, 186 p.
- Dennisson P.E., Kinésiologie, le plaisir d'apprendre, Souffle d'or, Barret le Bas, 1988, 162 p.
- Feldenkrais M., Énergie et bien-être par le mouvement, Dangles, Saint Jean de Bray, 1993, 209 p.
- Filliozat I., Roubex H., Le corps messager, La Méridienne, Paris, 1988, 110 p.
- Grosclaude M., Psychothérapie des démences, éd John Libbey Eurotext, Paris, 1996, p 48.
- Laborit H., L'inhibition de l'action, Masson, Paris, 1985, 325 p.
- Louvard A., Guide d'exercice physique du troisième âge, Amphora, Paris, 1989, 205 p.
- Mémin C., Projet de vie avec les personnes âgées dépendantes en institution, Centurion, Paris, 1989, 157 p.
- Mias L., Decourt E., Pour un art de vivre en Long séjour, Bayard, Paris, 1993, 252 p
- Moyne Larpin. Y., Musique pour renaître, EPI, Paris, 1988, 255 p.
- Rajablat M., Voyage au coeur du soin, La toilette, Éditions Hospitalières, Vincennes, 1997, 111p
- Racle G., La pédagogie interactive, Retz, Paris, 1983, 205 p.
- Romain S., Fajardo G., Perception de soi par l'attitude et le mouvement, Epi, Paris, 1977, 334 p.
- Rubinstein H., Psychosomatique du rire, Robert Laffont, Paris, 1983, 173 p.
- Sabourin R., Les cinq sens de la vie relationnelle, Érasme, , 1995, 145 p.
- Salomé J., Apprivoiser la tendresse, Jouvence, Onex, 1990, 164 p.
- Salomé J., Relation d'aide et Formation à l'entretien, Presses Universitaires de Lille, Lille, 1993, 204 p.
- Trocmé-Fabre H., J'apprends donc je suis, Organisation, Paris, 1994, 272 p.
- Vercauteren R. et M-C, Chapelau J., Construire le projet de vie en maison de retraite, Érès, Toulouse, 1993, 217p
- Vercauteren R., Lahorel B., Jahan C., Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées, Érès, Toulouse, 1999.
- Ylieff M., Prise en charge et accompagnement de la personne démente, Cahiers du troisième âge, éd Kluwert, (avenue Louise 326, Bte 56, 1050 Bruxelles), 2000, 127 p. La meilleure synthèse...

Voir la suite sur les pages du site :

II Activités d'éveil mémorielles

III Activités d'éveil et méthodologie Romain

1990 - 2009
Dr Lucien Mias

