

RAPPORT DE STAGE EN EHPAD.

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes.**

Licence En Psychologie Clinique Et Pathologique.

Année Universitaire 2010/2011 - Session / Mai.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement.. Mlle. psychogérontologue au sein de la maison de retraite, pour m'avoir accueillie, permis de découvrir le fonctionnement institutionnel de la maison de retraite, donné l'occasion de m'impliquer dans une pratique de la clinique, avoir été à mon écoute et répondu aux différents questionnements qui m'ont interpellée tout au long de ce stage.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble du personnel de la maison de retraite pour l'accueil sympathique qu'ils m'ont réservé.

Je souhaite remercier Mr... qui a supervisé et veillé au bon déroulement de ce stage. Il nous a également apporté un accompagnement ainsi qu'une écoute attentive et bienveillante quant au période d'adaptation dans l'établissement d'accueil. Ainsi qu'a tout le cadre d'enseignement de psychologie à l'université

SOMMAIRE	Page
INTRODUCTION.	01
Historique du site.	02
Réglementation, Tarification et Fonctionnement de l'établissement.	03
Les projets des l'établissement.	05
Les ateliers d'animations.	06
Le Métier Du Psychologue Au Sein de l'EHPAD	08
Mon Expérience En Tant Que Psychologue Stagiaire.	10
PSYCHOLOGIE GERONTOLOGIQUE.	11
• TROUBLES PSYCHOLOGIQUES.	11
1. La dépression.	11
Éléments de diagnostic de la dépression.	13
2. Le syndrome de glissement.	14
3. Les délires tardifs.	14
• LES ETATS DEMENTIELS.	14
- CONCEPTUALISATION DE PLOTON.	17

-	CONCEPTUALISATION DE MAISONDIEU J.	18
	MON EXPERIENCE DE STAGE.	20
21	Description des entretiens.	
23	Analyse clinique.	
	Participation à la création d'un atelier de stimulation adapté à l'Alzheimer. 24	
	Conclusion.	27

INTRODUCTION :

Dans le cadre de ma licence de psychologie clinique et pathologique, j'ai effectué un stage au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Sachant que j'ai effectué mes stages précédents auprès de patients adultes, enfants et personnes en situations d'handicap. J'ai voulu profiter de ma dernière année d'étude en licence pour enrichir mes connaissances et avoir une expérience plus large dans le domaine d'intervention psychologique. Afin de choisir la spécialité du deuxième cycle de mon cursus. Pour cela j'ai souhaité me confronté à la clinique du vieillissement, pour que je puisse découvrir la spécificité de cette population.

Après plusieurs tentations et demandes de stage dans la région du..., la résidence du..., situé au m'a accordé son avis favorable, à raison de deux à trois jours par semaine durant une période de six semaines.

Ce stage réalisé auprès des personnes âgées institutionnalisés, était une expérience riche sur le plan professionnel ainsi que personnel. Car, ça ma permis de changer ma vision envers le vieillissement et comprendre mieux le fonctionnement psychologique des personnes âgées et connaître les différentes dimensions d'interventions du psychologue au sein de l'EHPAD.

Je vous présente dans ce rapport la synthèse de mon expérience de stage auprès des personnes âgées. Dans un premier temps, je vous donne un aperçu historique du site, le fonctionnement de l'établissement des personnes âgées dépendantes et les structures dont il dépend. Ainsi que les différentes disciplines qui forment l'équipe soignante chargée de mettre en place les différents projets et méthodes de prise en charge. Dans un deuxième temps, je vous ferais part de mon ressenti et je vous décrirais les différentes tâches qu'ils m'ont été possible à réaliser. Ou j'ai pu mener des entretiens avec les résidents et participer aux différents ateliers et animations.

HISTOIRIQUE DU SITE:

La maison de se situe sur un site historique qui..., à 13^e siècle, au cours de la guerre de cent ans, la couronne de France le récupère, il devient le château....

En 1416, XIV les ruines du château de ... propriété de Notre dame devient repère de vagabonds, voleurs, loups garous, et autres sorcières. On l'appelle alors la grange-aux-gueux.

En 1956, Louis établit l'administration de l'hôpital générale pour le renforcement des pauvres mendiants de la ville et faubourgs de paris de tous lieux, âges, valides ou invalides, malades curables ou incurables.

Dans ce cadre, l'hôpital Bicêtre était réservé aux hommes, alors que la salpêtrière était réservé aux femmes, ce n'était pas vraiment un hôpital à proprement dit, c'était un hospice, une cité d'exil aux portes de la ville.

Le nom Kremlin provient d'un estaminet appelé « au sergent du Kremlin » qui existait à proximité de l'hospice, le nom du kremlin s'étend à

tout le quartier et fini par prendre celui Kremlin-Bicêtre lorsque le quartier sera érigé en commune, en se séparant de Gentilly le 13 Décembre. 1896.

En 2011, la maison de retraite ... est une résidence médicalisée, c'est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, situé dans un environnement urbain au centre ville... à l'avenue Eugene thomas face au théâtre et à proximité des commerces et du marché.

REGLEMENTATION:

La maison de retraite a une capacité d'hébergement de 136 logements, dont 22 sont dédiée à l'unité spéciale de personnes atteints d'Alzheimer et de maladies dégénératives justifié d'équipement adapté et personnel spécialisé.

L'établissement relève du cadre privée à but lucratif médico-social, dont le financement est prévu par la convention de tripartite, celle-ci est renouvelable une fois tous les cinq ans. Le coût de la prise en charge de la personne est reparti entre les soins, à la charge de l'assurance maladie, la dépendance, à la charge du conseil général et l'hébergement à la charge de la personne. La part financée par le conseil général correspond à l'APA, l'aide pour l'autonomie en établissement.

TARIFICATION:

Dans le cadre de la convention tripartite, la tarification de l'hébergement est fixée par le préfet. Le tarif dépendance est défini par le président du conseil général, gradué en fonction du niveau de dépendance établi selon un outil d'évaluation d'autonomie « Grille AGGIR ».

FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT:

L'initiation au fonctionnement d'une institution dont le psychologue fait partie de l'équipe d'encadrement et l'équipe du soin, était l'un des objectifs de mon stage.

Donc, j'ai profité dès le début pour connaître le cadre administratif de l'établissement, en effectuant les démarches administratives du stage. J'ai pu échanger à plusieurs occasions avec la directrice des ressources humaines, la secrétaire médicale et les agents d'accueil sur le mode de fonctionnement de l'établissement et la nature des tâches qui sont partagées selon un organigramme de compétences, les projets de soin et de vie, et par la suite en accompagnons la psychologue dans ses activités. J'ai pu connaître les différents acteurs de l'équipe de soin, tel que :

Le médecin coordinateur : rôle extrêmement important (pivot) et obligatoire, instauré par la convention tripartite, il assure la coordination et la formation des différents intervenants médicaux et paramédicaux afin de garantir la qualité du projet de soin, selon l'état de santé et le niveau d'autonomie de chaque résident.

L'infirmier(e) : poste clé aussi important, très impliqué dans la relation avec le résident. Il assure la qualité et la sécurité du soin.

Les aides-soignants : contribuent à la prise en charge global de la personne, répondent aux besoins des actes quotidiens et compensent la dépendance, (habillage, aide pour manger, toilette et déplacement). Dépendent principalement de l'infirmier(e), et travaillent en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire.

Le psychomotricien : préserve, maintien et rétablie les capacités fonctionnelles du résident, afin qu'il réaliser les actes essentiels de quotidien. Grace à des activités de rééducation physique et stimulation sensorielle. Par une prise en charge individuelle et/ou collective, sur prescription médicale. Il garantie les soins d'hygiène et de confort pour un bien être psychocorporel.

L'animateur : il a un très bon relationnel, un savoir-faire socioculturel. En accord avec l'équipe du soin, il présente et anime des activités variées (musique, culture, dessin..). Il préserve en priori l'indépendance physique et psychique de chaque résident, pour qu'il puisse participer activement aux animations. Il facilite l'insertion des nouveaux arrivés et favorise de nouveaux liens sociaux entre les résidents.

Les projets des l'établissement :

L'équipe de soin et de projet de vie décide le programme de travail dans les réunions de synthèse, assure le suivi et la qualité d'application par des réunions quotidiennes de transmission.

La réunion de transmission :

C'est une réunion quotidienne de l'équipe de soin, dirigé en coordination par le médecin et l'infirmier coordinateur. Tout le personnel de l'équipe de soin peut intervenir dans cette réunion et inscrivent les nouvelles données sur un logiciel appelé PSI. C'est une base de données qui collecte les informations concernant l'évolution de l'état de santé, la prise des médicaments, le comportement, le sommeil et la nourriture des résidents.

Les informations sont mise à jour par le médecin coordinateur, l'infirmier coordinateur, la psychologue, le psychomotricien et l'animateur. Ils possèdent un mot de passe pour accéder aux données des résidents, pour des raisons de confidentialité et d'éthique professionnel.

La psychologue recueille les nouvelles informations sur le comportement des résidents entre eux et même envers le personnel de l'établissement, tel que le refus de se nourrir ou de se doucher ou de sortir du logement etc. Dans ce genre de situation, la psychologue va prendre sa part d'interventions, afin de déterminer les causes de ce comportement et rassurer le résident.

La réunion de synthèse :

Cette réunion se déroule une fois tous les quinze jours, elle reconstitue les données de l'évolution des résidents sur les plans médicale, psycho-social par l'équipe de soin et le cadre administratif. Le plus important est de garantir le respect de la subjectivité du résident et ses propres choix.

Ceci permet à l'équipe de définir les critères et les objectifs des projets de soin et de vie à court, moyen et long terme, de mettre en place les animations et les activités d'art thérapeutique.

Projet de vie :

L'image de fin de vie que véhicule la maison de retraite impose la nécessité d'un accompagnement et une stimulation permanent de la personne âgée. Encadrer dans un projet de vie en tenant compte des impératifs principaux de la vieillesse : le physique, le mental, le temps et le social.

Le besoin d'autonomie, ou l'infirmier et l'aide soignant le maintiennent à tout moment. Et le besoin de socialisation, dont ces deux derniers acteurs de l'équipe présentent systématiquement les résidents entre eux, leurs proposent de sortir à l'extérieur l'établissement, ainsi que par l'écoute de leurs tristesse, inquiétudes et leurs histoires ; cela permet aux résidents de trouver une nouvelles reconnaissance sociale. Ce que j'ai noté, lors, des ateliers musicales, d'art thérapeutique et des rencontres, c'est que les résidents se saluent, discutent entre eux, et le personnel rappelle toujours leurs identités pour que chacun soit mieux connu des autres.

Les ateliers d'animations :

En accord avec l'équipe de soin, l'animateur des ateliers met en place des activités permettant de préserver en priorité l'indépendance physique et psychique de chaque résident, pour qu'il puisse participer activement aux animations.

Le maintien de l'indépendance physique : se fait par faciliter le déplacement aux ateliers en adaptant une bonne accessibilité au différent endroit à l'enceinte de l'établissement. Les supports utilisés dans les différentes activités, lecture, musique, dessins, jeux culturels, par rapport

aux capacités des résidents ; tel qu'une loupe, des instruments légers et facile a manipuler.

Le maintien de l'indépendance psychique : commence par la présence et la valorisation de la productivité de chaque résident, par les différents acteurs de l'animation d'art thérapeutique, tel que le psychomotricien, la psychologue, les infirmiers et les aides soignants.

Ceci est nécessaire pour que le résident se sent rassuré et sécurisé, ce qui motive sa productivité dans les différentes activités.

La vigilance aux éventuelles comportements agressifs et agité ou fatigue, que peut avoir un résident pendant une activité collective, doit être gérer et nécessite un raccompagnement dans le logement, c'est la raison pour laquelle il doit avoir plusieurs éléments sur le lieu de l'animation. Afin de retirer la personne incapable de continuer, tout en dédramatisant la situation, en expliquant que la personne a besoin de repos pour que les autres comprennent son état de fatigue et seront heureux de l'accueillir une prochaine fois.

Connaitre les intérêts et les goûts des résidents et leurs capacité rend les activités plus agréables et facilite la tâche pour l'équipe de soin.

Le maintien des objectifs des soins dans toutes les activités :

L'équipe de soin vérifie constamment que le patient est orienté temporellement dans la journée (matin, après-midi, nuit), la date du jour, la saison, tout en liant ces notion de temps au confort et à la paix par le rappel permanant. Ainsi que leurs repérage dans l'espace que ce soit dans leurs logements ou dans l'enceinte de l'établissement. Respecter leurs rythmes dans la planification des ateliers. Éviter les changements, ce qui leurs permet de connaitre peu à peu l'heure et le jour de leurs ateliers, et leur permettant de se préparer et se rendre seul ou demander un accompagnement.

La communication en permanence : l'équipe de soin veille à ce que le patient sache qu'il est et qui sont les autres, pourquoi ils sont là, depuis quand, d'où ils viennent ? Ainsi que ce qu'ils peuvent faire ensemble.

LE METIER DU PSYCHOLOGUE AU SEIN DE L'EHPAD :

L'objectif principal que je me suis fixé pour ce stage, était de m'initier à la pratique de la psychologie par l'observation mais aussi par la participation, à travers ce cadre d'intervention du psychologue au sein de l'EHPAD.

Ma référente de stage, est de formation clinique, spécialisée en psycho-gérontologie, agit en qualité de psychologue à temps partiel (03 jours par semaine). Le coût de son poste est imputé du tarif de dépendance. Très accueillante, dynamique et investie dans son travail, malgré le peu de temps quelle dispose pendant la semaine, elle connaît tout le personnel et les résidents. Sa mission ne se résume pas à la prise en charge des résidents et l'intervention auprès de leurs familles, mais aussi avec le personnel de l'institution, qui est très investi par les résidents, vu l'effort consacré à la fragilité et la vulnérabilité de la personne âgée.

La psychologue assume plusieurs fonctions étroitement liées. Elles sont destinées principalement aux résidents, mais dans un sens différent de celui qu'on trouve dans d'autres institutions, tel que les hôpitaux, les centres médicaux psychologique ou médicaux sociaux.

Son travail n'est pas vraiment dans la psychothérapie, mais dans la stimulation et l'accompagnement, Puisqu'elle représente souvent un premier repère à l'arrivée des résidents en EHPAD. Elle est à leurs disposition, à leurs écoute, elle les reçoit pour des entretiens dans son bureau ou se déplace chez eux, tout dépend de la demande, pourvu qu'ils soient à l'aise et capable d'exprimer la douleur, la peur, et les angoisses dites de la fin de vie. Mais aussi pour les repérer et les soigner à travers la démarche de soutien psychologique, thérapies cognitives et comportementales, car les raisons pour lesquelles, la personne âgée est prise en charge par l'EHPAD sont multiples et varient en rapport de son état de santé; une perte d'autonomie et incapacité d'effectuer les actes quotidiens de la vie, fragilité et/ou risques de chute à domicile pendant les déplacements, atteinte d'une démence type Alzheimer, fronto-temporales etc... Ou des atteintes neurologiques dues à des accidents vasculaires cérébraux ou traumatisme crâniens. Ainsi qu'il peut s'agir des troubles psychotiques, et des névroses.

Donc, la psychologue établit un lien, une confiance dans sa relation avec le résident, pour le permettre de s'adapter dans son nouvel environnement, sa nouvelle vie, et faire le deuil de la précédente. Elle assure une qualité de vie, une liberté de choix, une autonomie psychique et aide le résident à verbaliser son ressenti, son malheur et sa douleur dû au vieillissement et à la proximité de la mort, dû au fait d'abandonner son corps et/ou s'abandonner à une autre personne, pour effectuer les actes de la vie quotidienne. Afin d'éviter un effondrement psychique.

La nature du travail en groupe, lui facilite la tâche, car elle assiste quotidiennement à la transmission et la réunion de synthèses tous les quinze jours. Afin de recueillir des informations, être à jour de l'évolution

de l'état de santé du résident mais aussi donner son point de vue sur son état psychologique. Elle participe dans le diagnostic des maladies dégénératives, évalue les fonctions cognitives des résident, tel que l'orientation spatio-temporelle, l'apprentissage, le langage et d'autres processus par des tests cliniques comme : le mini-mental-test, le test de l'horloge, test des 5 mots du bois, et le test de fluence verbal.

Le travail avec la famille est une autre tache importante, dans le processus d'insertion du résident, relève de la compétence du psychologue en EHPAD. Elle accompagne la famille dès le début, pour réfléchir sur les choix de la prise en charge et facilite l'intégration du résident, déculpabilise les proches du sujet. Car, ils sont confrontés au sentiment de dette envers leurs parents. Elle garde et maintien le lien familiale avec le résident.

La population accueillie en EHPAD est une population fragile, en fin de vie, qui a tendance à solliciter de l'aide et de l'écoute en permanence, ainsi que le nombre élevé de décès dans ce genre d'institution. Nécessite un soutien psychologique du personnel, fonction qui relève de la compétence du psychologue, instauré par la loi.

Elle agit avec le personnel, par la mise en place d'un groupe de parole. Afin de partager un vécu commun et pesant et permettre au groupe de réfléchir sur les questions que posent les résidents au quotidien. Ainsi qu'avec la formation continue du personnel dans ce domaine a travers le travail en équipe, l'explication et la définition du vieillissement et l'interprétation des ressentis dû à la confrontation quotidienne à un tel investissement.

MON EXPERIENCE EN TANT QUE PSYCHOLOGUE STAGIAIRE

Cette partie de ce rapport, relate mon expérience professionnel avec le sujet âgée dans l'institution EHPAD, mais aussi mon vécu, le ressentit et les émotions qui m'ont traversées pendant la période du stage. Mes progressions, de la subjectivité humaine à l'objectivité scientifique et de l'observation à la participation.

Par contre, j'aimerais commencer par un aperçu sur les différents écrits que j'ai dû lire pour m'initier en psycho-gérontologie et en psychopathologie de la vieillesse.

PSYCHOLOGIE GERENTOLOGIQUE :

Dans cette présentation, j'aborde quelques pathologies liée au vieillissement qui se sont installé à cause de la fragilité et/ou la désocialisation, sans nier le déclin cognitif du vieillissement. En deux types principaux :

🌈 TROUBLES PSYCHOLOGIQUES :

Se sont des maladies vieilles, elles se sont installé pendant les différentes étapes de développement ; enfance, adolescence, adulte. Ou des troubles qui se sont manifesté pour exprimer une douleur dû à la fragilité du sujet âgée. Tel que :

1. La dépression :

Un état dépressif chez la personne âgée est souvent masqué par sa volonté, ne pas laisser apparaître cet état. Le malade ne veut pas le reconnaître à cause de la notion de maladie mentale que représente la dépression qui est extrêmement mal vécu pour cette personne. La peur d'être stigmatisé de la folie et classé dans la psychiatrie et l'image de la représentation sociale qu'ils vont devoir assumer.

Le déni, est un mécanisme de défense, qui sert comme réaction à l'inquiétude, à l'état de mal-être que provoque l'état dépressif. Cela va entraîner une banalisation de la dépression dans l'entourage de la personne, du fait de l'absence d'une plainte venant de la personne âgée. L'entourage va mettre les différents symptômes dépressifs uniquement sur le dos de l'âge.

Cet état de dépression peut être expliqué à travers plusieurs visions et model :

- Le modèle comportementaliste

Les comportementalistes, considère que la dépression est le résultat de certaines perceptions, représentations, que le sujet a de lui-même, de son expérience de vie et de son avenir. Si les représentations sont négatives, vont influencer d'une manière triste la vision que le sujet a de lui-même. Donc, ces perceptions peuvent déclencher l'état dépressif. Ceci est un acquis de la dépression puisque le sujet est sur le point de considérer sa vie comme négative.

Il traverse un état de souffrance psychique, et cela signifie : qu'il y ait une possibilité de retrouver l'état normal à l'aide du soutien psychologique par le recentrage des perspectives du sujet sur tout ce qui est de l'ordre du positif dans sa vie.

- Le modèle médical

La médecine psychiatrique porte son attention sur l'altération de la conscience du sujet par un trouble de l'humeur dû à un trouble neurochimique ; la médecine gériatrique fait résulter la dépression des difficultés de vieillir, de faire le travail du deuil dans plusieurs domaines et de la souffrance qui va résulter de ce travail de deuil.

- Le modèle psychanalytique

La dépression naît de l'écart qui se creuse entre le niveau des performances, des capacités du sujet à répondre à ses besoins, et des exigences de son idéal du Moi. Cette souffrance psychique va se produire dans le conflit interne qu'il y a entre le Moi, qui est la totalité de notre personne, et l'idéal du Moi. Les deux sont trop éloignés, le conflit se crée et la dépression apparaît. Ceci n'est donc jamais un événement qui va provoquer une dépression, c'est la réaction du sujet à cet événement, c'est sa réponse psychique.

C'est donc une blessure narcissique plus qu'une blessure objectale qui peut être dépressogène. Dans cette optique, les symptômes de la dépression sont des moyens de traiter la souffrance psychique, d'élaborer cette souffrance narcissique, cela va aider à traiter la présence ou l'absence de différents objets narcissiques.

La dépression vient donc souligner l'échec du recours aux processus normaux de réorganisation interne, qui sont les processus de deuil.

- Éléments de diagnostic de la dépression :

Établir un diagnostic de la dépression, se fait à partir du constat de 3 éléments essentiels :

- La tristesse pathologique :

La tristesse est envahissante et constante, gagne tout le fonctionnement du sujet, ce qui va peser sur l'ensemble de sa vie quotidienne. Par une autodépréciation et un pessimisme constants. Il y a également un sentiment de vide chez le sujet. Quand il pense à des représentations d'objets, il a l'impression que ceux-ci n'ont pas de pouvoir sur sa qualité de vie. Une perte d'estime de soi est présente, ainsi que de l'anxiété et, en conséquence, une tendance à l'isolement.

- Le ralentissement psychomoteur :

Le sujet est ralenti sur le plan mental et physique. Le ralentissement psychomoteur correspond à une baisse importante de l'élan vital du sujet. Le dynamisme de vie s'appuie sur la pulsion de vie, sur la liaison somato-psychique, c'est donc normal de retrouver ce ralentissement chez l'individu. Le corps lui-même est touché dans son dynamisme vital.

Donc, si le ralentissement qui touche également le corps, il va être difficile de repérer la dépression chez les sujets âgés, car chez ces individus il existe déjà souvent un ralentissement psychomoteur, dû à d'autres raisons. Il faut tenter de faire la part des choses entre ce qui relève d'un ralentissement normal et ce qui relève d'un ralentissement qui serait symptôme d'une dépression.

-Les troubles somatiques :

Dans toutes les dépressions, il y a tt un ensemble de troubles somatiques que l'on retrouve systématiquement. Le plus fréquemment, il s'agit de :

- troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement ou des réveils matinaux précoces ou à l'inverse d'hypersomnie ;
- des troubles des conduites alimentaires, souvent un refus de nourriture ;
- des troubles digestifs, souvent de la constipation.
- un sentiment de grande fatigue.
- des plaintes corporelles associées à un désinvestissement du monde extérieur.
- les plaintes à ne pas négliger sont les plaintes mnésiques souvent présentes au début du mouvement dépressif chez le sujet âgé.

2. Le syndrome de glissement :

Il a été décrit par Carrié en 1956 pour désigner un état de cachexie résultant d'un processus d'involution et de sénescence menant rapidement à la mort. Il désigne un état pathologique survenant chez un

grand vieillard dans les suites d'une pathologie infectieuse ayant été traitée. La décompensation de l'état somatique n'est pas explicable.

Le tableau clinique est le suivant : asthénie / anorexie / météorisme abdominal / incontinence / déshydratation / retrait affectif / négativisme / refus actif des soins / indifférence générale.

Tout semble se passer dans un renoncement délibéré et agressif du sujet, provoquant son effondrement somato-psychique.

-L'état de cachexie :

C'est une détérioration de tout le fonctionnement psychologique de l'individu. C'est une perte de dynamisme vital, associé à un amaigrissement extrême et à une désorganisation de toutes les fonctions vitales. Cet état mène à la mort dans un délai très rapide. Quand ca se déclenche, ca va tuer l'individu dans un délai de 3 à 6 semaines. C'est un processus involutif somatique._

3. Les délires tardifs :

Le délire, les idées délirantes, les hallucinations, sont des manifestations cliniques fréquentes chez les personnes âgées.

L'état délirant (délire avec hallucination ; délire sans hallucination reposant sur un processus interprétatif ou sur des illusions ; délire où sont associées hallucination, interprétation et illusion) peut s'inscrire dans des contextes différents et s'exprimer dans le cadre d'une psychose vieille avec délire construit, état délirant préexistant à la sénescence, souvent dans le cadre d'une symptomatologie complexe (confusion mentale, syndrome démentiel, désafférentation sensorielle) et surtout dans le cadre d'une tentative défensive mise en place par le sujet lorsque sa réalité vieillissante devient trop difficile à vivre.

Certains sujets âgés vont donc se créer, de façon solitaire, sur un mode déréel, un objet qui aura pour fonction de parer une angoisse

intense, de permettre la décharge de tensions agressives, de dynamiser ou réapprovisionner la vie libidinale. « Par une production psychique qui court-circuite le travail de préconscient ou le sujet va tenter seul, sans s'étayer sur un objet thérapeutique ou sur la relation transférentielle liante, de se dégager du chaos dans lequel il se sent immergé en vue de maîtriser les excitations traumatogènes ».

L'activité délirante repose sur le mécanisme de la projection par extériorisation de la pulsion de mort, par mesure de protection du Moi ou par expulsion de la pulsion de vie, de façon à combler un vide mortifère.

Certains thèmes délirants relèvent du 1^{er} mouvement : préjudice, paranoïa, hypocondrie délirante d'involution ; et d'autres du 2^{ème} mouvement : filiation, longévité, compagnon tardif, fausses reconnaissances, relation érotomaniaque tardive.

- LES ETATS DEMENTIELS :

Il s'agit de maladies caractérisée par une baisse de performance cognitives liées a des lésions cérébrale avec une perte de neurones qui ne peut être l'origine de maladie mental, par contre, la prise de conscience de la baisse de ces performances peut provoquer de l'anxiété et rend les sujets plus dépendant à leurs entourage et plus vulnérable à leurs environnement.

Il y a 3 sortes de démences : les démences de types Alzheimer DSTA, qui sont dégénératives, les démences de type vasculaires, et les démences mixtes.

J'expose la maladie d'Alzheimer qui fait partie des démences dégénératives, vu sa fréquence dans le service :

L'Alzheimer peut être la conséquence d'une lésion cérébrale (selon une première hypothèse), ou cela résulterait d'abord de problèmes psychiques, qui seraient tels qu'ils provoqueraient des lésions cérébrales qui viendrait alors étendre et confirmer toute la symptomatique (selon une deuxième hypothèse).

Du coté des accidents vasculaires cérébraux la survenue de la symptomatologie est brutale et immédiate. Le diagnostic va donc pouvoir être très rapide, grâce au scanner.

Du côté de l'approche psychologique des démences, on va envisager tout ce qui est de fonctionnement psychique de l'individu, comme tout ce qui est du côté psycho-dynamique.

Nous avons une autre hypothèse psycho-dynamique qui trouve : que les lésions cérébrales pourraient être à l'origine du développement d'une pathologie cérébrale dégénérative. Ainsi de la pensée, la maladie d'Alzheimer affecte certains sujets en fonction de leurs histoires et de leurs aptitude à dépasser les événements traumatiques de leur vie, à gérer et à liquider leur angoisse, à supporter les modifications corporelles et sociales qui les touchent.

Hypothèses psycho-dynamique décrit le sujet d'Alzheimer en tant que problèmes psychologiques. Dont j'ai choisi deux conceptions :

- CONCEPTUALISATION DE PLOTON: une clinique de la communication.

Il considère la démence comme une maladie psychosomatique qui repose donc sur un effet de stress générant une pathologie lésionnelle. Les stressés, déclencheur du troubles somatique, sont l'approche de la mort et la sortie du monde social, qui créent un trouble narcissique extrêmement douloureux.

Il détermine des traits psychologiques communs aux déments :

- « Une grande vulnérabilité narcissique qui est associée à une certaines labilité. Ce qui aggrave leurs contre -performances.
- Une ambivalence comportant une incapacité à faire des choix, à s'impliquer, évoquant une forme de phobie.
- Un vécu d'abandon, les conduisant à développer des symptômes pour exprimer leur incapacité à rester seuls.
- Une forme d'infiltration psychique par évocation obsessionnelle de la mort.

La démence est pour lui une clinique de la communication. Le sujet s'adresse à son entourage par une expression comportementale

pertinente qui passe par la posture, les intonations de la voix, les mimiques, les conduites, qui lui échappe mais qui est porteuse de sens et permet l'extériorisation de ses tensions internes. Il voit là un langage symbolique, fait des lapsus corporels sur un mode analogue par le sujet, d'un niveau de communication inconscient.

Ceci l'amène à nous proposer d'aborder la symptomatologie démentielle en terme de production d'une présentation déficitaire. Cette présentation de soi déficitaire est assimilable à un mécanisme d'échappement qui va permettre au sujet de signifier quelque chose tout en se plaçant lors jeu en termes de responsabilités, tant à propos de ce qui est montré, que pas rapport à la situation créée.

Cette présentation déficitaire résulte d'une incompatibilité entre les exigences de l'économie relationnelle, économie socio-familiale, où le sujet est assigné au rôle de sortant, mis sur la touche, inclus dans un pré-deuil de soi et de la part d'autrui et les exigences de l'économie psychique individuelle régie par l'instinct de vie. La présentation déficitaire permet au sujet de survivre biologiquement tout en se présentant comme mort socialement grâce à une activité communicationnelle infra verbale.

Cette présentation déficitaire peut être comprise en terme de point d'équilibre dans un champ de forces contradictoires ou être envisagée sous l'angle de la formation de compromis inconscient.

Cette approche du sujet « dément » lui restitue une position de partenaire interactif au sens plein du terme.

- CONCEPTUALISATION DE MAISONDIEU J : La Thanatos.

Selon Maisondieu J. L'angoisse de mort est le pivot de sa théorie sur la démence. Il développe le concept de Thanatos et fait de la démence une pathologie psychique, sociale et organique. Tout se passe dans un

contexte d'angoisse massive où la mort psychique apparaît comme une défense tragique face à la mort réelle.

La démence est la réponse symptomatique, sociale, et individuelle à 3 démarches mortifères :

- le meurtre socio-familiale qui résulte du rejet de la différence et de l'exclusion de celui qui est ni rentable, ni présentable.
- le suicide social du sujet qui, complice de son entourage, participe à sa propre destruction et renonce à lui-même et aux autres.
- le deuil anticipé du sujet par son entourage qui conduit à un détachement affectif, un désinvestissement du sujet tel qu'il est devenu.

La Thanatos est le résultat de l'effacement actif du sujet, néantisé en tant que sujet âgé, déchu, mort en puissance. Cet effacement est au service de l'idéalisation de l'image passée du sujet, idéalisation porteuse de permanence et d'éternité, la réalité du vieillissement et de la mort étant ainsi déniée.

L'effacement se fait du côté de la famille (deuil anticipé) et du côté de l'individu, qui collabore à sa détérioration pour ne plus se voir tel qu'il est et se conformer au désir de son entourage.

La Thanatos s'organise en 2 phases successives:

- le sujet lutte pour rester dans le monde des vivants
- il s'efface, survivant derrière sa déchéance psycho intellectuelle.

MON EXPERIENCE DE STAGE :

La période de 100 heures du stage exigé par l'université et accordée par l'EHPAD, m'a été très courte, pour découvrir concrètement le métier du psychologue dans toutes ces dimensions au sein de l'EHPAD; assister aux entretiens avec les résidents, les séances d'évaluation, les consultations et la participation au diagnostic, l'accueil et le travail avec les familles des résidents, le groupe de parole mis en place aux profits du personnel, les réunions de transmissions et de synthèses.

Mais le fait de compresser les heures du stage en moyenne de Deux à Trois jours par semaine pendant six semaines consécutives, m'a été très bénéfique. Car, ça m'a permis de m'adapter rapidement et dépasser ce

qui m'a affecté émotionnellement par l'image de fragilité du vieillard pendant la première semaine du stage. Ou je suis passé de mes représentations personnelles, d'une vision subjective à une vision beaucoup plus objective et scientifique.

Ceci est peut être dû à la différence socioculturelles d'origine maghrébine, qui est la mienne et la culture occidentale, ou encore plus profond, qui est mon vécu et mon histoire.

Au début c'était un travail centré sur moi-même, le ressentit s'est traduit par un sentiment de culpabilité entraîné par l'image et la fragilité de la personne âgée, Par l'idée que ces personnes sont abandonnées par leurs proches, livrés à leurs handicaps. Ainsi que d'autres interrogations. Mais avec l'aide de ma référente de stage, les échanges et les discussions que j'effectuai avec la psychologue à la fin de chaque journée au début du stage, aux sujets de la vieillesse, le normal et le pathologique chez la personne âgée, l'angoisse de la mort et l'accompagnement de la fin de vie. M'ont permis de développer mes réflexions et prendre une distance par rapport aux événements.

Jour après jour, j'accompagnais la psychologue et parfois le psychomotricien pour saluer les résidents, me présenter et échanger de courtes discussions. Notamment, pour connaître les résidents, surtout ceux de l'unité dédiée aux personnes atteintes d'Alzheimer.

J'assistais quotidiennement aux réunions de transmission, afin de voir l'organisation des plannings de travail et la répartition des tâches de soin, j'ai beaucoup discuté avec les infirmiers et les aides soignants, vu leurs positions très proche du résident. De même avec des stagiaires d'autres disciplines. Ce qui ma permis de rebondir sur leurs approches, leurs motivations et objectifs pour définir le cadre de chaque profession au sein de l'EHPAD.

Dans un deuxième temps, j'ai concentré mon travail sur la relation avec les résidents de l'établissement, à travers l'observation dans les ateliers et les différentes activités d'animation, mais ainsi qu'avec des entretiens. Car il suffisait de me présenter en tant que psychologue stagiaire encadré par la psychologue M.L, ils montrent une certaine satisfaction et semble à l'aise d'échanger avec moi, grâce au soutien psychologique apporté par la psychologue.

Donc après avoir été autorisé à effectuer des entretiens avec les résidents, la psychologue m'a proposé de le faire avec des patients qui ne sont pas dans des stades avancés dans la démence, dont je vais décrire un cas clinique entre autres et présenter la création d'un atelier de stimulation adapté aux personnes atteintes d'Alzheimer.

Description des entretiens:

Le premier contact avec le sujet s'est déroulé dans le séjour de l'établissement, pendant quelques minutes avec la psychologue. J'ai constaté que le sujet connaît bien son nom, son prénom, son âge (71 ans) et sa ville natale, se rappelle des activités qu'il a effectuées pendant la journée. Mais plus le souvenir est ancien plus le sujet est déconcerté. Ou j'ai noté des difficultés de mémoire à long terme. Sur le plan cognitif, le sujet se représente dans l'espace péri personnel et extra personnel et connaît le chemin vers son logement avec l'aide physique d'une tierce personne. Mais sa capacité d'orientation spatiale ne dépasse pas le déplacement dans l'établissement. Parce qu'il ne sait pas où se trouve cet établissement au niveau géographique.

Je lui ai proposé de poursuivre la discussion dans la semaine. Il accepte et me propose de le faire dans son logement.

J'ai effectué deux entretiens avec le sujet. Ça s'est déroulé dans son studio, d'une manière libre, pendant une heure pour chaque entretien.

Ceci est très peu, pour faire une étude de cas clinique. Mais, ça ma permis de recueillir des données importantes, sur lesquelles je me suis appuyer pour faire mon analyse.

Quelques jours après, j'arrive au logement du sujet dans l'établissement, je frappe à la porte. Il me demande d'entrer, m'accueil et me propose de m'asseoir. Mais, il se souci de la porte et me demande de vérifier si la porte est bien fermé. Car, il n'aime pas la laisser ouverte et rajoutes, qu'il ne veut pas déranger les autres, ni être dérangé par les passants du couloire.

Le sujet commence la discussion par une interrogation sur la nature de mon travail dans l'établissement. Ou je lui ai expliqué mon statut professionnel au sein de cette institution et il semble rassuré quand je lui parle de ma référente de stage.

Il me parle de son état de santé et déclare avoir des problèmes d'H.T.A et de diabète, une amputation de la jambe à cause de la gangrène. Gêné par la perte de l'autonomie du déplacement, il se déplace en fauteuil roulant. Il se plaint des frais d'hébergement qui lui coute toute sa paie de retraite. Mais, il semble satisfait des services et de la prise en charge du personnel de soin et exprime sa reconnaissance, en remerciant le Dieu et nie le besoin de parler à un psychologue ; il rajoute même qu'il n'a rien d'autre à me dire sur lui. Car, selon lui, il va très bien.

Le sujet continue à me parler de ses proches, de sa femme qui est décédée il y'a deux ans, de son fils qu'il lui rend visite pendant les fêtes, d'une manière froide et dit, qu'il n'est pas obligé de lui rendre visite. Refuse l'aide de sa famille et de prendre l'argent de son fils. Car, il a une bonne paie de retraite, vu le poste de travail qu'il occupait ; un officier de police.

Le sujet, se rappelle de sa profession et fier de travailler dans la police, dans un premier temps sur le terrain et de mettre son expérience au service de la formation des jeunes candidats, dans la deuxième partie de sa carrière, il fait un effort pour me parler de son travail. Mais semble avoir des difficultés à extraire les souvenirs, coincés sur le récit de quelques événements de ses missions et dans un discours incohérent, il répète les mêmes histoires plusieurs fois dans les deux entretiens.

Avant de passer à l'analyse clinique, j'ajoute que notre cas, passe beaucoup de temps dans son studio en écoutant la radio et regardant la télévision, il participe peu aux animations hebdomadaires organisées à l'établissement. Relationnel investie avec le personnel. Mais pas beaucoup avec les autres résidents.

Analyse clinique :

Je mentionne dans cette analyse, que je n'ai pas travaillé sur l'analyse des performances cognitives du sujet, à cause de l'indisponibilité du sujet, pendant une durée très courte du stage. Ainsi que pour des raisons déontologique, je n'ai pas pu accéder aux données inscrites sur le logiciel P.S.I.

Par contre, je me suis appuyé sur les précédentes conceptualisations que j'ai décrit et sur les signes que j'ai pu tirer, depuis le premier contact avec le sujet jusqu'au dernier détail fournie par l'infirmier ou l'aide soignant référent.

Notre cas, présente plusieurs symptômes et signes cliniques, dont je peux noter le déni, que nous pouvons voir à plusieurs fois, premièrement dans l'isolement, et le désinvestissement social avec les autres résidents de l'établissement. Car, ca le renvoi à l'image de la démence et redoute la stigmatisation dont souffrent les sujets atteint de pathologie mentale. Par contre, il garde et développe le contact avec le personnel supposé normal. Il ne fait pas le travail du deuil, il présente des problèmes d'adaptation

dans son nouvel environnement et n'accepte pas totalement cette nouvelle situation.

Je dénote aussi l'effort qu'il effectue, pour récupérer les souvenirs de son travail. Un ancrage sur des souvenirs encore vivants dans sa mémoire et une fixation sur une période marquante de sa vie et de sa carrière professionnelle. Où il avait le contrôle, il était maître de sa vie et de son environnement.

Je tiens à souligner et reprendre aussi l'événement de la perte qui pour ma part témoigne d'une insécurité psychologique, le sujet ne maîtrise pas son environnement, il perd ses repères qui cadre et protège son espace, ses souvenirs qui l'ont accompagnés toute sa vie, qui ont fait son identité, marqués son histoire et son vécu. La conséquence d'une pathologie neuropsychologique, une Amnésie rétrograde, qui a déclenchée une détérioration partielle de la mémoire à long terme.

Je note aussi une légère vulnérabilité narcissique, représentée par le refus de l'aide de sa famille, du psychologue que j'ai représenté pendant les entretiens. Sa volonté de masquer sa faiblesse, le besoin de rassurance et de refaire le tissu social affecté par la démence. Afin d'entretenir l'image de son ego, garder sa fierté et sa dignité et sécuriser son espace personnel pour éviter un effondrement psychique.

D'un point de vue psychodynamique, je tiens à marquer l'amnésie qui intervient pour rétablir l'équilibre psychique, une réaction psychique, défensive, du sujet face à la charge d'un ou de ce vécu douloureux, face à des conflits intrapsychiques et/ou avec son environnement social. Que le sujet ne peut pas assumer avec une telle fragilité et vulnérabilité psychique.

Participation à la création d'un atelier de stimulation adapté à l'Alzheimer :

Pendant les trois premières semaines, j'ai assisté à plusieurs ateliers de mémoire, de musique, et du dessin, et petit à petit, je commençais à comprendre les objectifs des ateliers, qui sont principalement pour maintenir l'autonomie de chaque résident et stimuler ses performances cognitives en permanence, le plus longtemps possible et m'impliquais dans le travail que ce soit avec le psychomotricien ou avec l'animateur de l'établissement.

La participation passive dans ces différents ateliers de stimulation m'a permis de prendre conscience des qualités de la population prise en charge dans cet établissement et l'écart qu'il y est entre les capacités et la performance des résidents dont ils ont une perte d'autonomie partiel ou totale et les résidents atteints d'Alzheimer.

Donc, j'ai remarqué que ces derniers, ont prouvé des difficultés à s'intégrer dans les différentes activités et de participé activement aux ateliers de stimulation. Ils étaient perdu en permanence, mise en situation d'échec et semblent développées une angoisse qui se traduit par une agressivité envers les autres résidents et une tendance à s'effacer et à s'isoler.

L'animateur, formation de base sociologique, chargé du projet d'art thérapeutique, avait déjà prévu une partie de ce projet ; stimulation adaptée aux personnes atteintes de démence, pour l'an 2011. Mais, vu le nombre de résidents dans l'établissement et la charge de travail. Concrétiser ce projet ne faisait pas une priorité. Pour cela, la psychologue a proposé de démarrer cet atelier avec le psychomotricien et moi.

Après avoir discuté des objectifs principaux de cet atelier, que nous avons résumé dans la socialisation de ces résidents, par ce qu'ils restaient marginaux, lors, des autres ateliers. Ainsi que la rééducation cognitive.

Donc, nous avons des groupes de Cinq à Sept personnes, pour chaque atelier, en fonction de leurs capacités et leurs envies. Puisque, ils n'étaient pas dans le même stade de démence.

L'activité principale de l'atelier était de faire de la musique avec des instruments musicaux, dont le volume et le poids sont adaptés à la population concernée.

Le travail commençait dans le logement de la personne, nous la saluons et essayons de parler des photos de leurs enfants coller sur le mur, de rappeler le jour, l'heure et la saison, expliquer l'activité que nous allons faire, tout en respectant leurs rythme.

Une fois les résidents sont regroupés dans la salle, nous commençons par la présentation des différents instruments colorés et en faire des illustrations. Ceci nous a permis dans un premier temps de repérer ceux qui sont motivés et attirés par le son musical, nous proposons, donc, le choix des ses petits instruments pour chaque résident, et rappelons le refrain sonore à l'ensemble du groupe et accorde le temps de le réaliser pour chacun des résidents, ce qui crée un lien entre les participants. Les pousse à participé plus activement et leurs permettre à apprécié les effets sonore de chaque instrument, dans une bonne ambiance.

D'un point de vue thérapeutique, cet ateliers fait l'objet d'une stimulation cognitives, dont le sujet dois reconnaître l'objet (l'instrument), travaille avec l'ouïe, il est attiré par la couleur des objets, imite les refrains qui doivent être très simple. Afin d'éviter de mettre la personne dans une situation d'échec et renforce sa confiance en soi à chaque fois qu'il réussit

cet acte. Car, la réalisation et l'imitation des refrains musicaux, nécessite une coordination senso-moteur. Puisque ça travaille plusieurs fonctions cognitives à la fois. La perception visuelle, auditive et sensitive. Le traitement et l'enregistrement de l'information. L'attention, le raisonnement et la mémoire. Ce qui retravaille les fonctions cognitives, stimule et maintient la capacité neuropsychologique des sujets.

Cet atelier dure entre vingt et quarante minutes. Car, au bout d'une vingtaine de minutes certains résidents sont fatigués à cause de l'effort de concentration effectué. Dans ce cas, nous les accompagnons à leur logement et poursuivons avec les autres.

Pour réussir et améliorer la productivité de chacun de ces malades, nous faisons des évaluations de nombre de participation et de productivité, sur une échelle de notation que l'animateur chargé du projet, nous a communiqué. Afin de connaître les préférences de chaque malade et la période qui lui convient le mieux dans la journée. Pour cela, nous avons programmés l'atelier dans la matinée et parfois dans l'après-midi. Nous nous appuyés sur des signes non-verbaux en l'absence de communication des malades, comme : le plaisir, les sourires, voir les malades motivés pour tel ou tel activités comme signes positifs et le refus, l'agressivité ou le désinvestissement de l'échange avec l'animateur de l'atelier que ce soit le psychomotricien ou moi, comme signe négatif.

Lors, de ces ateliers de stimulation adaptés aux malades atteints de démence, l'objectif a donc été de proposer des exercices variés dans le domaine de la mémoire, du raisonnement, de la concentration ou encore de l'analyse visuelle, à travers la musique, le mouvement ; en imitant des sports comme l'escrime avec des supports adaptées et le dessin. Tout en favorisant l'aspect ludique de chaque activité proposée. Afin de joindre l'utile à l'agréable et éviter de mettre la personne en position de compétitivité.

Conclusion :

Effectuer ce stage relève d'un choix de ma part, qui malgré sa courte durée, ma permis de découvrir la fonction du psychologue auprès des sujets âgées et développer mon expérience professionnel au sein de l'EHPAD, ou j'ai eu l'occasion d'être dans un terrain riche sur le plan de la clinique et le plan relationnel ainsi qu'intervenir d'une manière individuelle et en groupe.

La confrontation avec la spécificité des personnes âgées, ma permis d'enrichir mes connaissance théorique et pratique, en découvrant une population différente de celle que j'avais rencontré auparavant, auprès des patients adultes, enfants et personnes en situation d'handicap; afin de profiter de cette dernière année de licence à élargir mon champ d'observation et d'implication. Ce qui a fait l'occasion de développer une approche psycho-clinique globale des trois tranches d'âge et choisir le domaine dans le quel je vais m'investir en master.

Bibliographie :

- 1- [Jean-Claude Monfort](#), (2009), « La psycho gériatrie », collection Que Sais Je ?
- 2- Marie Louise Le Rouzo, (2008), « la personne âgée, Psychologie du vieillissement », France Quercy, Mercuès.
- 3- Marion Peruchon, (1992), « Destins ultimes de la pulsion de mort », Dunod, Paris.
- 4- Louis Ploton, (2004), « Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage », Chronique sociale, Lyon.
- 5- Jean MaisonDieu, (2001), « le crépuscule de la raison », Bayard.
- 6- Claude Lemaire ngunuu, (1999) « soins d'animation », Estem, Paris.