

# UN ENVIRONNEMENT SÉCURISANT, PLUS QUE SÉCURISÉ, AU SERVICE DES PERSONNES DÉMENTES

## Rédacteurs :

Sylvie GENEZAI-DROZD Psychologue clinicienne,  
Christian AUREJAC, Directeur,

Unité d’Hébergement Renforcé Résidence Le Grand Champ, 81150 LAGRAVE

## Objectif :

**Notre propos est de montrer que c’est en répondant de manière adaptée au vécu subjectif du résident (personne âgée souffrant de démences type d’Alzheimer avec des troubles majeurs du comportement), en essayant de comprendre là où il en est dans sa manière d’être au monde, en percevant son univers non pas de manière intellectuelle mais affectivement et dans le décryptage de sa réponse pulsionnelle, que nous pouvons intervenir en limitant l’anxiété, avec des gestes plus acceptés et en aidant la personne à faire face à l’invasion de ses peurs et de ses pulsions.**

Notre analyse se situe dans le cadre de la clinique et notre parti pris de s’intéresser à la manière dont l’appareil psychique se débat pour faire face à l’attaque organique du cerveau.

Dans ces démences, l’atteinte neurologique, entraîne une désorganisation, un effritement puis un effondrement de l’appareil psychique et nous allons, à travers des exemples tirés de notre pratique au quotidien, montrer comment cette approche non médicamenteuse vient apporter de l’ordre là où le désordre règne, vient étayer la personne quand elle perd ses capacités psychiques évoluées et vient contenir quand ce sont les processus archaïques qui subsistent ou qui prédominent.

## **Mais que se passe-t-il ?**

Lors des soins, compte tenu de la détérioration cognitive et mnésique de nos résidents, c'est toute la situation qui est, pour eux, incompréhensible. Seule l'action des soignants va pouvoir remettre de l'ordre, du sens et offrir un appui physique et mental dans la mesure où la personne peut percevoir cet appui comme sécurisant et bénéfique.

Voici en exemple une situation lors de la toilette.

Il s'agit d'une dame qui est à un stade sévère de la maladie d'Alzheimer.

Elle vient de se réveiller, elle s'est levée et la soignante entre dans la chambre, après avoir frappé à la porte, pour l'accompagner dans la salle de bain et réaliser avec elle la toilette.

Cette dame est en capacité physique d'effectuer les différents gestes mais n'est plus en capacité de les coordonner, de les prévoir, de les intentionnaliser et de les réaliser seule.

Cette dame étant incontinente, la toilette s'avère nécessaire et non différable.

La dame regarde la soignante sans bouger comme interloquée devant une situation improbable. La soignante lui prend alors le bras et fait mine d'avancer avec elle. La patiente se dégage physiquement et se tourne pour aller marcher en sens inverse.

C'est une situation que l'on peut qualifier d'opposition même si il n'y a pas d'agressivité.

Nous allons maintenant tenter de raconter ce que peut être le vécu de cette dame dans ce moment, ce qu'elle pourrait dire si elle le pouvait, tenter de sentir son vécu intérieur.

*« Je viens de me réveiller et je vois quelqu'un qui rentre dans la pièce où je suis. Cette personne, oui, je la connais même si je ne sais pas qui elle est. D'ailleurs c'est rigolo, elle est toujours habillée pareil. Hou ! Mais qu'elle parle fort, si fort que je ne comprends pas ce qu'elle me dit. Moi je ne comprends que si on me parle doucement et lentement et peu de mots à la fois et surtout si ça ne fait pas de bruit...Elle a l'air gentille mais je ne sais pas ce qu'elle veut. Ça doit être important parce qu'elle parle vite, alors forcément je me dis que c'est grave et j'ai peur. Elle me touche et me tire. Ah !non, je ne me laisserai pas faire...Et si elle voulait me faire du mal...Quand tout va bien on ne tire pas les gens comme ça... »*

Dans cette tentative de reconstruction d'une scène fréquente, on voit bien que la personne âgée réagit aux signaux et non aux symboles.

Les signaux sont perçus d'emblée et viennent occulter le langage. La dame ne peut pas se mettre en situation d'écoute, être attentive et chercher à comprendre ; elle est tout de suite prise dans les filets des impressions dominantes, des ressentis sensoriels, toutes ses impressions que nous avons réussi à mettre en arrière fond grâce à notre éducation, notre plongée dans une culture.

Ce qui est premier dans cette situation c'est le sentiment d'insécurité. Quand on ne comprend pas une situation, quand on ne sait pas ce qui va se passer, le sentiment d'étrangeté nous renvoie immédiatement à un sentiment insécure surtout si on ne peut pas ou plus raisonner et faire appel à des capacités de compréhension. Si en plus on ne se sent pas compétent pour réagir, la solution devient la fuite et, dans ce contexte, cette réponse peut être considérée comme adaptative.

Afin d'éviter de telles manifestations comportementales et un vécu répété de situations anxiogènes, les soignantes se doivent d'adapter leurs attitudes et leurs comportements aux personnes dont ils s'occupent.

L'adaptation dont il est question correspond à un accordage affectif (au sens donnée par D.Stern) c'est-à-dire que le soignant doit sentir le besoin relationnel de la personne (ce qui se passe pour elle à ce moment dans cette relation) et y répondre, dans un premier temps, à la hauteur du besoin perçu afin de permettre une réassurance, puis d'avancer au même rythme dans l'échange.

Dans l'approche pratique, il apparaît donc primordial pour accorder la relation et lui permettre d'exister que le soignant émette des signaux rassurants pour réenclencher la relation et remettre ensuite du symbolique en s'appuyant sur un lien affectivement positif c'est-à-dire par la recherche du contact visuel tout d'abord, d'une verbalisation adaptée (débit, tonalité, niveau de langage) puis du toucher (prendre la main, toucher le long du bras...). L'intentionnalité du soignant est présente dans chaque action, c'est-à-dire en étant rassurant, mettant en confiance, reconnaissant l'autre en tant que sujet et présenter le but de notre présence.

Le ré-amorçage de la fonction symbolique va permettre au résident de se vivre dans une altérité positive en tant qu'acteur de retrouver du sens dans l'ici et maintenant en permettant la mise à distance de tensions anxiogènes dues en priorité à la perte des repères et au sentiment de danger qui peut en découler.

**Mettre en place un environnement sécurisant est le préalable à toute prise en charge pour refaire émerger les compétences encore disponibles et ré-actualisables.**

## **La persistance des habitus :**

Au travers de notre observation au quotidien, au travers de notre regard clinique, il apparaît à chaque étape de l'évolution de la maladie de type Alzheimer que les atteintes neurologiques viennent perturber l'économie psychique, elles modifient l'organisation mentale et le rapport de forces entre les différentes instances psychiques.

L'attaque neurologique met à mal les activités du conscient qui permettent une structuration mentale.

Le délitement de ces activités vient bousculer la structuration en place. Ce processus est toujours singulier en fonction de la rapidité de l'évolution des pertes et en fonction de la richesse, de la force et des faiblesses de la structuration psychique.

Face à l'effondrement des facultés supérieures, la personne n'a plus souvent que le recours au monde perceptivo-moteur, c'est à dire la persistance de ce qui est perçu, et le recours au passage à l'agir.

On voit alors que **ce sont les paroles que l'on adresse à la personne, avec le support du regard, qui vont remettre de l'ordre et du sens dans le chaos ressenti ou dans le monde des souvenirs, où elle baigne, où elle est immergée.**

Un exemple :

Mme P. agresse physiquement toutes les personnes qui, devant elle, ne se comportent pas de manière conventionnelle. Elle les châtie comme elle châtiait ses enfants. Dès que quelqu'un mange avec ses doigts, se tient mal, dit des gros mots, fait une grimace ou ne lui répond pas, elle le gifle. De part son état neuronal, Mme P ne peut plus identifier que les personnes qui sont face à elle, sont vieilles comme elle, malades, et qu'elles se comportent mal non pas par manque d'éducation mais par pertes des repères et des capacités à gérer les praxies ou les émotions...

Elle souffre d'agnosie et d'anosognosie. Ce qui reste opérant c'est la force de son surmoi et son attitude comportementale face aux comportements non admis. Elle est prisonnière de ses perceptions et part dans un agir qui correspond à un schéma comportemental bien enkysté. Son comportement est inadapté à la réalité mais parfaitement cohérent quant à ses valeurs, et la présence d'un surmoi très fort qui résiste et garde sa force tyrannique.

Face à une situation qui, pour elle, n'a pas de sens, elle répond en y mettant du sens, de l'ordre et en ayant recours à une conduite fortement inscrite, à savoir si quelqu'un se comporte mal, c'est qu'il est mal éduqué, c'est donc un enfant et il mérite une punition.

Si on utilise comme grille de lecture l'analyse transactionnelle, je dirai que son état du moi- parent est directement mobilisé dans une situation qui lui paraît incongrue et inacceptable. Sa perception la renvoie à une attitude qu'elle a développée.

## **L'environnement comme proposition d'étayage :**

Mme C déambule tout au long de la journée, elle dit quelques mots, souvent très appropriés, elle agrippe dès qu'elle peut toute personne qui passe près d'elle en serrant fortement la main. Quand elle s'agrippe ainsi à un soignant c'est sans conséquence mais quand elle agrippe un autre résident de l'UHR, ceux-ci réagissent souvent violemment, ils se dégagent sans ménagement, parfois l'agressent physiquement ce qui entraîne par moment des chutes.

Dans cette situation - où nous ne pouvons pas avoir recours à une explication pour faire cesser les agissements de cette dame vis à vis des résidents, ou de ceux-ci vis-à-vis d'elle - nous avons tenté de contenir Mme C à certains moments de la journée, très peu de temps sur une chaise confortable.

Au moment de la mise de la contention, cette dame n'a jamais réchigné, elle ne s'est jamais débattue. Au contraire à ce jour, quand on la fait asseoir, elle-même prend la ceinture et essaye de la mettre.

Quand on lui enlève, elle se remet à marcher mais de manière moins rapide et agrippe de moins en moins les autres résidents.

On a la sensation que le maintien apaise, rassemble la personne-sujet et fait baisser l'angoisse. Cette contention renforce le moi-peau, reconstruit des limites entre le dedans et le dehors met fin à l'effusion de soi.

Le corps sert de siège au sentiment de familiarité avec soi-même, c'est le contenant primaire de la psyché et le moyen d'expression de celle-ci. De par ses propres limites, il devient source repérable pour une définition de l'identité subjective.

Dans le stade avancé de la démence type Alzheimer, les détériorations cognitives altèrent la possibilité de se représenter son schéma corporel et l'image du corps se désagrège. Si les excitations en provenance du monde extérieur, et celles provenant des mouvements pulsionnels internes, ne peuvent être mentalisées par le sujet, il se trouve alors dans une enveloppe pathologique qui le plonge plus encore dans la souffrance.

**L'environnement se doit alors de re-crée avec les malades une enveloppe psychique sécurisante, chaleureuse, souple et solide.** Les moyens dont nous disposons nous permettent souvent de passer par un accompagnement relationnel, par un accompagnement thérapeutique lors d'ateliers spécifiques, pour permettre à la personne de se rassembler (massages, bains, musicothérapies...) mais parfois on ne trouve pas d'autre solution que la contention physique. Celle-ci ne peut être utilisée qu'après réflexion commune de l'équipe, sur prescription médicale en observant les réactions de la personne qui va la subir et en évaluant au quotidien les effets.

Celle-ci doit en particulier apporter apaisement mais sans effondrement physique, sans perte de la tonicité. Il n'est pas question de banaliser cette pratique et d'en oublier les effets néfastes.

## **J'ai besoin de quelqu'un :**

Je vois Mme S la première fois chez elle, ou plus exactement dans la rue devant chez elle. Elle est au beau milieu d'une rue fréquentée et elle arrête ou essaye d'arrêter les voitures qui passent. Comme nous avons rendez-vous, l'infirmière référente de l'UHR et moi à son domicile avec ses filles, nous avons pensé qu'elle nous attendait peut-être. Mais non, elle fait cela chaque jour dès qu'elle est seule à sa maison. Elle sort dans la rue et harangue les passants, les voisins et les voitures mais lorsqu'on s'approche d'elle, elle injurie les gens, leur demande de « foutre le camp » et rebrousse chemin vers sa porte d'entrée pour repartir séance tenante dans la rue.

Ce comportement traduit bien, outre la désorientation, la perte de jugement et l'agnosie, le désordre psychique de cette dame qui ne sait plus « à quel saint se vouer ». On sent bien le désarroi, la souffrance extrême, l'insupportable de la situation mais en même temps l'impossibilité de construire aucune action, d'anticiper aucun scénario pratique, l'impossibilité de savoir ce qu'elle veut réellement si ce n'est être avec quelqu'un.

Prise dans les affres de l'angoisse d'être seule, une angoisse qu'elle ne peut soutenir, elle part en quête de quelqu'un puis face à l'étranger c'est une autre peur qui survient.

Rappelons bien sûr que cette dame a mené une vie comme vous et moi, elle a exercé un métier, a eu des enfants, des parents dont elle s'est occupée et n'a jamais connu d'épisodes de décompensation psychique.

Une fois arrivée au « Patio », l'UHR de l'EHPAD, cette dame qui a témoigné de son refus de venir en maison de retraite, n'a jamais cherché à fuir, n'a jamais même cherché une porte de sortie, et quand on lui propose d'aller se promener dans le jardin ou à l'extérieur, elle refuse encore actuellement ( nous sommes à 3mois de séjour).

Lors des premiers jours, elle demandait la présence exclusive d'un soignant. Nous avons organisé cette présence avec des relais entre les membres de l'équipe afin qu'elle se sente soutenue par une présence sans devenir dépendante que de quelques soignants. Petit à petit c'est le lieu qui est devenu suffisamment contenant et l'entourage soignant suffisamment sécurisant pour qu'il fonctionne comme un étayage permettant de soutenir l'angoisse afin qu'elle puisse se retrouver seule à une table ou sur un fauteuil.

**Ce lieu fermé est devenu pour elle un lieu où elle retrouve la liberté d'être.**

## Conclusion :

Avec ce bref aperçu de l'accompagnement, nous souhaitons exprimer l'importance de bien repérer les pertes mnésiques et cognitives au fur et à mesure de l'évolution de la pathologie mais aussi l'importance de pouvoir **repérer comment la personne « se débat » avec ses capacités psychiques, affectives, émotionnelles qui lui restent.**

Cette double approche nous permet d'accompagner chaque personne dans son individualité et le maintien de son identité au travers d'allers-retours constants entre capacités et manques, entre stimulations structurantes et étayage dans un environnement contenant suffisamment bon.