

Effets de séances de relaxation sur des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et présentant des troubles de l'agitation et du sommeil au sein d'une U.P.A.D.¹

Mémoire de recherche présenté dans le cadre du Master 1 de psychologie en psychologie du développement.

Directeur : Fromage B.

Année universitaire 2012-2013
Laboratoire de psychologie des Pays de Loire
EA 4638

¹ Unité pour Personnes Âgées Désorientées

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e)PEIL Ophélie.....
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :



Remerciements

*à M. Fromage pour m'avoir permis de réaliser ce travail,
à M. Pommateau de m'avoir accueillie en stage et guidée pour la relaxation,
à mon entourage pour leur patience et leurs encouragements.*

Un grand merci aux équipes de Rimbaud et Verlaine, sans oublier les agents de nuit, pour leur aide dans les observations et les fiches nuit.

Sommaire

Introduction.....	p. 3
I- Partie théorique.....	p. 4 à 27
1) La relaxation.....	p. 4 à 23
A) Définitions.....	p. 4
B) Les différentes relaxations.....	p. 5 à 15
1) L'hypnose.....	p. 5 à 7
2) La relaxation progressive de E. Jacobson.....	p. 7
3) Le Training Autogène de J.H. Schultz.....	p. 8 à 11
4) La relaxation à inductions variables.....	p. 11 à 12
5) La sophrologie.....	p. 12 à 14
6) L'abord corporel thérapeutique.....	p. 14 à 15
C) Ce que suppose la relaxation.....	p. 15 à 20
1) La relaxation et relation au corps.....	p. 15 à 16
2) Relaxation et fonctionnement psychique.....	p. 16 à 17
3) Les enjeux mobilisés du côté relaxateur.....	p. 17 à 18
4) Le cadre psychothérapique.....	p. 18
5) Les suggestions.....	p. 19
6) Le rôle de la relaxation dans l'anxiété.....	p. 19 à 20
D) La relaxation avec les personnes âgées.....	p. 20 à 23
1) La personne âgée, relaxation et corps.....	p. 20
2) Relaxation et psychisme du sujet âgé.....	p. 20 à 21
3) Un cadre psychothérapique particulier.....	p. 21
4) Relaxation, troubles comportementaux et maladie d'Alzheimer.....	p. 22 à 23
a) La maladie d'Alzheimer.....	p. 22
b) Les troubles du comportement.....	p. 22 à 23
c) Relaxation et démence.....	p. 23
2) Le sommeil des personnes âgées.....	p. 23 à 27
A) Le sommeil chez la personne âgée.....	p. 24 à 26
1) Structuration du sommeil.....	p. 24
2) Les troubles du sommeil.....	p. 25
3) Les significations de la nuit.....	p. 25 à 26

B) Le sommeil chez les malades Alzheimer.....	p. 26 à 27
1) Le sommeil.....	p. 26
2) La nuit dans les U.P.A.D.....	p. 26 à 27
3) La relaxation et les troubles du sommeil.....	p. 27
II- Notre étude.....	p. 28 à 33
1) Nos outils.....	p. 28 à 31
A) L'échelle C.M.A.I.....	p. 28 à 31
B) Les fiches nuit.....	p. 31
C) Nos observations croisées à celles du personnel soignant.....	p. 31
2) Procédure.....	p. 31 à 32
A) L'enregistrement sonore.....	p. 31
B) Le script.....	p. 32
C) La passation.....	p. 33
3) Echantillon.....	p. 33
III- Problématique et hypothèses.....	p. 34
IV- Résultats.....	p. 34 à 41
1) Mme B.....	p. 34 à 36
2) Mme G.....	p. 36 à 37
3) Mme H.....	p. 37 à 38
4) Mme L.....	p. 39 à 40
5) L'ensemble du groupe.....	p. 40 à 41
V- Discussion.....	p. 41 à 42
Conclusion.....	p. 43
Bibliographie.....	p. 44 à 46
Annexes.....	p. 47

Introduction

La relaxation est aujourd'hui un terme utilisé par tous. Sa définition actuelle se rapproche de celle de la détente. Se relaxer signifie donc prendre un moment pour se détendre, se couper du monde urbain qui nous demande un rythme soutenu, une cadence parfois trop élevée. La relaxation a donc un pouvoir antistress. Mais, qu'en est-il de la relaxation au sens thérapeutique ? Qu'apporte-t-elle psychologiquement ?

Ce travail se propose d'étudier l'effet qu'a la relaxation sur les troubles du comportement et la qualité de la nuit du sujet âgé. Nous supposons que la relaxation permet une diminution des troubles de l'agitation et une amélioration de la qualité de la nuit des personnes âgées vivant en U.P.A.D. (Unité pour Personnes Agées Désorientées).

Dans une première partie, nous nous intéresserons aux études scientifiques qui ont déjà été réalisées sur la relaxation et les troubles du comportement. Nous verrons d'abord ce qu'est la relaxation au sens large, puis davantage restreint au monde thérapeutique. Puis, nous verrons, à travers les différents auteurs, ce qu'elle peut apporter aux patients des psychologues. Puis, nous en parlerons en ciblant les effets qu'elle peut avoir sur les personnes âgées. Nous parlerons ensuite du sommeil du sujet âgé, de la maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement. Enfin, nous vous présenterons notre travail qui étudie les effets de la relaxation sur les personnes âgées démentes en institution.

I- Partie théorique

1) La relaxation

A) Définitions

D'après les dictionnaires, la relaxation est « une diminution ou une suppression d'une tension » ou encore « une méthode thérapeutique de détente et de maîtrise des fonctions corporelles par des procédés psychologiques actifs »². Au sens commun, la relaxation a donc pour objectif une détente physique. C'est également un procédé qui permet une action sur le corps par l'esprit. Au cours du temps, cette définition a beaucoup évolué. Au sens latin, ce terme était traduit par « relaxatio », c'est-à-dire le repos, la détente. Au XII^{ème} siècle, « relaxer » était synonyme de « pardonner ». A cette époque, cela était un terme juridique, dans le sens de remettre en liberté, libérer quelqu'un. « Relaxation » au XIV^{ème} siècle, évolue pour signifier une diminution ou suppression d'une tension. Plus tard, au XIX^{ème} siècle, « relaxation » devient « relanssacion », qui signifie l'action de desserrer un pansement. Nous retrouvons encore ici l'idée de relâcher, libérer. Puis, ce terme évolue pour prendre le sens de décontraction musculaire, tandis qu'en Anglais, cela signifie la relaxation de l'esprit. Enfin, c'est au XX^{ème} siècle que ce verbe devient pronominal et prend le sens d'une détente psychocorporelle. Nous pouvons d'ores et déjà remarquer qu'au creux de ce terme, deux composantes émergent : la décontraction musculaire et la détente de l'esprit.

La relaxation, même si elle n'est pas nommée ainsi, existe depuis longtemps. Toutes les civilisations ont développé des états intérieurs qui permettent la méditation, le repli sur soi. A chaque fois, la position assise et immobile est prégnante. On retrouve ces états dans les différentes religions comme le christianisme ou encore l'islam. Puis, nous les retrouvons dans le bouddhisme, le zen japonais et l'hindouisme.

² Robert, P. (2007). *Le nouveau Petit Robert de la langue française*. Paris : SEJER.

La relaxation, au sens thérapeutique, permet donc d'atteindre un état de conscience modifiée, semblable au sommeil et donc propice à la détente musculaire et mentale. Plusieurs types de relaxations permettent d'atteindre cet état.

B) Les différentes relaxations

Selon P. Brenot³, il y a quatre méthodes de relaxation : l'hypnose et les relaxations hypnotiques, le training autogène ou les méthodes couvrantes, les relaxations psychothérapeutiques ou les méthodes découvrantes et les autres méthodes. Les couvrantes ont pour objectif une maîtrise du corps et/ou la suppression des symptômes. Seul le corporel compte. Elles permettent un contrôle physiologique par la découverte de soi. Les découvrantes sont des méthodes de relaxation qui permettent d'introduire la verbalisation, l'élaboration, un travail psychique. Elles sont préalables aux entretiens cliniques ou psychanalytiques. Pour S. Ferenczi, « la relaxation psychique peut contribuer à vaincre les inhibitions psychiques et les résistances dans le travail de l'association ». Elles permettent de lever les défenses du Moi. Elles sont utilisées pour les personnes qui, au premier rendez-vous avec le professionnel, ont des difficultés pour verbaliser.

Plusieurs auteurs ont proposé une approche différente de la relaxation.

Le courant contemporain de la relaxation débute vers le XIX^{ème} siècle avec l'hypnose de J.M. Charcot. Arrivent ensuite la méthode de E. Jacobson, le training autogène de J.H. Schultz, la relaxation à inductions variables de M. Sapir, le training autogène progressif de Y. Ranty et la sophrologie d'A. Caycedo.

Aujourd'hui, la définition de la relaxation au sens thérapeutique pourrait être la suivante : modification de l'état de conscience, tel un état hypnotique, qui permet une détente musculaire et mentale.

1) L'hypnose

Une des premières méthodes de relaxation à avoir été utilisée est l'hypnose. Elle est une technique particulière qui permet au sujet d'accéder à un état de conscience modifiée,

³ Brenot, P. (2003). *La relaxation*. Paris : Presses Universitaires de France.

semblable au sommeil. Cet état de conscience modifiée permet de diminuer les défenses du Surmoi afin d'accéder à l'inconscient et donc aux souvenirs traumatiques, responsables des symptômes. J.M. Charcot utilisait cette technique pour guérir principalement l'hystérie. Cela consiste en un lâcher prise. Le sujet est en position allongée, les bras le long du corps. L'objectif de cette méthode est de plonger le sujet hystérique dans un état semblable au sommeil afin de faire disparaître les symptômes. Cette méthode est considérée comme faisant partie des différentes relaxations du fait de cet état entre veille et sommeil, permettant une décontraction musculaire et une apparente détente psychique.

Puis, S. Freud utilise à son tour l'hypnose. Cependant, il abandonne cette technique assez tôt, n'ayant pas de réels bénéfices thérapeutiques selon lui. L'hypnose permet d'accéder à l'inconscient et donc au thérapeute d'avoir les éléments suffisants pour faire avancer la thérapie. Or, une fois le sujet revenu à l'état de conscience, il ne se souvient pas de ce qui a été révélé. Les données sont alors difficilement exploitables pour S. Freud puisque, selon lui, pour qu'une guérison s'opère, les souvenirs inconscients doivent parvenir à la conscience, ce qui n'est pas le cas avec l'hypnose. De plus, l'hypnose crée un état de dépendance au thérapeute, ce qui peut être nocif pour le sujet. Ce dernier s'abandonne au thérapeute, le lien est alors particulier. Il doit accepter les suggestions du thérapeute.

L'hypnose a connu des remaniements, notamment avec E. Erickson qui la modifie et donne de nouvelles possibilités à l'esprit de la personne. Pour lui, l'hypnose doit être différente en fonction du sujet et offre de grandes possibilités thérapeutiques. Il ouvre l'hypnose, la rendant moins rigide, moins normée. Il utilise des métaphores et des suggestions indirectes par différents canaux sensoriels (verbaux, tactiles etc.). E. Erickson utilise également l'observation. Ce qu'il observe du sujet guide son hypnose, ses suggestions et métaphores. Il parle le « langage du patient »⁴. Dans l'hypnose ericksonienne, le thérapeute guide le sujet selon son sens. C'est à partir du sujet, de ce qu'il donne à voir ou faire, que le thérapeute va pouvoir le guider par les suggestions. Pour lui, l'hypnose permet au sujet de se focaliser sur ses sensations internes, ses émotions et ses souvenirs. Elle permet une dissociation avec l'extérieur rendant ainsi possible la centration sur le monde interne. Le raisonnement n'est plus rationnel mais sensoriel. Cela permet au sujet de découvrir des parties du soi jusqu'alors non conscientisées.

⁴ Aïm, P. & Kahn, J.P. (2012). Hypnose et thérapies brèves, normes et liberté. *L'information psychiatrique*, 80, pp. 711-719.

Aujourd'hui, la littérature considère que six étapes sont nécessaires afin de qualifier une méthode d'hypnotique. Cela commence par l'induction, lorsque le thérapeute oriente l'attention du sujet sur un objet précis. Cette induction fait naître une fascination de courte durée pour cet objet. Puis, il y a confusion suivie d'un relâchement de l'activité cognitive, c'est-à-dire une entrée dans un état proche du sommeil. Le sujet entre ensuite en transe hypnotique, traduite par une dissociation psychique et une catalepsie du corps. Apparaît ensuite l'imagination qui libère le sujet, lui permet de s'approprier de nouvelles possibilités d'actions sur lui-même. Enfin, le sujet retourne à l'état de veille.

L'hypnose est une méthode très controversée aujourd'hui, car trop rigoureuse. Elle demande beaucoup d'expérience de la part du thérapeute et une résistance moindre de la part du sujet. C'est pourquoi des auteurs ont proposé d'autres approches.

2) La relaxation progressive de E. Jacobson

Le premier à proposer une méthode de relaxation autre que l'hypnose est E. Jacobson en 1929 qui présente la technique de « contraction-relâchement », opposée à l'hypnose. En effet, l'auteur n'utilise aucune suggestion mais une action physique. Cette relaxation fait partie des méthodes couvrantes. L'objectif est d'obtenir une détente physique. Pour cet auteur, il est impossible de sentir une tension sur des muscles entièrement détendus. En utilisant un tracé électromyographique, E. Jacobson a pu démontrer qu'une pensée entraîne une contraction musculaire. Son hypothèse est donc qu'un sujet ne peut être anxieux si tous ses muscles sont détendus.

Le sujet, ou relaxant, est allongé sur le dos, les bras en appui le long du corps. Cette méthode nécessite un entraînement, afin de trouver une détente physique complète en peu de temps. Elle se décompose en deux temps. La première phase est une période de contraction d'un groupe musculaire suivie d'une phase de relâchement. Cela permet au sujet de prendre conscience des différences de sensations produites par la tension et la détente. Après entraînement, il est capable de détendre les muscles de ce groupe sans la contraction première. Ils doivent alors être mous et immobiles. Cette relaxation est dite progressive car les groupes musculaires sont détendus les uns après les autres. Le thérapeute, ou relaxateur, commence par les bras, les jambes, puis le torse pour finir avec le cou et les muscles faciaux. A la fin de

l'apprentissage, le sujet est capable de gérer la tension de ses muscles. Cela lui permet donc de gérer son anxiété, puisqu'aucune anxiété n'est possible si le corps est relâché.

L'inconvénient de cette méthode est que l'apprentissage est long. Sa technique complète comprend quarante séances. Cela dépend également de la capacité du sujet à atteindre le relâchement. Elle nécessite donc un suivi régulier pendant une période assez longue. Elle ne peut donc pas être appliquée à toutes les populations, notamment les personnes âgées.

3) Le Training Autogène de J.H. Schultz

En 1959, J.H. Schultz propose le training autogène appelé également relaxation par auto-décontraction concentrative. Elle fait partie des méthodes couvrantes. Ici, l'objectif est de parvenir à une baisse de la tension mentale par la décontraction musculaire autogénérée. C'est un entraînement à l'auto-hypnose. Cet auteur, alors influencé par les techniques psychanalytiques, veut que le training autogène ait des effets semblables à ceux de l'hypnose. Selon l'auteur, l'état visé en training autogène est proche de celui induit par le sommeil sans utiliser aucune suggestion étrangère. L'état autogène est donc un état de conscience modifiée. L'objectif est une décontraction physique et mentale obtenue par concentration. Le but de la thérapie est que l'exercice soit pratiqué par le relaxant lui-même, en autonomie. Il est alors libéré de toute dépendance au thérapeute, au contraire de l'hypnose. Le relaxateur utilise l'auto-induction et donne des exercices à faire chez soi quotidiennement. Il utilise également des formules répétitives pour favoriser la concentration. Pour lui, c'est une psychothérapie. L'auteur travaille essentiellement à partir de l'expérience de la pesanteur, la chaleur ainsi que le rythme cardiaque et respiratoire. La pensée est concentrée sur une partie ou fonction du corps précise, ce qui va permettre la détente. Cette technique de relaxation requiert un entraînement rigoureux.

Les exercices proposés sont gradués, du moins au plus complexe. Au fur et à mesure, grâce à l'entraînement, l'auteur veut que le sujet ressente ce qu'il perçoit lorsqu'il prend un bain, quand le corps est au chaud dans l'eau, et la tête au frais, à l'air libre. Le corps est alors libéré

de toute contraction et la tête au repos. Le but est donc une « plongée intérieure »⁵. J. H. Schultz évoque les effets concrets que cela peut avoir, à savoir :

- une détente réparatrice : les effets sont similaires à ceux du sommeil.
- le calme dans l'action : dans la vie quotidienne, la personne s'emportera moins et éliminera les émotions inadéquates.
- l'autorégulation des fonctions corporelles.
- l'augmentation des capacités mentales et cognitives, comme la mémoire.
- la disparition complète de sensations douloureuses.
- la discipline personnelle : maîtrise de soi.

Afin d'aboutir à la détente et aux différents effets que nous venons de citer, J.H. Schultz propose six exercices travaillant six parties ou fonctions du corps : les muscles des bras et des jambes, le système vasculaire, le cœur, la respiration, les organes abdominaux et la tête. Chaque exercice se concentre sur une seule partie du corps. Essayer d'agir sur les six à la fois n'aboutirait pas, l'exercice serait contraignant et donc non relaxant. De même, le sujet ne doit pas se crispier sur une formule. Il doit se la représenter, laisser faire le travail d'imagination.

Avec le training autogène, les formules sont stéréotypées pour que le sujet se focalise sur une partie du corps, selon les pathologies. Cela nécessite d'accepter un ordre surmoïque. Le thérapeute fait éprouver des sensations corporelles au sujet. Les émotions sont ressenties à travers ces sensations. Le corps et l'esprit sont relâchés et le sujet laisse venir les images dans cet état de rêve éveillé. Le sujet se rend disponible pour son monde intérieur. Les exercices vont être respiratoires et musculaires. Grâce à ceux-ci, le sujet va pouvoir se centrer sur son monde intérieur. Cela nécessite donc une régression afin de réduire le rôle du Moi. Pour que cela soit réalisable, J.H. Schultz introduit deux principes. Le premier est le principe de non interférence du Moi qui doit laisser venir toute image. Le deuxième est le principe d'abstinence du thérapeute, son silence absolu. Ces deux principes respectés, l'influence du Moi diminue. Il y a alors une plus grande exposition de l'inconscient. La personne passe à des niveaux psychiques moins complexes et moins structurés. Il s'agit donc d'une régression topique et temporelle. Le vécu corporel permet d'accéder aux vécus affectifs. Le Moi disparaît et laisse place au Moi corporel. Des images vont alors s'imposer comme dans le rêve.

⁵ Schultz, J.H. (1958). *Manuel pratique du training autogène (auto-décontraction concentrative)*. Paris : Presses Universitaires de France.

Le training autogène a inspiré beaucoup d'autres types de relaxations. La plupart en émanent directement. Aujourd'hui, la phrase unique répétée est comparée à la « méthode Coué » donc est controversée. Elle donne le sentiment d'une phrase « magique » permettant la détente. Les auteurs préfèrent utiliser une image personnelle, qui appartient au relaxant.

Le training autogène de J.H. Schultz a lui-même évolué depuis sa création. Aujourd'hui, il est devenu « la psychothérapie bionomique autogène »⁶. Celle-ci fait partie des méthodes découvrières. L'auteur a établi un schéma hiérarchique des valeurs existentielles fondamentales, comparable à la pyramide des besoins de A. Maslow. Selon J.H. Schultz, ces valeurs sont traduites en besoins existentiels qui doivent être satisfaits au cours de la vie. La névrose serait un échec de la réalisation de ces différentes valeurs. Le but de la thérapie va donc être de rétablir les valeurs non accomplies. La pathologie du sujet dépend donc de sa position dans ce système de valeurs. Le premier niveau correspond aux valeurs de « santé » qui se réalisent grâce à la somatisation. Il s'agit de percevoir les vécus corporels afin de le libérer et de supprimer des représentations erronées de ce corps. La deuxième étape correspond à des valeurs de « bonheur ». Le sujet apprend à différencier conscient et inconscient, libérant ainsi les identifications existentielles que J.H. Schultz qualifie de « fausses et primitives »⁷. Le sujet se libère de ces identifications au profit d'autres post-œdipiens. Le troisième niveau correspond à des besoins de possession et prestige tels que le mariage, la famille (etc.). Ce sont des valeurs de « sécurité ». Ces valeurs seraient réalisées grâce à une fonction que l'auteur appelle « logique ou raison collective pratique ». Le quatrième échelon correspond aux valeurs « d'attitude ». Il s'agit de questions existentielles quant à la place qu'a le sujet sur terre, d'une prise de conscience quant à la réalité de la mort et d'une vie cosmique transcendante. Ces valeurs seront accomplies grâce à une « logique cosmique ». Le cinquième palier correspond aux valeurs de « liberté et autonomie ». La fonction « d'autocontrôle » permet d'accéder à une claire conscience de soi et de faire face aux problématiques concernant la valeur que le sujet s'attribue. Enfin, la dernière valeur est « l'autoréalisation ». Ce but final est atteint grâce à la fonction « d'harmonie totale » résolvant la problématique de l'être vivant spirituellement fécond.

Cette thérapie est donc autogène car développée par le sujet, guidée par le thérapeute. Elle permet un processus d'individuation. Elle se déroule en deux phases. La première (dont le but est de libérer les blocages, somatiser et identifier les sensations) est dite autogène et se

⁶ Ranty, Y. (2009). *La relaxation, une psychothérapie d'avenir : dépasser les dualismes psychothérapeutiques*. Paris : l'Harmattan.

⁷ Ranty, Y. (2009). *La relaxation, une psychothérapie d'avenir : dépasser les dualismes psychothérapeutiques*. Paris : l'Harmattan.

décompose en deux parties. La première est somatique, il s'agit du training autogène tel que nous l'avons décrit. La seconde est psychique-imaginative. C'est ce que J.H. Schultz appelle le training autogène supérieur. La relaxation est davantage dirigée vers les images psychiques. La deuxième phase est dite colloquiale. Elle est caractérisée par l'entretien mené essentiellement par les associations libres, permettant la verbalisation de ce qui s'est vécu au cours de la première phase.

Y. Ranty a également proposé une amélioration au training autogène de J.H. Schultz avec le training autogène progressif psychothérapique⁸. Pour cet auteur, la parole suggestive n'a pas été respectée. Sa méthode se décompose en deux temps. Le premier est une période de relaxation où est privilégié le silence. Cela permet au sujet de se centrer sur son monde intérieur et de faire émerger les images mentales propres au relaxant. Est également utilisée une parole suggestive mais non directive. Il s'agit pour le thérapeute d'apporter au sujet un sentiment de calme et de sécurité. Aucune sensation n'est imposée. Puis, le deuxième temps est un moment d'analyse des images, des résistances qui ont pu être rencontrées. Il s'agit donc d'un temps d'échange autour du vécu corporel et subjectif du sujet. Cette méthode permet de réparer des traumatismes subis antérieurement.

4) La relaxation à inductions variables

Pour M. Sapir, la relaxation est une méthode qui agit sur le tonus musculaire et vise son relâchement. L'auteur s'est inspiré du training autogène pour aboutir à ce qu'il appelle la relaxation à inductions variables, dans les années 1960⁹. Pour cet auteur, corps et esprit sont étroitement liés. Cette relaxation fait partie des méthodes découvrières. Le thérapeute cherche du sens aux symptômes du relaxant. M. Sapir parle d'inductions variables car il utilise différents canaux sensoriels, à savoir tactiles, langagiers ou silencieux. Les inductions ne sont jamais les mêmes d'une séance et d'une séquence à l'autre. La parole du thérapeute est descriptive et dépend du corps du sujet. Rien n'est préparé à l'avance. Tout dépend de ce que le relaxateur perçoit du relaxant. L'auteur met l'accent sur les paroles mais également le toucher. Il en mesure les effets, positifs comme négatifs, sur le sujet et sur le relaxateur lui-même.

⁸ Ranty, Y. (2009). *La relaxation, une psychothérapie d'avenir : dépasser les dualismes psychothérapiques*. Paris : l'Harmattan.

⁹ Sapir, M. (1996). *La relation au corps*. Paris : Dunod.

Cette relaxation s'organise en cinq séquences. La première est l'induction qui est verbale ou tactile. La verbale est alors axée sur le corps, les sensations corporelles. Le relaxateur utilise des métaphores. Ainsi, la personne va se focaliser, par exemple, sur le trajet de l'air. Le relaxateur peut également centrer le sujet sur les muscles, leur relâchement. Ensuite, le relaxateur, laisse un moment de silence, d'attente, qui peut paraître rassurant ou angoissant selon la structuration psychique du sujet. La deuxième séquence peut être une parole, un toucher ou un autre silence selon le relaxant. Puis, dans la troisième séquence, apparaît la deuxième induction, qui est obligatoirement différente de la première. Par exemple, le thérapeute pose sa main sur le ventre du relaxant, afin de se concentrer sur la respiration. Le sujet peut également se sentir angoissé, car menacé par une main inconnue, ou rassuré, ce toucher faisant référence au toucher maternel, bienfaisant. Ensuite, le thérapeute introduit le deuxième silence. Suit la quatrième séquence qui introduit la fin des inductions. Cela prépare à la séparation et à la libération du sujet. Puis, arrive le troisième et dernier silence. La séance se termine par la cinquième séquence, ce que M. Sapir appelle « le dit du corps », instant pendant lequel le corps parle, réagit suite à cette induction variable. Le thérapeute est alors très attentif à ce moment.

Cette relaxation, comme beaucoup d'autres, suppose la position couchée, les yeux fermés. Il y a donc régression temporelle, dans la mesure où le sujet se trouve dépendant au thérapeute, à l'adulte. Les personnes vont donc réagir différemment, selon leur structure psychique. En plus de la régression par le toucher, la question des limites, du dehors et du dedans est posée. Cette relaxation a pour but de faire renaître des sensations oubliées, des remémorations. Ces dernières peuvent être celles d'évènements marquants, de traumatismes, de traces mnésiques corporelles. Ainsi, cette relaxation est une psychothérapie.

5) La sophrologie

La sophrologie, très utilisée actuellement, a été proposée par A. Caycedo en 1979¹⁰. Son hypothèse est la même que celle d'E. Jacobson : toute émotion provoque une tension musculaire donc une détente musculaire généralisée entraîne une détente psychique. « Sophrologie » vient du latin « sos » qui signifie sain, « phren » le diaphragme et « logos » l'étude. Pour l'auteur, il s'agit d'étudier la conscience et ses modifications par des actions

¹⁰ Hissard, M.J. (1988). *Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui. 2 : actes du premier colloque international de relaxation*. Paris : l'Harmattan.

physiques. Comme avec le training autogène de J.H. Schultz, l'auteur veut que le sujet soit autonome, qu'il puisse contrôler le vécu de son corps. Pour A. Caycedo, la conscience est divisée en différents états qualitatifs (l'état pathologique, ordinaire et sophronique) ainsi qu'en niveaux ou états quantitatifs (niveau veille, sophroliminal et sommeil).

Pour aboutir à l'état de détente mentale où la vigilance est diminuée, cet auteur utilise la respiration lors des premiers exercices, puis l'imagerie mentale. L'attention est alors modifiée, elle devient flottante. Elle est semblable à celle retrouvée dans le sommeil car il y a diminution de la vigilance. Le sujet est alors dans un état de conscience modifiée que A. Caycedo appelle le niveau sophroliminal. Le Moi étant moins défensif, l'inconscient va pouvoir émerger. Il s'agit d'établir un lien entre le réel et le symbolique. L'auteur va alors utiliser un script et un *terpnos logos* c'est-à-dire une voix douce, monocorde, un ton harmonieux et persuasif.

La sophrologie comporte deux méthodes chacune divisée en plusieurs parties. La première méthode est dite statique. Elle se divise en six parties. A chaque début d'exercice, le sophrologue explique au sujet le déroulement de l'exercice. La première partie comprend des exercices de relaxation dite simple. Il s'agit d'apprendre à détendre son corps. Cela nécessite une position allongée et les yeux fermés. Le relaxant va prendre conscience de son corps en ressentant son poids et les points d'appuis du corps avec le lit ou le fauteuil. Le thérapeute l'aide en lui dictant les endroits où porter l'attention. Il s'agit de prendre conscience de la décontraction des muscles en insistant sur l'abdomen. Puis, afin de détendre l'esprit, le thérapeute demande au sujet de penser à l'endormissement. A la fin de la séance, il y a un moment de reprise, semblable au réveil. Le sujet reprend contact avec l'extérieur. Cela se fait progressivement : d'abord avec des respirations profondes, puis grâce à de légers mouvements des membres pour finir par l'ouverture des yeux.

La deuxième partie permet, selon Y. Davrou¹¹, une activation intrasophronique. Les sensations de pesanteur, chaleur, battements du cœur et respiration sont ajoutés à la relaxation simple. Le corps va être relaxé au fur et à mesure, par groupes musculaires.

Cette activation permet ensuite la sophro-acceptation progressive. Le sujet doit visualiser des moments heureux de sa vie, pour une prise de conscience d'un bien-être physique et moral. Sont développées les capacités imaginatives puisqu'il est demandé au relaxant de se voir, tel qu'il peut se voir sur une diapositive. Cette image peut évoluer, le sujet est libre d'y ajouter

¹¹ Davrou, Y. (1978). *Le guide pratique de la sophrologie*. Paris : Retz.

des parfums, des bruits (etc.). Il s'agit alors d'une détente mentale. Après entraînement, cet exercice permet à la personne de remplacer une émotion négative engendrée par la vie quotidienne par une émotion positive. C'est un exercice qui permet de réduire l'anxiété.

La quatrième étape est appelée sophro-respiration synchronique. Le thérapeute aide le sujet à focaliser son attention sur sa respiration qui doit être paisible. A chaque expiration, il doit exprimer un terme évoquant le calme.

Ensuite, la relaxation permet une protection sophroliminale du sommeil. Lors de cet exercice, la personne doit se voir chez elle, le soir, comment elle se couche ainsi que tous les gestes et éléments qui accompagnent le coucher et l'endormissement. Dans un deuxième temps, le relaxant fait de même, pour le réveil. Cet exercice permet à la personne un meilleur sommeil et de dynamiser le réveil.

Enfin, la dernière partie est appelée sophro-substitution sensorielle. Le thérapeute aide le sujet à remplacer une sensation par une autre (ex. : la chaleur devient fraîcheur).

La deuxième méthode est une relaxation dynamique. Elle est divisée en trois degrés dont le premier est concentratif. Le sujet apprend à contracter ses muscles afin de ressentir les bienfaits du relâchement. Le relaxant est debout. Le deuxième degré est contemplatif. Le sujet doit visualiser un objet tout en faisant les exercices physiques de contraction. Enfin, le dernier degré est appelé méditatif. Il s'agit de développer son imaginaire en position assise. Le sujet doit se représenter dans la pièce et essaie de se voir dans différentes situations évocatrices de bien être.

La sophrologie une méthode progressive qui allie corps et esprit. Elle est très utilisée aujourd'hui, notamment dans le domaine du sport et de l'éducation. Elle permet une découverte de soi ainsi qu'une augmentation des capacités imaginatives.

6) L'Abord Corporel Thérapeutique

L'abord corporel thérapeutique est une psychothérapie qui, selon E. Baron¹², passe par le corps. Elle fait partie des méthodes couvrantes. Cette méthode est proposée par E. Baron et al. en 1981. Elle se déroule en quatre étapes. La première permet l'abord extérieur du corps, une prise de conscience progressive du corps, notamment par l'expérience poids et chaleur que l'on retrouve dans le training autogène de J.H. Schultz. Cette prise de conscience du corps est

¹² Baron, E., Benoît, J.C., Debure, E., Erlich, M., Noël, F. & Pellerin, M. (1981). *Détente et mouvement en psychothérapie*. L'abord corporel thérapeutique. Paris : ESF.

progressive car chaque séance porte sur une partie du corps. Elle est permise par les sensations opposées « tension-détente ». Puis, l'attention est focalisée sur le passage intérieur-extérieur par la respiration. Le corps est dynamisé par ce mouvement. La troisième étape est une intériorisation permise par la prise de conscience du mouvement sanguin, notamment par les battements du cœur. Enfin, il s'agit d'un retour vers l'extérieur. Lorsque cette dernière étape est atteinte, le sujet est capable de sentir son corps, en a pleinement conscience. La personnalité est globalisée, le sujet est autonome.

Ce sont des cures courtes (3 à 10 mois) pendant lesquelles le sujet va apprendre à décoder les messages de son corps. A la fin de chaque séance, il peut être demandé à la personne de faire un dessin de ce qu'elle a ressenti. Au fur et à mesure, il y aura des ajouts, des mouvements sur les dessins. L'objectif est de changer les réponses que le sujet produit habituellement lors de situation, en fonction de l'extérieur. Le but est la découverte de soi-même. Lors de la première séance, le thérapeute va observer afin d'aider, d'orienter le sujet au travers de cette découverte. Il guide au fur et à mesure la personne. Avec la respiration, la personne va s'aider de ses mains, pour suivre ce mouvement. Le thérapeute insiste sur la contraction-décontraction et la sensation de l'air qui entre. Des sensations vont changer au fur et à mesure des séances. Le thérapeute doit observer l'attitude du sujet par rapport à son corps. Le relaxateur est médiateur entre le sujet et son corps. Pour une personne qui présente une plainte somatique, on va centrer davantage la relaxation sur la partie douloureuse du corps. L'abord corporel thérapeutique a pour but un contrôle apaisant de la situation. Le sujet retrouve le contrôle de son corps et de ses sensations.

C) Ce que suppose la relaxation

Comme plusieurs auteurs l'ont souligné, la relaxation suppose un lien étroit entre le corps et l'esprit. Chacune des deux parties va donc être au travail lors des séances de relaxation et différemment selon les sujets. Plusieurs effets pourront être mesurés dans chacune des deux parties.

1) La relaxation et la relation au corps

Le corps est au premier plan en relaxation. Cette dernière en permet une hystérisation. La relaxation mobilise la représentation mentale que la personne a de son propre corps. Elle permet de renforcer l'attention sur une partie ou fonction corporelle précise. Il y a restriction

de la conscience sur cette partie. Les perceptions du corps sont donc renforcées. Le schéma corporel va être sollicité ainsi que les sensations que le sujet en a. Or, le Moi s'organise autour de cette perception, notamment chez le nourrisson (et la mère y participe). Le symptôme est alors le signe d'un mal-être, d'une affection somatique ou psychique. C'est un conflit entre le Surmoi et le Ça. Il intervient donc également dans le corps imaginaire. Par la relaxation, le thérapeute va accéder à cette différence entre le corps réel et imaginaire. Certains relaxateurs, comme dans l'abord corporel thérapeutique¹³, demandent à la personne de dessiner son corps. Ce dessin peut révéler la structure psychique du sujet.

Le vécu du corps en relaxation est subjectif. Il dépend de l'histoire personnelle du relaxant. Les séances de relaxation vont amener le sujet à redécouvrir son corps, à le sentir différemment du fait de la position, de l'état de conscience modifiée qui permet une intériorisation mais aussi parfois par la parole du thérapeute, qui oriente l'attention sur une partie du corps. Le sujet va redécouvrir son corps et prendre de nouveaux repères. Il va y avoir remaniement du corps imaginaire. La relaxation permet de s'arrêter sur une partie ou fonction du corps parfois oubliée ou qui ne fonctionne plus. Par exemple, la personne va pouvoir observer mais également sentir, expérimenter sa respiration. La respiration permet le contact entre le monde intérieur et le monde extérieur. Cela est rassurant. Ce travail sur la respiration a une fonction de contenance.

La relaxation va donc aider pour ce qui est appelé l'intégrité corporelle. Cela permet une centration sur soi. Il y a un retour à l'intégrité du Moi. La personne ne subit plus, elle agit sur son corps. Le bénéfice narcissique y est très important.

2) Relaxation et fonctionnement psychique

Le corps parle lors des séances de relaxation. Cela va permettre au thérapeute d'avoir une idée de ce qui se joue au niveau de l'inconscient.

La relaxation va être thérapeutique car elle met en jeu, dans le cadre, des aspects transférentiels et la mobilisation psychique du corps. Le transfert, actualisation d'une problématique inconsciente, est souvent rapide. Il doit être vite compris car il est symbolique et projectif. Il s'agit de représentations archaïques. Mais il doit très vite disparaître pour que le sujet devienne autonome. La répétition de phrases donne un statut surmoïque au relaxateur, une position parentale, ce qui peut accélérer le transfert.

¹³ Baron, E., Benoît, J.C., Debure, E., Erlich, M., Noël, F. & Pellerin, M. (1981). *Détente et mouvement en psychothérapie*. L'abord corporel thérapeutique. Paris : ESF.

Des fantasmes peuvent apparaître au moment de la centration. Souvent, les premières sensations sont floues. La partie du corps diaphragmatique, souvent mobilisée lors des séances, est le lieu des expériences archaïques du développement libidinal. Il peut y avoir une régression transitoire vers le narcissisme primaire mais cela n'est pas destructurant.

Selon P. Brenot (1998)¹⁴, les indices psychologiques de l'état de relaxation de la personne sont la régression somatique, temporelle, topique et l'actualisation de soi. La régression somatique est un état de passivité créé par le retrait du monde dans lequel nous nous trouvons lors de la relaxation. « Le calme, le silence et la parole suggestive vont ainsi permettre la régression nécessaire à l'approfondissement de l'état de relaxation¹⁵ ». La régression temporelle est un retour du sujet à des étapes archaïques du développement. Il peut y avoir retour de sensations refoulées liées à la période infantile et chargées d'affects. La régression topique permet de nous repérer dans la structure psychique du sujet, savoir où il en est. Tout se relâche, les défenses s'abaissent. C'est un moment d'introspection. Cela permet la verbalisation et la possibilité du retour du refoulé. Enfin, l'actualisation de soi peut être résumée par « vivre l'instant ». La relaxation permet de vivre, au présent, le corps.

En relaxation, les fonctions du Moi sont donc modifiées, elles diminuent du fait de l'état de conscience modifiée et des différentes régressions que le corps et le psychisme subissent. Son rôle est remis en question. Il laisse place au Moi corporel imaginaire, comme l'appelle A. Virel¹⁶.

La relaxation suppose donc un lâcher prise parfois refusé, de peur de perdre le contrôle de soi. Le relaxateur doit alors être rassurant et montrer à la personne qu'elle n'est pas plus vulnérable dans cet état de conscience modifiée.

3) Les enjeux mobilisés du côté du relaxateur

L'acte thérapeutique se joue dans l'interaction des deux personnes. Or, lors des séances de relaxation, la relation est asymétrique ; une personne détient le savoir et une autre doit s'abandonner à la première. Cela peut être difficile pour des personnes qui ne veulent pas perdre le contrôle. Il s'agit également d'une métaphore de la relation parent-enfant qui peut être mal vécue selon la structuration psychique du relaxant.

¹⁴ Brenot, P. (2003). *La relaxation*. Paris : Presses Universitaires de France.

¹⁵ Brenot, P. (2003). *La relaxation*. Paris : Presses Universitaires de France. p.25.

¹⁶ Ranty, Y. (2009). *La relaxation, une psychothérapie d'avenir : dépasser les dualismes psychothérapeutiques*. Paris : l'Harmattan.

Le sujet vient avec un corps offert, chargé en désirs et symbolique. Le relaxant peut donc présenter certaines résistances. Le thérapeute peut en déjouer. L'observation est une grande partie de son travail. De cette observation, il prendra les décisions de sécuriser le sujet ou de l'inhiber. Le relaxateur doit donc repérer les défenses de chaque relaxant afin de les identifier et les dépasser. Ces résistances à la relaxation sont des défenses répondant aux pulsions de préservation de soi.

Il est important que le relaxateur prenne également conscience du contre-transfert car il vient avec sa vie psychique, ses pulsions. Des images archaïques sont activées. La vue du corps passif allongé du relaxant peut générer de l'agressivité ou de la libido. Il faut analyser ce contre-transfert pour pouvoir être libre d'intervenir et d'interagir.

La position du relaxateur, assise et à côté du relaxant, rappelle un sentiment de domination et est évocatrice de problématiques psychiques. Il se met à une place de savoir, d'adulte. Il doit donc être attentif aux enjeux mobilisés par cette position. La place du relaxateur diffère en fonction du relaxant : éloigné, proche. Nous retrouvons ici la problématique de l'attachement versus abandon de la mère qui peut être mal vécue par le sujet.

P. Brenot¹⁷ pense que la voix que le relaxateur utilise est importante. La cadence est lente, la voix est grave et le ton monocorde. Cette voix calme a un effet sur la personne qui se sentira en confiance. Le relaxateur doit également respecter les silences. Ces derniers invitent à écouter l'intérieur, permettant une élaboration de soi-même. A contrario, cette même voix a un pouvoir de séduction (J. Marvaud, 1995). Elle éveille des fantasmes, peut faire référence à la voix séductrice de la mère archaïque.

Enfin, le relaxateur utilise parfois le toucher afin de contrôler les mouvements du corps. Il s'agit d'observer le résultat physiologique. Cela peut aider le relaxant à sentir les effets de la relaxation, notamment lors du travail sur la respiration. Cependant, ce toucher peut être éprouvé comme une intrusion corporelle, menaçant le corps imaginaire.

4) Le cadre psychothérapique

¹⁷ Brenot, P. (2003). *La relaxation*. Paris : Presses Universitaires de France.

P. Brenot¹⁸ parle d'une relaxation thérapeutique par le cadre. Ce dernier permet la mise en jeu d'affects transférentiels et contre-transférentiels. Avant de commencer la cure, il faut expliquer à la personne le but de la relaxation et ce que l'on va y faire. Il faut définir le cadre lors d'entretiens préalables.

La relaxation met en jeu trois mécanismes essentiels (B. Fromage, 2001). Le premier est l'attention qui est focalisée, contrôlée puis maintenue au cours des exercices. Ensuite, intervient la suggestion (de pensée ou d'image), différente selon le canal sensoriel visé. Enfin, la dissociation est importante. Le sujet est à la fois ici et ailleurs. C'est le cas lors de la rêverie.

La position la plus utilisée est celle où la personne est allongée. Semblable à celle du sommeil, cette position évoque donc le calme, la rêverie et favorise les associations d'idées. Cependant, pour beaucoup de relaxants, cette position fait référence à la mort. Cette angoisse va les empêcher de lâcher prise. La fermeture des yeux est recommandée dans la plupart des relaxations mais son utilisation doit être prudente. Elle est vécue différemment selon les personnes. Cela est parfois impossible pour certains relaxants. Il s'agit d'une défense liée à la présence du thérapeute, face à la pulsion scopique (savoir que l'on est vu). Il s'agit donc de symptômes archaïques liés à des angoisses infantiles de dépendance à une tierce personne.

5) Les suggestions

Dans la plupart des relaxations, le thérapeute émet des suggestions au relaxant afin de l'amener dans cet état de conscience modifiée. Les suggestions sont une aide et permettent un éprouvé, des affects et une focalisation de l'attention sur une partie ou fonction du corps. Le relaxateur utilise des représentations internes au relaxant. Pour éviter une dépendance, le relaxant est invité à intérioriser des mots ou phrases. Pour que ces suggestions aient un effet, il est nécessaire d'accepter un ordre surmoïque ce qui peut amener la personne à mobiliser certaines défenses. Elle peut agir comme une infraction chez certains sujets. Elle s'introduit dans l'intimité du sujet.

¹⁸ Brenot, P. (2003). *La relaxation*. Paris : Presses Universitaires de France.

6) Le rôle de la relaxation dans l'anxiété

L'anxiété est une réaction émotionnelle avec des manifestations corporelles (J. Marvaud, 1995)¹⁹. Elle peut être généralisée, déplacée dans une phobie ou somatisée, ou encore associée à une dépression. D'après le modèle cognitivo-comportemental, la perception d'une situation entraîne une représentation mentale (danger) et donc une réponse qui est l'anxiété. La réaction anxieuse dépend donc de la représentation menaçante d'une situation particulière. Pour l'anxieux, selon Y. Ranty²⁰, le plus important est d'accéder à un calme intérieur pour que les émotions soient contenues.

L'anxiété est la crainte d'un danger à venir. Pour S. Freud, selon sa première théorie, cela est dû à une accumulation de tensions physiques non liées psychiquement. Puis, en 1926, sa théorie évolue. L'anxiété est la traduction d'une angoisse liée à un conflit psychique. A. Braconnier pense que lorsque le Moi perçoit un danger extérieur, il y a mobilisation de l'angoisse automatique liée à la perte de la mère archaïque. Les angoisses de séparation et de castration débordent. Le Moi perçoit un danger ce qui provoque une attente anxieuse. Si le sujet ne trouve pas d'action contre le danger, l'angoisse augmente.

Plusieurs auteurs ont travaillé sur l'effet de la relaxation sur des personnes anxieuses (F. Scogin et al., 1992). La relaxation permet de gérer différemment les rapports que l'on a avec l'extérieur. Elle va également permettre, à la manière du conditionnement, de produire une réponse adaptée contre la situation stressante ou angoissante. D. Servant (2004) a travaillé sur l'intérêt de la relaxation pour l'anxiété. Pour lui, la meilleure indication est la relaxation musculaire. Après entraînement, le sujet est capable d'utiliser cette méthode lorsqu'il rencontre des situations anxiogènes. G.N. Fischer (1999) pense que pour qu'il y ait des effets durables, il faut une relaxation durant au moins un an. L'anxieux reste très sensible aux expériences qui rappellent l'angoisse de séparation. Il faut un changement physiologique. Celui-ci ne se verra que lorsque le sujet se sentira moins en danger. Les excitations seront conscientisées, verbalisées donc moins traumatiques.

D) La relaxation avec les personnes âgées

1) La personne âgée, relaxation et corps

¹⁹ Marvaud, J. (1995). *Relaxation : actualité et innovation*. Le Bouscat : l'Esprit du temps.

²⁰ Ranty, Y. (2009). *La relaxation, une psychothérapie d'avenir : dépasser les dualismes psychothérapeutiques*. Paris : l'Harmattan.

La relaxation avec la personne âgée permet tout d'abord « d'établir une relation favorable du sujet avec son corps, base d'une restauration narcissique »²¹. Chez ces personnes, il y a des interactions entre ce que le sujet ressent de son corps et ce qu'il en fantasme. Il doit faire le deuil d'un corps qui n'est plus celui de sa jeunesse. Le relaxateur y est souvent confronté. Le narcissisme est souvent malmené lors de la vieillesse, de par les différentes pertes physiques et le ralentissement moteur. La personne âgée vit son corps sur le mode de la perte et de la castration.

Selon J.Marvaud²², la relaxation avec la personne âgée permet un « lifting du soi ». Le sujet âgé prend conscience de son corps et le redécouvre. Il découvre une nouvelle réalité de son corps, des sensations parfois oubliées. La concentration sur la respiration peut être une nouveauté pour le sujet âgé. La détente physique engendrée par la relaxation permet une redécouverte de soi et une restauration narcissique. La personne se concentre non pas sur un corps qui subit des pertes mais sur un corps qui possède des facultés, qui peut être ressenti à différents niveaux. Elle se réapproprie un corps somatique et plein d'affects.

2) Relaxation et psychisme du sujet âgé

Selon le sujet, les inductions pourront être perçues comme persécutantes ou au contraire, rassurantes. Il leur est demandé une plongée narcissique, une régression. Avec les personnes âgées, la régression est favorisée, d'autant plus pour des personnes désorientées. Elle est un refuge face aux failles du Moi. La relaxation favorise cette régression ce qui permet un accès plus facile à l'inconscient.

Avec la personne âgée, le regard est davantage tourné vers le corps car ce dernier souffre. Ainsi, l'élaboration mentale est difficile. Les conflits psychiques sont difficilement sublimés. Ils sont davantage résolus par la régression. Cette dernière va combler les manques du Moi. Celui-ci ne peut élaborer les expériences somatiques difficiles. Souvent, le sujet âgé se replie narcissiquement et investit difficilement de nouveaux objets. Avec la relaxation, le sujet écoute son corps. Cela permet au Moi de se réorganiser et de pouvoir supporter les difficultés rencontrées. Le corps est mieux investi, ce qui réactive l'intérêt pour de nouveaux objets. De

²¹ Fromage, B. (2001). Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution. *Champ psychosomatique*, 24. pp.131-144.

²² Marvaud, J. (1995). *Relaxation : actualité et innovation*. Le Bouscat : l'Esprit du temps.

ce fait, le sujet aura de moins en moins besoin d'un repli narcissique pour affronter les conflits.

La relaxation permet une renarcissisation et donc, une baisse de l'angoisse, dont l'angoisse de mort. Vieillir, c'est continuer à vivre en pensant à la mort. Avec la relaxation, la personne se réapproprie son corps, elle se retrouve par la présence bienveillante du relaxateur. Percevoir sa respiration permet d'apaiser l'angoisse de mort (je respire donc je vis). Le sujet va redécouvrir sa respiration, en prendre conscience. Du fait de cette angoisse de mort très présente chez les personnes âgées, la position allongée ne doit pas être imposée (J. Marvaud, 1995).

3) Un cadre psychothérapeutique particulier

Les capacités imaginaires sont pauvres chez le sujet âgé, c'est pourquoi il est plus facile de s'en tenir au somatique (J. Marvaud, 1995).

Dans les différentes relaxations, les relaxateurs préfèrent que le sujet reste immobile durant la séance. Or, la personne âgée peut avoir des douleurs et donc bouger. Il s'agit pour le relaxateur d'accepter cela.

La relaxation peut faciliter la verbalisation du fait du cadre rassurant et de la confiance qui s'instaure entre sujet et relaxateur. Il est à noter que la personne trouve une attention nouvelle que l'on porte sur elle, car le thérapeute ne voit pas simplement la personne comme âgée mais comme un homme ou une femme. Les difficultés seront mieux acceptées. Le bénéfice narcissique est conséquent.

4) Relaxation, troubles comportementaux et maladie d'Alzheimer

a) La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative due à l'atrophie régulière du cerveau. Les capacités cognitives s'altèrent progressivement. Une des premières fonctions atteintes est la mémoire. Mais d'autres troubles peuvent apparaître tels que les aphasies, les troubles praxiques, gnosiques, visuo-spatiaux et des fonctions exécutives (planification etc.).

La personne présente également une désorientation spatio-temporelle. Apparaît plus tard une déambulation : la personne marche sans but précis. Plus loin dans la maladie, la personne présente des troubles du comportement, de l'agitation motrice et/ou verbale, avec ou sans agressivité. La conscience de soi est altérée : la personne ne se reconnaît plus dans une glace, pense que sa jambe appartient à quelqu'un d'autre.

Le principe de réalité devient défaillant. Il y a moins de distinction entre dehors et dedans et le principe de plaisir est moins inhibé.

b) Les troubles du comportement

La maladie d'Alzheimer occasionne des troubles du comportement chez certaines personnes. Il y en a différents types. La Haute Autorité de Santé a dressé une liste des symptômes dans ses recommandations de bonnes pratiques (2009)²³. Il peut s'agir :

- d'une opposition : la personne refuse toute action de l'entourage envers elle, c'est-à-dire les soins, l'alimentation (etc.).
- d'une agitation : la personne se comporte de façon excessive et inappropriée.
- d'une agressivité : la personne est menaçante ou dangereuse envers elle-même ou autrui, physiquement ou verbalement.
- de comportements moteurs aberrants : les activités sont répétées et stéréotypées et n'ont aucun but (déambulation, agrippement etc.).
- de désinhibition : comportement déviant des normes sociales tel que des remarques grossières ou des attitudes sexuelles déplacées.
- de cris : forts et répétés.
- d'idées délirantes : la perception de la réalité est erronée. Il s'agit le plus souvent de délires de persécution, d'abandon et de jalousie.
- d'hallucinations : perceptions d'objets non réels.
- de troubles du sommeil : les cycles de sommeil sont perturbés et inversion du cycle veille/sommeil.

c) Relaxation et démence

²³ Haute Autorité de Santé (2009). *Recommandations de bonnes pratiques. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. From www.has-santé.fr.

La relaxation peut à différents degrés agir sur ce type de démence. Par exemple, M. Snyder et al. (1995)²⁴ ont montré l'efficacité du massage des mains sur les troubles du comportement chez des personnes démentes, notamment au moment des activités de soins. Il ne s'agit pas de guérir la personne malade mais de l'aider à surmonter certaines difficultés. Par exemple, la déambulation peut être canalisée par une activité de détente. De même, elle peut agir sur les troubles du comportement.

Du fait de la focalisation de l'attention sur certaines parties ou fonctions du corps, la relaxation peut préserver la conscience de soi et aider à conserver la distinction entre l'intérieur et l'extérieur.

2) Le sommeil des personnes âgées

Le sommeil s'organise ordinairement en plusieurs cycles, chacun ayant un degré de sommeil différent. Le sommeil profond permet une récupération physique alors que le sommeil paradoxal favorise l'apprentissage. Deux processus permettent le sommeil. Le premier est un besoin de sommeil, qui s'accumule au fur et à mesure de la journée. Ce besoin dépend de substances hypnotiques qui varient selon la durée d'éveil, l'exercice physique ainsi que la caféine. Le deuxième est l'horloge biologique circadienne, qui agit sur les signaux de l'endormissement. Cette horloge dépend elle-même de la sécrétion de la mélatonine. Cette sécrétion varie en fonction de l'exposition à la lumière, la vie sociale, les repas...

Le sommeil change tout au long de la vie. Le nourrisson n'a pas les mêmes besoins que l'adulte. Il en est de même pour les personnes âgées.

A) Le sommeil chez la personne âgée

1) Structuration du sommeil

Il n'y a pas de différence quant à la quantité de sommeil dont a besoin une personne âgée comparativement à l'adulte d'âge moyen. Seuls les cycles changent. Le sommeil est davantage fractionné sur les 24 heures avec une augmentation des réveils nocturnes et des

²⁴ Snyder, M., Egan, E.C. & Burns, K.R. (1995). Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in person with dementia. *Geriatric Nursing*, 16. pp. 60-63.

sommeils diurnes. Le sommeil profond diminue avec le vieillissement, d'où cette impression de sommeil non réparateur chez les personnes âgées. Les éveils nocturnes sont plus fréquents. Selon une étude du C.I.G. en 1994²⁵, 43% des personnes âgées de plus de 80 ans se plaignent de troubles du sommeil. L'insomnie touche quasiment 50% des personnes âgées de plus de 65 ans et davantage concernant les personnes en institution²⁶.

L'horloge biologique est souple au début de la vie mais devient moins flexible en vieillissant. Cela explique le fait que les personnes ont plus de difficultés à récupérer après un coucher plus tardif que d'habitude ou un décalage horaire. De même, l'horloge biologique se décale avec l'âge, la personne devient naturellement plus matinale, donc se couche tôt et se lève tôt. Le sommeil dépend de la qualité de l'éveil. Il est ainsi important, pour les personnes âgées, notamment celles vivant en institution telle que les E.H.P.A.D. (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), de multiplier les stimulations au cours de la journée, qu'elles soient intellectuelles, physiques ou émotionnelles. Il est donc préférable d'éviter les semi-endormissements au cours de la journée, favorisés par la télévision ou la solitude. Il convient également de limiter les temps de sieste et favoriser l'activité physique.

Il est également nécessaire de renforcer l'horloge biologique, par exemple, en exposant davantage la personne à la lumière du jour. La luminothérapie peut aider dans ce type d'établissement. Les horaires doivent également être réguliers, que ce soit pour le lever ou les repas.

2) Les troubles du sommeil

Selon la CIM-X, sont qualifiés de troubles du sommeil tout problème survenant la nuit et ayant des conséquences sur la journée, interférant avec le fonctionnement social ou professionnel.

²⁵ K. Henchoz&C. Lalive d'Epinau, Gérontologie et société, 2006, p.25 à 44. Le sommeil et les significations de la nuit dans la grande vieillesse.

²⁶ S. Hartley, Soins gérontologie, Le sommeil en question. 2012. P.24 à 26.

Les troubles du sommeil les plus fréquents sont les insomnies qui sont des difficultés à initier le sommeil ou à le maintenir, des éveils matinaux précoces et des impressions de sommeil non réparateur. D'autres symptômes font partie des troubles du sommeil tels que l'apnée du sommeil. Il s'agit de l'inhibition de l'activité musculaire respiratoire durant le sommeil. La personne est assistée par une machine qui normalise la ventilation durant la nuit. Certaines personnes présentent également le syndrome des jambes sans repos c'est-à-dire qu'ils ressentent une sensation désagréable dans les membres inférieurs avec un besoin impérieux de les bouger. Cela provoque une insomnie d'endormissement. Font également partie des symptômes les mouvements périodiques nocturnes : une insomnie de continuité du sommeil, ou une sensation sommeil non récupérateur, accompagnée de fatigue diurne et souvent une plainte du conjoint de « coups de pieds » pendant la nuit.

Beaucoup de ces symptômes sont traités par des somnifères, antihistaminiques ou antidépresseurs. Cependant, certains traitements augmentent la désorientation spatio-temporelle de la personne et peuvent provoquer des chutes.

3) Les significations de la nuit

La nuit est associée à beaucoup d'éléments, souvent négatifs, dans notre tradition occidentale comme le soulignent K. Henchoz et C. Lalive d'Épinay²⁷. La nuit fait peur car est synonyme de solitude et de danger. Ces auteurs en font un parallèle avec la culture et la nature. La première correspond au jour, maîtrisé par la nature humaine et la seconde à la nuit, moment incontrôlable où tout peut échapper à tout moment. La nuit est également le temps où l'inconscient resurgit, lors des rêves. La nuit est donc, dans notre culture, étroitement liée à l'incontrôlable et à la vulnérabilité. L'entrée dans la nuit signifie donc un abandon aux pulsions archaïques. Cela réfère au dernier abandon, notamment la mort.

Dans l'étude de K. Henchoz, sur 31 personnes âgées, 14 évoquent la nuit de façon négative, 9 de façon positive et 8 de façon ambivalente. La nuit est synonyme d'anxiété. La personne se demande si elle va bien dormir. L'obscurité est appréhendée. Souvent, les pensées tristes resurgissent. Les personnes pensent à ce qui les préoccupe lorsqu'elles se réveillent dans la nuit, et cela les empêche de se rendormir. C'est un moment où le passé resurgit.

La nuit est également synonyme de danger. Les femmes craignent une intrusion dans leur domicile. La nuit est également interrompue par les cauchemars. Cela peut donner lieu à du

²⁷ Henchoz, K. & Lalive d'Épinay, C. (2006). Le sommeil et les significations de la nuit dans la grande vieillesse. *Gérontologie et société*, 116. pp. 25-44.

somnambulisme, des cris, des coups envers quelqu'un ou soi-même. La nuit est dangereuse car elle peut occasionner des chutes, du fait de l'obscurité et de certaines déficiences ayant pour conséquence la perte des repères spatio-temporels. Ces chutes reflètent les difficultés du corps vieillissant, difficultés pourtant masquées la journée mais qui reparaissent la nuit. Les douleurs physiques resurgissent ce qui oblige parfois les personnes à se relever.

Pour beaucoup, il est difficile de ne pas penser à la mort à ce moment. Le jour est égal à la vie, la nuit à la mort. Beaucoup de personnes évoquent la « belle mort ». Dans notre société, il s'agit de s'endormir et ne pas se réveiller, mourir sans s'en rendre compte, sans souffrir. D'autres appellent cela la « petite mort ».

B) Le sommeil chez les malades Alzheimer

1) Le sommeil

La maladie d'Alzheimer a un impact sur ces cycles veille-sommeil. La tendance est à l'endormissement tardif, ce qui aggrave les troubles vespéraux. Avec les malades Alzheimer, il y a présence de levés nocturnes, de déambulation et d'agitation vespérale c'est-à-dire une tendance à s'agiter et à déambuler à la tombée de la nuit. Cette agitation est souvent accompagnée d'anxiété et de discours incohérents. Souvent, ces troubles sont traités par des médicaments mais ils peuvent être améliorés par des méthodes plus simples, telles que l'exercice physique durant la journée ou encore de la relaxation au moment du coucher.

2) La nuit dans les Unités pour Personnes Agées Désorientées

La nuit en unité spécialisée confronte les personnes à la solitude, voire à l'angoisse. Comme le soulignent K. Charras et M. Frémontier²⁸, c'est un temps de vide, propice au retour des inquiétudes. L'équipe soignante étant réduite, les résidents sont en manque d'interlocuteurs. La personne étant désorientée, elle a besoin d'un autre pour lui donner ses repères. Cet autre étant parfois absent, la personne connaît alors un sentiment de solitude et de détresse. Ce manque d'interlocuteur et la désorientation se traduisent souvent par des troubles comportementaux. Par le manque d'effectif du personnel soignant la nuit, les personnes sont

²⁸ Charras, K. & Frémontier, M. (2012). L'accompagnement de nuit en unité spécifique. *Soins gerontologie*, 97. pp. 38-40.

généralement couchées vers 19h30-20h00. Or, ayant les mêmes besoins de sommeil que celui d'un adulte, c'est-à-dire sept heures, la personne va se réveiller vers 2h00 ou 3h00 du matin, attendant que l'activité reprenne. Ce moment d'attente est donc comblé par une déambulation, une recherche de contact (etc.). A cela, s'ajoute le manque de connaissance des résidents de la part du personnel. De plus, du fait du manque d'effectif dans certaines structures, fréquemment la nuit, les personnes sont un problème si elles ne dorment pas.

Selon l'étude de K. Henchoz et al., 70% des personnes vivant en institution souffrent de troubles du sommeil.

La plupart du temps, en U.P.A.D., les personnes dorment moins la nuit et déambulent. Cela est souvent traité par des somnifères. Or, il est préférable de les éviter car ils occasionnent souvent des chutes et aggravent les troubles cognitifs. Il est donc nécessaire d'utiliser d'autres méthodes comme favoriser un environnement propice au rythme veille-sommeil. Par exemple, sont privilégiées les activités physiques si possible, l'exposition à la lumière, ainsi que la régularité des horaires. L'environnement dans lequel vivent les personnes âgées doit favoriser les conditions d'endormissement et être rassurant. Il peut être bénéfique de créer un rituel au moment du coucher, rituel apaisant, rassurant et propre à chacune des personnes de l'institution. Il est donc possible de créer un moment de relaxation, en groupe ou en individuel.

3) La relaxation et les troubles du sommeil

Plusieurs auteurs ont montré l'efficacité de la relaxation sur les troubles du sommeil. K.L. Lichstein et R.S. Johnson²⁹ l'ont utilisée afin de réduire l'insomnie chez des femmes âgées de 66 ans en moyenne. Leur résultat a été positif. Il est donc possible d'utiliser la relaxation dans un but de réduction des troubles du sommeil.

Tel que nous l'avons souligné, la nuit et le moment du coucher sont angoissants pour les personnes en institution. C'est pourquoi il est bénéfique d'instaurer un rituel, un moment de transition entre la veille et le sommeil.

II- Notre étude

²⁹ Lichstein, K.L. & Johnson, R.S. (1993). Relaxation for insomnia and hypnotic medication use in older women. *Psychology and aging*, 8. pp. 103-111.

Le premier objectif de cette étude est d'essayer de réduire les troubles du comportement le soir, au moment du coucher et dans la nuit. Le deuxième est d'améliorer la qualité de la nuit des résidents. Comme nous l'avons vu, la nuit occasionne beaucoup d'agitation chez les résidents d'une U.P.A.D. C'est donc un moment difficile pour les équipes qui ne savent pas comment agir face aux troubles du comportement.

Dix séances de relaxation ont été mises en place afin d'apaiser les résidents et de venir en aide aux soignants.

1) Nos outils

A) L'échelle C.M.A.I. (Cohen-Mansfield Agitation Inventory)

L'échelle C.M.A.I.³⁰ permet d'évaluer l'agitation d'une personne. C'est une échelle intéressante puisqu'elle évalue les différents types d'agitation et en mesure la fréquence sur une semaine ainsi que l'intensité. La validation française s'est faite par Micas M. et al.³¹ Cet outil permet de cibler les moments de la journée où la personne est agitée et ainsi de mettre des actions en place et de modifier les traitements.

Le score maximal de cette échelle est de 203. Plus la personne s'en approche, plus elle présente de l'agitation. L'autre intérêt de cette échelle est qu'elle permet d'évaluer l'agitation de la personne sur une période plus ou moins longue, de noter son évolution. Cela permet donc d'estimer la pertinence d'une action mise en place pour diminuer ces troubles. Cette action aura été bénéfique si le score à l'échelle lors de la deuxième passation (après la mise en place de l'action) est moins élevé que celui de la première passation (avant la mise en place de l'action).

L'échelle évalue l'agitation de la personne sur 29 items, chacun appartenant à un type d'agitation. La mesure de la fréquence est permise par une échelle de type Lickert qui va de 0 (non évaluable) à 7 (plusieurs fois par heure). Les auteurs ont répartis les items dans quatre types d'agitation :

- Agitation physique sans agressivité (APSA) :
- Déambule : la personne marche, erre, sans but précis.

³⁰ Cf Annexe p.2

³¹ Micas, M., Ousset, P.J. & Vella, B. (1997). Evaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. *La revue française de psychiatrie et psychologie médicale*. pp. 151-157.

- S'habille, se déshabille : elle s'habille ou se déshabille n'importe quand dans la journée, superpose plusieurs vêtements.
- Recherche constante d'attention ou d'aide : la personne supplie voire provoque son entourage ou les soignants pour éviter la solitude.
- Cherche à saisir : la personne cherche à attraper les objets sans objectif précis.
- Essaie d'aller ailleurs (fugue) : elle cherche par tous les moyens à partir de l'endroit où elle se trouve sans savoir où elle peut aller.
- Mange/boit des produits non comestibles : la personne ingère des produits non prévus pour cet effet et qui peuvent être nocifs pour elle.
- Manipulation non conforme des objets : la personne manipule des objets de façon erronée, sans cohérence avec le but recherché.
- Cache les objets : la personne dissimule des objets sans but précis.
- Amasse les objets : elle accumule des objets dans ses tiroirs, sans objectif pertinent.
- Déchire les affaires : la personne abîme les objets.
- Attitudes répétitives : la personne présente des mouvements répétitifs et stéréotypés tout au long de la journée. Elle le fait sans but avec des objets réels ou imaginaires.
- Fait des avances sexuelles physiques : la personne recherche le contact physique à des fins sexuelles (baisers etc.) avec une personne qui y est opposante.
- Agitation généralisée : la personne bouge sans cesse, remue constamment les membres et ne peut pas rester calme.

Le score maximal dans cette catégorie est de 91. Plus la personne s'en rapproche, plus elle est considérée comme agitée physiquement sans être agressive.

- Agitation verbale sans agressivité (AVSA) :

- Répète des questions, des phrases : la personne les répète sans cesse, sans s'adresser particulièrement à un tiers et sans attendre de réponse particulière.
- Emet des bruits bizarres : elle émet des sons étranges, parfois non identifiables.
- Se plaint : la personne présente des demandes constantes sans qu'aucune réponse ne la satisfasse ou formule des maux.
- Fait des avances sexuelles verbales : la personne fait des insinuations voire des propositions d'ordre sexuel de façon inappropriée.

Le score maximal de ce type d'agitation est de 28. Si le score de la personne en est proche, elle est considérée comme agitée verbalement sans présenter d'agressivité.

- Agitation physique avec agressivité (APAA) :

- Crache : la personne crache des aliments ou de la salive sans raison.
- Donne des coups : la personne frappe des objets, d'autres personnes ou soi-même.
- Donne des coups de pieds : contre des objets ou autrui.
- Bouscule : la personne pousse brutalement des objets.
- Lance des objets : ou de la nourriture.
- Mord : la personne serre avec les dents pour attaquer un objet ou une personne.
- Griffé : la personne se sert de ses ongles pour attaquer un objet ou une personne.
- Tombe volontairement : la personne se laisse chuter.
- Se blesse ou blesse les autres : elle cherche à se faire du mal ou blesser autrui.

Le score maximal que la personne peut obtenir est de 63. Un score s'en rapprochant indique que la personne est agitée et agressive physiquement.

- Agitation verbale avec agressivité (AVAA) :

- Jure, parle grossièrement : la personne parle d'une façon brute et vulgaire.
- Pousse des hurlements : elle pousse des cris forts et prolongés, souvent répétés.
- Est opposant : la personne refuse toute intervention d'autrui, que ce soit pour les soins, la nourriture (etc.).

Le score maximal de cette catégorie est de 21. Un score se rapprochant de ce maximum signifie que la personne est agitée et agressive verbalement.

Ces quatre types d'agitation sont cotés selon la fréquence. Voici l'échelle des auteurs :

- 0 : non évaluable
- 1 : jamais
- 2 : moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour
- 3 : une à deux fois par semaine
- 4 : quelques fois au cours de la semaine
- 5 : une à deux fois par jour
- 6 : plusieurs fois par jour
- 7 : plusieurs fois par heure

Pour la présente étude, nous avons choisi cette échelle car elle est simple d'utilisation. Simple à comprendre et décrivant les symptômes d'agitation de manière claire, elle permet de repérer

objectivement les troubles du comportement. Elle a été remplie pour chaque personne avant et après les séances de relaxation avec les soignantes de l'unité, ce qui permet de mesurer l'impact de la relaxation sur le long terme.

B) Les fiches nuit

Afin d'observer à court et à long terme les effets de la relaxation, nous avons laissé à la personne travaillant la nuit une fiche³² que nous avons créée. Ce n'est pas un outil normé, qui a été soumis à étude. Il s'agit, d'une part, de cocher parmi plusieurs termes celui qui qualifie la nuit qu'a passé le résident. L'échelle va de « Très bonne » à « Très mauvaise ». D'autre part, un espace est réservé afin de noter l'heure des relevés ou des réveils ainsi que les remarques éventuelles du personnel.

C) Nos observations croisées à celles du personnel soignant

La dernière source d'évaluation de l'efficacité des séances de relaxation est l'observation. Cela inclut nos observations faites pendant les séances sur les comportements des résidents, leurs paroles et leurs actes. Nous tenons également compte des observations du personnel après les séances et les évolutions que les soignants ont pu remarquer.

2) Procédure

A) L'enregistrement sonore

Nous avons utilisé deux types de matériel lors de ces séances. Le premier était un enregistrement de sons naturels (forêt et étang) avec un accompagnement instrumental. La personne peut entendre des cris d'oiseaux, le souffle du vent dans les branches, le bruit de l'eau qui coule et des animaux vivant près des étangs, audibles le soir.

L'objectif avec ce type de matériel est d'obtenir une détente plus rapide et d'aider la personne à se focaliser sur ce qu'elle entend. Il s'agit de stimuler la mémoire auditive et ainsi d'accéder à certaines émotions.

³² Cf Annexe p. 3

B) Le script

Le deuxième matériel utilisé était un script³³ que nous avons créé, permettant la relaxation et travaillant la respiration. Nous nous sommes inspirés de la sophrologie pour concevoir ce script.

Dans ce texte, nous commençons par expliquer à la personne ce qui va être fait et l'objectif de la séance. Puis, il s'agit de guider la personne afin qu'elle s'installe le plus confortablement possible. Ensuite, nous introduisons la respiration avec les trois grandes inspirations et expirations qui permettent d'entrer dans la détente. Nous indiquons également à la personne, si besoin, la possibilité de fermer les yeux. Nous continuons à évoquer la respiration en se focalisant sur les mouvements du corps qui la traduisent et en indiquant le passage de l'air dans le corps. Puis, nous introduisons une image évoquant le bercement et le mouvement de la respiration. Enfin, les deux derniers paragraphes du script permettent un retour, une reprise de contact avec le monde extérieur.

C) La passation

Les séances de relaxation ont été réalisées au moment du coucher, en individuel. L'équipe soignante prenait le temps de préparer la personne au coucher et si besoin, l'aidait à s'installer au lit. La personne était donc allongée sur son lit et la chambre plongée dans la quasi-obscurité. Nous commençons par un court temps d'échanges sur la journée de la personne. Puis, nous débutons la séance. Les séances de relaxation duraient entre 15 et 20 minutes.

La procédure se déroule en trois phases. Dans un premier temps, la personne est évaluée grâce à la C.M.A.I. pour quantifier et qualifier les troubles du comportement. Ensuite, la deuxième phase consiste à réaliser les dix séances de relaxation à raison d'une fois par semaine. Enfin, la troisième phase consiste en une réévaluation des troubles du comportement par la C.M.A.I. et noter une amélioration ou non de la qualité de la nuit grâce aux fiches nuit et aux observations du personnel.

3) Echantillon

³³ Cf Annexe p.4

Cette étude a été réalisée auprès de quatre personnes âgées vivant en U.P.A.D. depuis 1 à 7 ans. Au départ, nous avons commencé l'expérience avec six personnes mais deux se sont désistées. La première personne était volontaire pour la première séance mais a refusé les autres et la deuxième personne avait des difficultés de compréhension. La base de la séance étant un script sur la respiration et la personne ne le comprenant pas, la séance n'avait aucun effet sur elle. Le recrutement s'est fait selon la demande de l'équipe mais aussi d'après quelques soirs que nous avons passés à l'U.P.A.D. en tant qu'observateurs. Nous sommes partis sur une base de dix séances, afin d'évaluer les effets à court et à long terme. Le groupe ayant suivi les dix séances de relaxation, a raison d'une par semaine sont âgées de 84 ans à 96 ans (89,0 ans d'âge moyen). En voici une brève présentation :

- Mme B., 96 ans (MMSE : non réalisable) est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle est entrée à l'U.P.A.D. en 2006. Mme B. présente une désorientation spatio-temporelle très importante. Elle a des difficultés pour s'endormir et déambule beaucoup les soirs. Elle se relève souvent la nuit, ne s'endort pas avant 1h00 du matin (cela peut aller jusqu'à 4h00) et ouvre la porte de chambre des autres résidents pour deux raisons : soit elle est en recherche de présence, soit elle s'assure que ses « enfants » dorment. Très angoissée au moment du coucher, elle demande si elle a eu de la visite, quand ses enfants vont venir, ce qu'elle va faire, évoque la mort et la solitude. Elle parle à son reflet dans le miroir, pensant que c'est une autre personne.

-Mme G., 91 ans (MMSE : non réalisé) est atteinte de la maladie d'Alzheimer. La résidente présente une désorientation spatio-temporelle importante. Elle déambule dans la journée et le soir où les troubles du comportement apparaissent. Elle recherche constamment du contact, crie le soir pour chercher de la compagnie. Elle a un besoin constant de présence, de rassurance. Elle dit se sentir délaissée et aimerait être davantage « considérée ».

-Mme H., 84 ans (MMSE : non réalisé) est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle présente une légère désorientation spatio-temporelle. Mme H. déambule peu mais est en demande constante d'aide auprès de l'équipe soignante pour des actes de la vie quotidienne qu'elle peut faire elle-même. Crie le soir dans son lit si l'équipe ne vient pas la border ou lorsqu'elle a un effort physique à réaliser (comme se redresser dans son lit par exemple).

-Mme L., 85 ans (MMSE : non réalisable) est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Mme L. présente une désorientation temporelle et spatiale importante. Elle déambule peu du fait de ses douleurs aux jambes. Elle verbalise beaucoup avec une forte voix et davantage le soir.

III- Problématique et hypothèses

L'objectif de cette étude est de savoir si la relaxation peut avoir un effet sur le comportement des personnes résidant en U.P.A.D., notamment le soir, et sur la qualité de la nuit. Notre hypothèse est donc la suivante : la relaxation au moment du coucher permet de réduire les troubles comportementaux des personnes atteintes d'Alzheimer et d'améliorer la qualité de la nuit.

En voici les hypothèses opérationnelles :

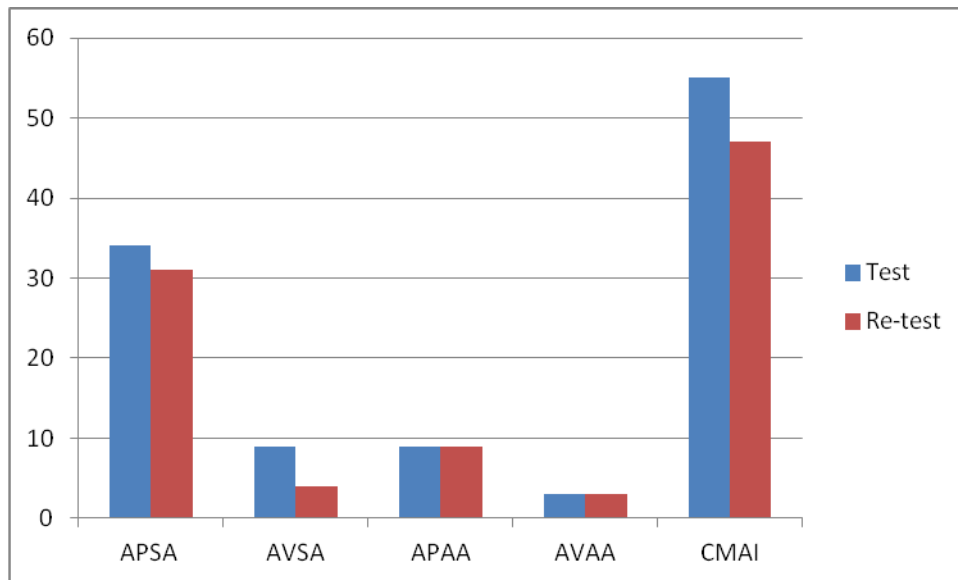
- hypothèse opérationnelle 1 (H_1) : les troubles du comportement évalués avant les séances ont diminué après les séances. Cela se vérifiera par les scores obtenus pour chaque personne à l'échelle de C.M.A.I. lors des deux passations.

- hypothèse opérationnelle 2 (H_2) : la qualité du sommeil augmente. Les soignants notent une amélioration dans les fiches nuit. Les nuits, au fur et à mesure des séances, sont davantage qualifiées de « Bonnes » ou « Très Bonnes ». Les soignants noteront également une diminution du nombre de relevés ou réveils au fur et à mesure des nuits.

IV- Résultats

1) Mme B.

Pour chaque résidente, nous avons calculé les scores pour chaque type d'agitation et le score total pour la C.M.A.I.. Les résultats sont représentés sous forme d'histogramme dans lequel nous trouvons les différents types d'agitations en abscisse, en test et en re-test, ainsi que leur quantification. Voici les résultats obtenus pour Mme B. :



Scores obtenus par Mme B. à la C.M.A.I. et pour chaque type d'agitation, en test et en re-test.

En ce qui concerne Mme B., nous notons une amélioration générale depuis les séances de relaxation, donc dix semaines. Le score à la C.M.A.I. a diminué de 8 points. Les baisses les plus importantes concernent l'agitation physique et l'agitation verbale sans agressivité. L'agitation physique sans agressivité en test concernait particulièrement la déambulation (plusieurs fois par jour), la recherche constante d'attention (une à deux fois par jour), les tentatives pour partir (une à deux fois par jour) ainsi que les attitudes répétitives (une à deux fois par jour). Il est à noter que ces symptômes apparaissaient davantage le soir, au moment du coucher. Le score est également expliqué par la saisie (moins d'une fois par semaine) et l'agitation généralisée (une à deux fois par semaine). Ces deux derniers symptômes ne sont plus présents en re-test, ce qui a fait chuter le score à la C.M.A.I.

Concernant l'agitation verbale sans agressivité, Mme B. avait un score élevé en test à la répétition de questions (plusieurs fois par jour). En re-test, ce symptôme n'est plus présent.

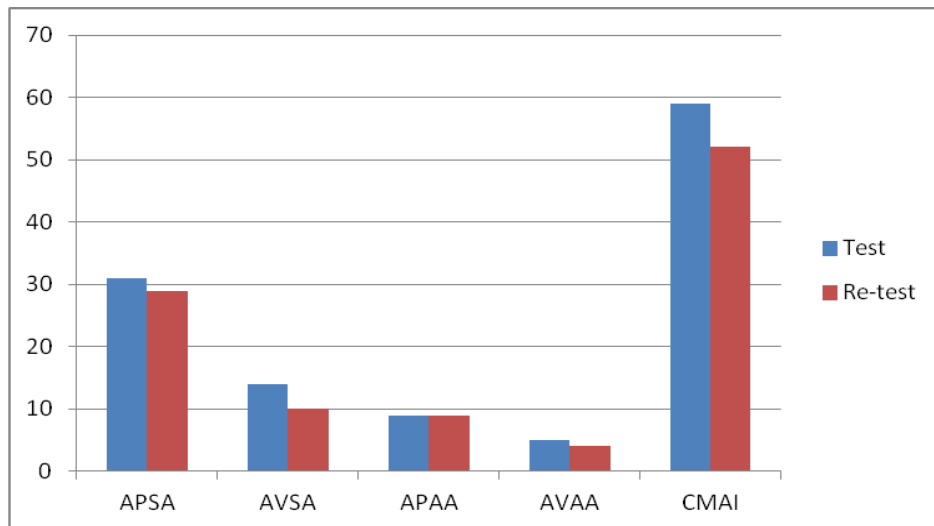
Les deux autres résultats s'expliquent par le fait que dès le premier test, les scores étaient au plus bas. Mme B. ne présentait aucune agitation verbale ou physique avec agressivité. Ces résultats n'ont pas augmentés donc Mme B. ne présente toujours pas ce type d'agitation.

Concernant les données des fiches nuit, nous remarquons une qualité de sommeil qualifiée de « moyenne », avec plusieurs relevés dans la nuit (de 2 à 4) jusqu'à la septième séance de relaxation. A partir de celle-ci, Mme B. passe des nuits qualifiées de « bonnes » voire « très bonnes » avec moins de relevés dans la nuit (de 0 à 2).

Enfin, concernant les observations faites lors des séances, nous ne notons pas d'amélioration nette. Mme B. était souvent anxieuse en soirée avant le coucher. Elle était souvent en attente de visite et demandait régulièrement si elle pouvait partir. Les séances se sont bien déroulées. Mme B. parvenait à atteindre l'état de détente mentale et physique et était prête à dormir à la fin des séances. Mme B. était vraiment détendue quand elle prenait la position latérale, face au mur. La relaxation avait donc quelques effets à court terme.

2) Mme G.

Ci-dessous l'histogramme de Mme G. :



Scores obtenus par Mme G. à la C.M.A.I. et pour chaque type d'agitation, en test et en re-test.

Globalement, les résultats obtenus avec la C.M.A.I. ont diminué. Le score total à la C.M.A.I. de Mme G. a baissé de 7 points entre le test et le re-test.

Le graphique révèle que les scores ont diminué pour l'agitation physique et verbale sans agressivité ainsi que pour l'agitation verbale avec agressivité. Lors de la première passation, le score élevé à l'agitation physique sans agressivité était dû aux items suivants : la déambulation, la recherche constante d'attention ou d'aide, ainsi que l'agitation généralisée. Ces trois items étaient cotés 7 (plusieurs fois par heure). En re-test, la déambulation a diminué de deux points ainsi que l'agitation généralisée, que le personnel a qualifié de « moins souvent ». Parallèlement, les items d'habillement et de saisie ont été évalués à la hausse (2 à 3 points), ce qui explique la sensible différence entre le test et le re-test.

L'amélioration est plus franche concernant l'agitation verbale sans agressivité. En test, la répétition de phrases ainsi que la plainte cotées « plusieurs fois par jour » font accroître le score. Lors de la deuxième passation, la plainte est toujours aussi fréquente mais la répétition de phrases n'est plus observée car cotée 1.

Concernant l'agitation verbale avec agressivité, avant les séances, Mme G. poussait des hurlements une à deux fois par semaine. Après les séances, la fréquence a diminué.

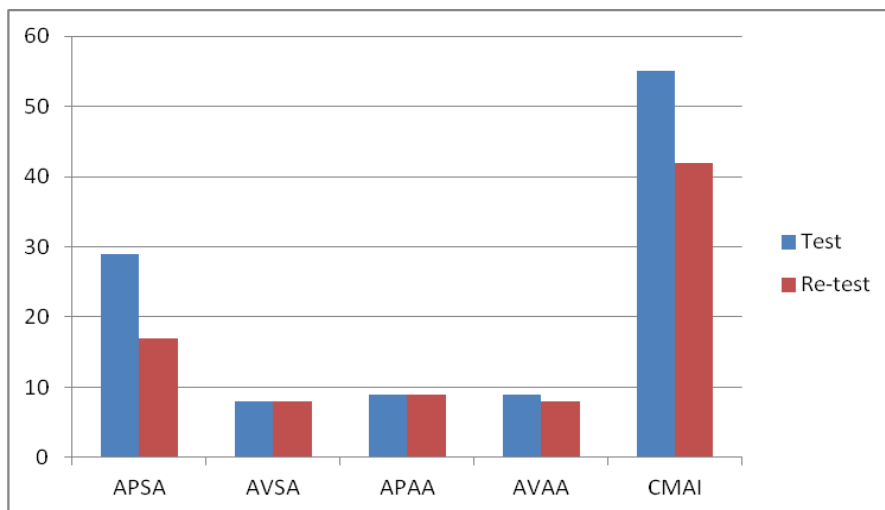
Enfin, Mme G. ne présentait aucune agitation physique agressive avant et après les séances.

Les fiches nuit ne nous ont pas permis de constater d'amélioration progressive quant à la qualité de sommeil de Mme G. La plupart des nuits sont qualifiées de « bonnes » voire « très bonnes » hormi pour les quatrième et huitième séances où les nuits sont qualifiées de « moyennes ».

Les séances de relaxation se déroulaient bien. Mme G. présentait souvent de l'agitation psychomotrice avant les séances, avec une raideur du corps. Elle parlait fort et était en demande de présence, d'attention. Mme G. présentait également des plaintes somatiques, notamment au niveau du ventre et de la poitrine. Lors des séances, nous insistions sur ces parties. La résidente a parfois été isolée pendant les repas, car « agaçait » les autres personnes. Mme G. était très attentive lors des séances. A la fin des séances, nous pouvions noter une détente du corps et une suppression des plaintes somatiques. Le personnel soignant a également remarqué une amélioration de l'humeur après les séances, la trouvant plus « calme ».

3) Mme H.

Voici les scores obtenus à la C.M.A.I. par Mme H. :



Scores obtenus par Mme H. à la C.M.A.I. et pour chaque type d'agitation, en test et en re-test.

Cet histogramme nous montre une baisse générale remarquable de la C.M.A.I. entre le test et le re-test. Les symptômes des troubles de l'agitation et leur fréquence ont diminué de 14 points.

La différence la plus notable sur cet histogramme est la diminution de l'agitation physique sans agression. En test, les scores les plus élevés étaient obtenus pour les items de déambulation (plusieurs fois par jour), recherche constante d'aide (plusieurs fois par heure) ainsi que les attitudes répétitives cotées « plusieurs fois par jour ». En re-test, la déambulation et la recherche constante d'aide ne sont plus observées. Quant aux attitudes répétitives, elles ont diminué en fréquence (une à deux fois par jour).

La deuxième différence concerne l'agitation verbale avec agressivité. Lors de la première passation, Mme H. avait une fréquence élevée pour les items « Jure » (une à deux fois par semaine) et « Pousse des hurlements » coté 5. En re-test, Mme H. ne jure plus mais pousse des hurlements plus fréquemment (plusieurs fois par jour), d'où la faible différence de score entre test et re-test.

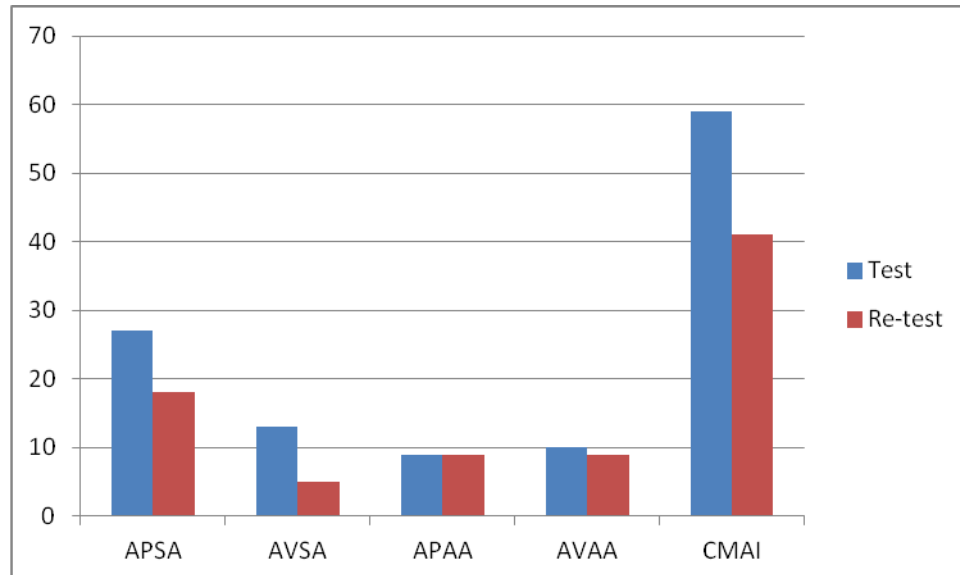
Concernant l'agitation verbale sans agressivité et l'agitation physique avec agressivité, Mme H. avait le score le plus bas en test et conserve le même en re-test.

Concernant les fiches nuit, nous pouvons noter qu'excepté la première nuit qualifiée de « moyenne » après la séance, toutes les autres nuits sont qualifiées de « bonnes » voire « très bonnes » avec aucun relevé.

Mme H. était très en demande de séances de relaxation. Elle ne voulait pas que les séances se terminent car cela la « guérit » selon ses propres termes. Elle appréciait ces moments et était détendue physiquement. Les séances avaient des effets à court terme : Mme H. criait quand elle devait faire un effort physique. Ces cris disparaissaient à la fin des séances.

4) Mme L. :

Ci-dessous les résultats obtenus par Mme L. :



Scores obtenus par Mme L. à la C.M.A.I. et pour chaque type d'agitation, en test et en re-test.

Les scores obtenus par Mme L. à la C.M.A.I. ont visiblement chuté. Ils passent de 59 points en test à 43 points en re-test. Seuls les scores pour l'agitation physique avec agressivité ne changent pas. Mme L. ne présentait aucune agitation de ce type avant et après les séances de relaxation.

Concernant l'agitation physique sans agressivité en test, les items de déambulation, de recherche constante d'attention et d'attitudes répétitives détenaient les fréquences les plus élevées (de « une à deux fois par jour » à « plusieurs fois par jour »). En re-test, seule la déambulation est restée fréquente. Les autres symptômes ne sont plus observés.

La répétition de phrases, cotée 6, et la plainte, cotée 5, ont fait augmenter les scores obtenus en première passation pour l'agitation verbale sans agressivité. En re-test, ces deux symptômes sont cotés 1 (jamais) ce qui explique cette baisse sur l'histogramme.

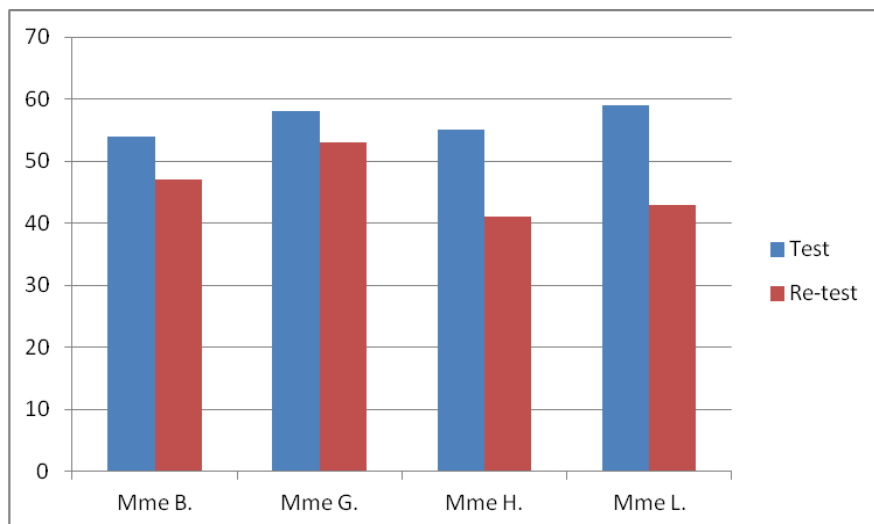
Enfin, les symptômes de l'agitation verbale avec agressivité qui avaient une fréquence élevée en test étaient les jurons (plusieurs fois par jour) et l'opposition (une à deux fois par semaine). En re-test, Mme L. jure moins fréquemment (une à deux fois par jour) mais est toujours opposante (une à deux fois par semaine).

Concernant la qualité de la nuit notée grâce aux fiches nuit, nous avons remarqué qu'au début des séances de relaxation, Mme L. passait des nuits qualifiées de « bonnes » avec un relevé par nuit. A partir de la huitième séance, Mme L. passe de « très bonnes » nuits sans aucun relevé.

Nous avons observé lors des premières séances de relaxation que Mme L. parlait beaucoup et ne se détendait qu'après le cinquième paragraphe. Au fur et à mesure, le temps de verbalisation était moins long et la détente physique plus rapide. Lors des dernières séances, la résidente s'exprimait davantage sur son bien-être et avait parfois le sourire.

5) L'ensemble du groupe

Voici les scores obtenus pour chaque participante à la C.M.A.I. :



Scores obtenus par l'ensemble du groupe à la C.M.A.I., en test et en re-test.

Pour l'ensemble des participantes, les scores obtenus à la C.M.A.I. ont visiblement diminué. La baisse la plus importante est pour Mme L. dont le score a diminué de 16 points. La baisse la moins importante concerne Mme G. dont les troubles ont diminué de 7 points. Nous pouvons donc supposer que les séances de relaxation ont été bénéfiques pour ces résidentes, les troubles de l'agitation ayant sensiblement diminués.

Au sujet de la qualité de la nuit, il y a eu une amélioration croissante pour trois résidentes : Mme B., Mme H. et Mme L. Pour deux d'entre elles, l'amélioration est constatée après les septième et huitième séances. Pour Mme H., l'amélioration s'est effectuée dès la deuxième séance.

Enfin, concernant les observations faites lors des séances et en dehors, il semble que les séances ont eu des bénéfices à court terme pour chacune des personnes. Généralement, les quatre personnes se détendaient lors des séances. Pour chaque personne, nous avons noté des améliorations différentes. Les envies de fugue de Mme B. étaient moins présentes après les séances et la résidente était prête à dormir. L'équipe soignante a noté une amélioration de l'humeur juste après les séances pour Mme G. Son corps était détendu et la résidente n'avait plus de plaintes somatiques après la relaxation. Les séances ont également permis l'arrêt des cris de Mme H. lorsqu'elle devait faire un effort physique. Enfin, Mme L. devenait moins angoissée, la verbalisation ayant diminuée, et souriait davantage après les séances.

V- Discussion

L'objectif de cette étude était de savoir si la relaxation avait un effet sur le comportement des résidents en U.P.A.D. le soir. Notre hypothèse était donc que la relaxation permet de réduire les troubles comportementaux et d'améliorer la qualité de la nuit.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons observé les scores obtenus à la C.M.A.I. avant et après la mise en place des séances de relaxation. Ces résultats montrent une baisse à l'échelle de Cohen pour les quatre résidentes. Ainsi, notre première hypothèse opérationnelle « les troubles du comportement évalués avant les séances ont diminués après les séances » est validée.

Nous avons également étudié la qualité du sommeil grâce aux fiches nuit qui permettaient de connaître la qualité de la nuit et le nombre de relevés ou réveils pour chaque personne. Les résultats obtenus sont davantage discutables. En effet, les nuits sont davantage qualifiées de « bonnes » voire « très bonnes », avec moins de relevés pour trois personnes sur quatre. La relaxation n'a donc pas eu d'effets pour la quatrième personne concernant la qualité de la nuit. Notre deuxième hypothèse « la qualité du sommeil augmente. Les soignants notent une amélioration dans les fiches nuit » n'est donc pas totalement validée.

Cependant, il faut être prudent quant à l'interprétation de ces résultats. Nous notons effectivement une diminution des troubles de l'agitation après les dix séances de relaxation. Néanmoins, les baisses ne sont pas significatives pour toutes les résidentes. Seulement la moitié connaît une baisse de plus de 10 points entre chaque passation. De même, la qualité des nuits de chaque personne ne s'est pas nettement améliorée. Nous avons pu noter des moments de fluctuation, avec des personnes qui peuvent passer une mauvaise nuit après la cinquième séance.

Certains facteurs externes ont pu également intervenir lors de cette étude. Par exemple, la qualité de la nuit dépend également, comme le constatent certains auteurs, de la qualité de la journée. Ainsi, la nuit est toujours qualifiée de « bonne » pour Mme B. si sa fille vient lui rendre visite. Elle sera également « très bonne » si la personne a été suffisamment au contact de la lumière et n'a pas somnolé durant la journée. Nous ne pouvons donc pas certifier que seule la relaxation a permis de diminuer les troubles du comportement, ni d'augmenter la qualité de la nuit.

Les séances de relaxations se sont déroulées en individuel. La personne bénéficiait donc d'un rapport privilégié, d'une personne pour elle seule. Pour certaines personnes comme Mme H., ce seul rapport pouvait être bénéfique, suffisant pour diminuer les troubles du comportement. Mme H. était souvent en demande d'attention. Les séances de relaxation ont permis de répondre à cette demande.

Enfin, le nombre de personnes participant à l'étude était de quatre. L'échantillon était restreint. Nous ne pouvons donc pas affirmer que la relaxation est à l'origine de la diminution des troubles du comportement ainsi que de l'amélioration de la qualité de la nuit, même si des correspondances ont pu être établies. Il serait donc intéressant d'obtenir un échantillon plus large afin de mesurer l'impact de la relaxation.

Toutefois, nous avons pu remarquer que la relaxation avait des effets à court terme sur les participantes. Ces dernières accédaient la plupart du temps à un état de relaxation et de décontraction musculaire. Certains troubles du comportement disparaissaient également juste après les séances, tels que les cris de Mme H. L'humeur était positive pour l'une d'entre elle juste après la relaxation. Nous pouvons donc affirmer que la relaxation a eu des effets bénéfiques à court terme.

Conclusion

Nous avons pu remarquer que la relaxation avec les personnes âgées, notamment démentes, est peu étudiée. La littérature scientifique s'intéresse peu aux effets que ce type de thérapie peut avoir sur ces personnes.

Nous avons voulu au travers de cette étude, montrer que ce type d'intervention pouvait avoir un impact bénéfique sur cette population et ainsi soulager le travail des équipes soignantes en institution. Même si les résultats de cette étude ne sont pas significatifs, la relaxation au moment du coucher provoque des effets positifs. Cela permet à la personne de penser à autre chose pendant ce quart- d'heure de détente. Il s'agit d'un moment pour soi, où la personne peut se centrer sur elle-même et ses sensations. Ce moment crée également un lien particulier entre le relaxateur et le relaxant. La personne bénéficie d'un instant où l'attention est dirigée sur elle et où l'on se préoccupe de son bien-être, pas seulement physique. Enfin, la relaxation au moment du coucher permet de créer un rituel rassurant, un temps de transition entre la veille et le sommeil, le jour et la nuit, à l'image de l'objet transitionnel de l'enfant.

La relaxation peut donc être une alternative aux différentes thérapies déjà utilisées. Le psychologue, utilisant essentiellement la parole, peut parfois être désarmé face aux difficultés que rencontrent une personne démente, dont le discours est souvent décousu et incohérent. La relaxation permet d'apporter une réponse à ces personnes, dont la souffrance est grande. Elle peut agir à différents niveaux. Le psychologue pourra alors l'utiliser face aux troubles anxieux ou encore aux troubles de l'agitation. Les séances peuvent être également utilisées comme prémices aux entretiens, permettant de créer un lien entre le professionnel et le résident. Enfin, l'entretien clinique avec la personne âgée démente n'étant pas toujours réalisable, la relaxation devient une alternative pour apporter à la personne un soulagement et un bien-être physique et psychique.

Bibliographie

- Aim, P. & Kahn, J.P. (2012). Hypnose et thérapies brèves, normes et liberté. *L'information psychiatrique*, 80. pp. 711-719.
- Alsten, C., Benson, R., Lopez, M., Rybarczyk, B. & Stepanski, E. (2002). Efficacy of two behavioral treatment programs for comorbid geriatric insomnia. *Psychology and aging*, 17. pp. 288-298.
- Baron, E., Benoît, J.C., Debure, E., Erlich, M., Noël, F. & Pellerin, M. (1981). *Détente et mouvement en psychothérapie. L'abord corporel thérapeutique*. Paris: Edition Sociale Française.
- Billiard, M. (2011). *Les troubles du sommeil*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Brenot, P. (2003). *La relaxation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Charras, K. & Frémontier, M. (2012). L'accompagnement de nuit en unité spécifique. *Soins gériatrie*, 97. pp.38-40.
- Chevillon, E. (2012). *Effet d'un programme de relaxation induit par la musique sur des personnes atteintes d'Alzheimer et souffrant de troubles du comportement au moment du coucher au sein d'une unité spécialisée*. Mémoire de première année de master de psychologie non publié, Université d'Angers, Angers.
- Colin, G. et al. (2003). Travailler auprès de patients déments. *Gérontologie et société*, 104. pp. 81-89.
- Corman, B. (2006). Le sommeil des séniors. *Gérontologie et société*, 116. pp. 45-61.
- Davrou, Y. (1978). *Le guide pratique de la sophrologie*. Paris : Retz.

- Fromage, B. (2001). Groupe de relaxation avec des personnes âgées en institution. *Champ psychosomatique*, 24. pp.131-144.
- Gali, D. (2006). Les maux de la nuit : témoignage d'une personne aidée. *Gérontologie et société*, 116. pp.183-185.
- Hartley, S. (2012). Le sommeil en question. *Soins gérontologie*, 97. pp. 24-26.
- Haute Autorité de Santé (2009). *Recommandations de bonnes pratiques. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. From www.has-santé.fr.
- Henchoz, K. & Lalive d'Épinay, C. (2006). Le sommeil et les significations de la nuit dans la grande vieillesse. *Gérontologie et société*, 116. pp.25-44.
- Hissard, M.J. (1988). *Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui. 2 : actes du premier colloque international de relaxation*. Paris : l'Harmattan.
- Képès, S. (1995). *Etre mieux par la relaxation*. Paris : Didakhè.
- Laganier, J., Monti, A., Pariel-Madjlessi, S., Mitha, N., Gouronnet, A. & Pautas, E. (2012). Syndrome d'apnées du sommeil et troubles cognitifs. *Soins gérontologie*, 97. pp. 31-35.
- Lande, V. (2012). Favoriser un environnement propice au rythme veille-sommeil. *Soins gérontologie*, 97. pp. 27-30.
- Lichstein, K.L. & Johnson, R.S. (1993). Relaxation for insomnia and hypnotic medication use in older women. *Psychology and aging*, 8. pp. 103-111.
- Marvaud, J. (1995). *Relaxation: actualité et innovation. Vol. 1*. Le Bouscat : l'Esprit du temps.

- Marvaud, J. (1995). *Relaxation: actualité et innovation. Vol. 2.* Le Bouscat : l'Esprit du temps.
- Micas, M., Ousset, P.J. & Vella, B. (1997). Evaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. *La revue française de psychiatrie et psychologie médicale.* pp. 151-157.
- Pralong-Kohler, J. & Yersin, M. (2008). Prendre soin de soi et prendre soin de l'autre par l'hypnose. *Revue internationale de soins palliatifs, 23.* pp.147-148.
- Ranty, Y. (2009). *La relaxation, une psychothérapie d'avenir : dépasser les dualismes psychothérapeutiques.* Paris : l'Harmattan.
- Reinhardt, J.C. (2006). Les rituels du coucher. *Gérontologie et société, 116.* pp. 143-152.
- Robert, P. (2007). *Le nouveau petit Robert de la langue française.* Paris : SEJER.
- Rogez, E. (2012). A domicile, une chambre à soi. *Soins gérontologie, 97.* pp.36-37.
- Sapir, M. (1996). *La relation au corps.* Paris : Dunod.
- Schultz, J.H. (1958). *Manuel pratique du training autogène (auto-décontraction concentrative).* Paris : Presses Universitaires de France.
- Scogin, F., Richard, H.C., Keith, S., Wilson, J. & McElreath, L. (1992). Progressive and imaginal relaxation training for elderly persons with subjective anxiety. *Psychology and aging, 3.* pp. 419-429.
- Snyder, M., Egan, E.C. & Burns K.R. (1995). Efficacy of hand massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in person with dementia. *Geriatric Nursing, 16.* pp. 60-63.

- Trouillard, M. (2006). La nuit, la vie continue. *Gérontologie et société*, 116. pp. 119-131.
- Trouvé, E. (2011). *Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée*. Marseille : Solal.
- Vercauteren, R. & Connangle, S. (2006). Nuits en établissements, une rupture des modèles culturels du travail. *Gérontologie et société*, 116. pp. 133-142.

Annexes

Sommaire des annexes

- La C.M.A.I. (Cohen Mansfield Agitation Inventory).....p. 2
- La fiche nuit type.....p. 3
- Le script.....p. 4
- Anamnèse Mme B.....p. 5
- L'échelle de Cohen complétée lors de la première passation pour Mme B.....p. 6
- L'échelle de Cohen complétée lors de la deuxième passation pour Mme B.....p. 7
- Tableau et histogramme de Mme B.....p. 8
- Fiches nuit de Mme B. pour les dix séances.....p. 9 à 10
- Nos observations de Mme B. lors des séances de relaxation.....p.11 à 12
- Anamnèse Mme G.....p. 13
- L'échelle de Cohen complétée lors de la première passation pour Mme G.....p. 14
- L'échelle de Cohen complétée lors de la deuxième passation pour Mme G.....p. 15
- Tableau et histogramme de Mme G.....p. 16
- Fiches nuit de Mme G. pour les dix séances.....p. 17 à 18
- Nos observations de Mme G. lors des séances de relaxation.....p. 19 à 20
- Anamnèse Mme H.....p. 21
- L'échelle de Cohen complétée lors de la première passation pour Mme H.....p. 21
- L'échelle de Cohen complétée lors de la deuxième passation pour Mme H.....p. 23
- Tableau et histogramme de Mme H.....p. 24
- Fiches nuit de Mme H. pour les dix séances.....p. 25 à 26
- Nos observations de Mme H. lors des séances de relaxation.....p. 27 à 28
- Anamnèse Mme L.....p. 29
- L'échelle de Cohen complétée lors de la première passation pour Mme L.....p. 30
- L'échelle de Cohen complétée lors de la deuxième passation pour Mme L.....p. 31
- Tableau et histogramme de Mme L.....p. 32
- Fiches nuit de Mme L. pour les dix séances.....p. 33 à 34
- Nos observations de Mme L. lors des séances de relaxation.....p. 35 à 36
- Tableau et histogramme pour l'ensemble du groupe.....p. 37

• La Cohen Mansfield Agitation Inventory

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule								
2 - S'habille, se déshabille								
3 - Crache (y compris au cours des repas)								
4 -Jure, parle grossièrement								
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide								
6 - Répète des questions, des phrases								
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)								
8 - Donne des coups de pied								
9 - Cherche à saisir								
10 - Bouscule								
11 - Lance des objets								
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)								
13 - Pousse des hurlements								
14 - Mord								
15 - Griffes								
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)								
17 - Tombe volontairement								
18 - Se plaint								
19 - Est opposant								
20 - Mange/boit des produits non comestibles								
21 - Se blesse ou blesse les autres								
22 - Manipulation non conforme des objets								
23 - Cache les objets								
24 - Amasse les objets								
25 - Déchire les affaires								
26 - Attitude répétitives								
27- Fait des avances sexuelles verbales								
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques								
29 - Agitation généralisé								
<i>Sous score</i>								
TOTAL								

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

- 0 - non évaluable
- 1 - jamais
- 2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour
- 3 - une à deux fois par semaine
- 4 - quelquefois au cours de la semaine
- 5 - une à deux fois par jour
- 6 - plusieurs fois par jour
- 7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

- La fiche nuit type :

M

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils :

M

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils :

M

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils :

M

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils :

M

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils :

- Le script :

Ce soir, nous allons faire un exercice, tout simple, sur la respiration. Cela vous permettra, d'être détendu, calme, avant d'aller vous coucher, et faire votre nuit. Nous allons ressentir les bienfaits de la respiration.

Tout d'abord, nous allons commencer par bien nous installer...confortablement. Installez-vous à votre aise...comme vous le voulez. Vous pouvez, mettre vos bras en appui sur les accoudoirs comme vous le souhaitez...Votre tête repose confortablement ...Et vous laissez votre corps s'installer confortablement... Votre corps se repose tranquillement ... Vous ressentez du calme qui s'installe... à votre rythme...

Et maintenant nous allons porter notre attention sur la respiration... comment ça inspire... et comment ça expire... Simplement, on ressent comment ça passe... l'air... et puis... maintenant, on va faire 3 inspirations profondes et 3 expirations...

Pour que ce soit plus commode vous pouvez également, si vous le souhaitez, fermer les yeux.... Tout en ressentant votre respiration....

Votre respiration reprend un rythme...naturel et... paisible. Vous la laissez faire...cette respiration bienfaisante...et elle s'installe dans tout votre corps. Vous respirez calmement...tranquillement...à votre rythme ...Vous pouvez mettre votre main sur votre ventre, pour sentir cette respiration...Votre ventre, se gonfle, et se dégonfle...Vous pouvez sentir vos muscles du ventre et vos muscles de la poitrine...qui bougent...afin d'assurer la respiration, tranquillement ...et calmement... Vous laissez faire...et vous revenez sur votre respiration...en sentant...avec vos mains, que votre poitrine se lève, doucement quand l'air pénètre. Puis...elle se relâche quand l'air ressort.

Vous pouvez suivre le trajet de l'air... Vous sentez que l'air entre par le nez et la bouche... passe par la gorge et continue dans le ventre... L'air y dépose tout ce qui est bon pour votre corps...et repart, par le même trajet. Il repart du ventre, va dans votre gorge et sort par votre bouche...Et naturellement vous rejetez, en dehors de vous, tout ce dont vous n'avez pas besoin...Tout ce qui n'est pas nécessaire...comme toutes les tensions...les nœuds... blocages, ...inquiétudes...Et ça soulage...et vous ressentez de la détente partout ... du calme...de la sérénité. Même votre respiration, encore plus profonde et tranquille, est calme...apaisée... Votre ventre se soulève...et c'est très agréable... naturellement. Votre respiration vous berce... Comme si vous étiez sur une barque... Ou même... comme si vous étiez une barque... Vous pouvez prolonger cette respiration, aussi longtemps que vous en sentez le besoin...

Et vous gardez cette expérience en vous...pour simplement ...y revenir ... comme vous voulez...toutes les fois où c'est nécessaire.

Puis, tout doucement, nous allons reprendre le contact avec l'extérieur. On peut commencer par bouger les doigts de la main... Puis, la main entière...On peut s'étirer un peu...Vous allez prendre une grande respiration, volontairement, et ouvrirez les yeux.

- Anamnèse Mme B. :

Mme B. a 96 ans. Elle a été scolarisée jusqu'à 12-13 ans. Elle a habité à A. dans une maison. Elle est entrée en E.H.P.A.D. à M. en 2001, puis en U.P.A.D. à B. en 2006. Mme B. était mère au foyer et son mari travaillait à la S.N.C.F.. Ce dernier est décédé en juin 1975 d'une leucémie. Elle a eu quatre enfants dont un décédé en 1990 d'un accident de voiture. Mme B. a trois petits-enfants. Elle aime regarder la télévision, faire des mots croisés, de la couture et du tricot, du jardin et de la cuisine.

- L'échelle de Cohen complétée lors de la première passation pour Mme B. :

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date : 23.01.2013

Nom et prénom du patient : Madame B.....

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule								X
2 - S'habille, se déshabille		X						
3 - Crache (y compris au cours des repas)		X						
4 -Jure, parle grossièrement		X						
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide						X		
6 - Répète des questions, des phrases							X	
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)		X						
8 - Donne des coups de pied		X						
9 - Cherche à saisir			X					
10 - Bouscule		X						
11 - Lance des objets		X						
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)		X						
13 - Pousse des hurlements		X						
14 - Mord		X						
15 - Griffes		X						
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)						X		
17 - Tombe volontairement		X						
18 - Se plaint		X						
19 - Est opposant		X						
20 - Mange/boit des produits non comestibles		X						
21 - Se blesse ou blesse les autres		X						
22 - Manipulation non conforme des objets		X						
23 - Cache les objets		X						
24 - Amasse les objets		X						
25 - Déchire les affaires		X						
26 - Attitude répétitives						X		
27- Fait des avances sexuelles verbales		X						
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques		X						
29 - Agitation généralisé				X				
<i>Sous score</i>								
TOTAL	55							

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

0 - non évaluable

1 - jamais

2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour

3 - une à deux fois par semaine

4 - quelquefois au cours de la semaine

5 - une à deux fois par jour

6 - plusieurs fois par jour

7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

- L'échelle de Cohen complétée lors de la deuxième passation pour Mme B. :

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date : 01.05.2013

Nom et prénom du patient : ...Madame B.....

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule								X
2 - S'habille, se déshabille		X						
3 - Crache (y compris au cours des repas)		X						
4 -Jure, parle grossièrement		X						
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide						X		oui
6 - Répète des questions, des phrases		X						
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)		X						
8 - Donne des coups de pied		X						
9 - Cherche à saisir		X						
10 - Bouscule		X						
11 - Lance des objets		X						
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)		X						
13 - Pousse des hurlements		X						
14 - Mord		X						
15 - Griffes		X						
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)						X		oui
17 - Tombe volontairement		X						
18 - Se plaint		X						
19 - Est opposant		X						
20 - Mange/boit des produits non comestibles		X						
21 - Se blesse ou blesse les autres		X						
22 - Manipulation non conforme des objets		X						
23 - Cache les objets		X						
24 - Amasse les objets		X						
25 - Déchire les affaires		X						
26 - Attitude répétitives						X		oui
27- Fait des avances sexuelles verbales		X						
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques		X						
29 - Agitation généralisé		X						
	<i>Sous score</i>							
	TOTAL							
	47							

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

0 - non évaluable

1 - jamais

2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour

3 - une à deux fois par semaine

4 - quelquefois au cours de la semaine

5 - une à deux fois par jour

6 - plusieurs fois par jour

7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

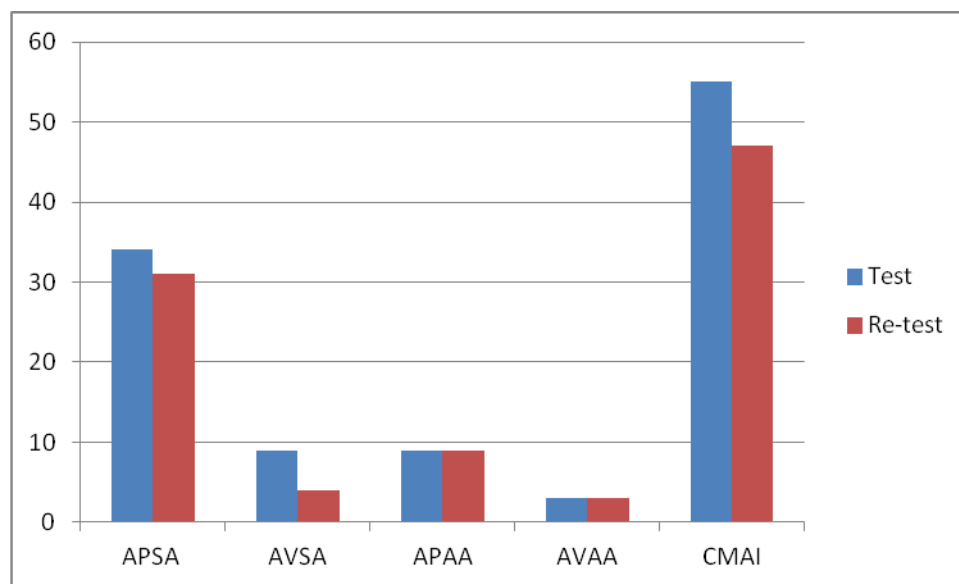
Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

- Tableau et histogramme de Mme B. :

Tableau des résultats à la C.M.AI. pour Mme B. :

	Test	Re-test
APSA	34	31
AVSA	9	4
APAA	9	9
AVAA	3	3
CMAI	55	47

Histogramme issu des résultats ci-dessus :



Fiches nuit de Mme B. pour les dix séances :

Première séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 21h30.

Deuxième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 21h17 – 3h15.

Troisième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 20h – endormie à 23h.

Quatrième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 23h15 – 1h.

Cinquième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 21h30 – 22h – 23h – 23h30.

Sixième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : ne s'est pas endormie avant 1h.

Septième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 21h20 – 23h – 0h – 4h

Huitième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 20h10 – 5h

Neuvième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : a bien dormi toute la nuit, n'a pas déambulé.

Dixième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 21h30 – 22h10.

- Nos observations de Mme B. lors des séances de relaxation :

Première séance : anxieuse au moment du coucher. Mme B. a besoin de présence. Au début de la relaxation, elle avait des difficultés pour se détendre physiquement. Puis, au paragraphe des yeux fermés, elle a décidé de se tourner, de dos, pour pouvoir fermer les yeux. Depuis, ce moment, elle est réceptive au script. Elle répondait par des « oui ». A la fin, elle a fait une grande expiration et a exprimé le souhait de la laisser dormir.

Deuxième séance : anxieuse, veut partir. Elle demande si elle a eu de la visite. Elle est d'accord pour la séance qui s'est bien déroulée. Elle semblait plus apaisée à la fin. Mme B. était prête à dormir.

Troisième séance : est d'accord pour la séance. Elle semble moins anxieuse ce soir, a le sourire. Elle s'installe confortablement et fait les trois respirations. Mme B. ferme les yeux mais les ré-ouvre dans la minute qui suit, puis finit par fixer le plafond en écoutant. A la fin, elle dit aller bien.

Quatrième séance : couchée à 19h30 mais s'est relevée à 20h. Mme B. dit qu'elle nous cherchait car elle veut partir. Elle ne se souvient pas de ce qu'elle a fait la semaine dernière mais est d'accord pour faire la séance. Elle écoute mais n'applique pas les consignes. Cependant, elle fait des « aaah » ou « ooh » pendant la séance. Mme B. est détendue à la fin.

Cinquième séance : est en attente de visite ce soir, ne veut pas aller se coucher. Nous lui proposons la séance, elle est d'accord. Elle se met de dos pendant la séance, semble apaisée. Sa respiration est plus calme et Mme B. n'a plus de demande.

Sixième séance : déambule beaucoup ce soir et ne veut pas se coucher. Elle est d'accord pour la séance. Elle est attentive et applique les consignes. Ce soir, Mme B. arrive à fermer les yeux. A la fin, n'a pas de demande particulière et semble prête à dormir.

Septième séance : parle de partir. Nous l'emmenons dans sa chambre et elle est d'accord pour la relaxation mais a peur que cela soit trop difficile pour elle. Mme B. a besoin de réassurance. Un peu plus détendue à la fin de la séance. Ne s'est pas relevée dans la demi-heure qui suit.

Huitième séance : veut partir. Nous l'emmenons dans sa chambre, est d'accord pour la relaxation. Elle se tourne directement vers la fenêtre, de dos. Cela semble plus facile pour elle puisqu'elle entend mieux de l'oreille gauche. Elle ferme les yeux et écoute. A la fin, est détendue et prête à faire sa nuit.

Neuvième séance : allait plutôt bien ce soir, car sa fille est venue dans l'après-midi. Elle parle de la perte d'un enfant mais ne détaille pas plus. Mme B. est plutôt souriante. La séance de relaxation s'est déroulée de la même manière que la dernière fois. Mme B. s'endormait sur la fin.

Dixième séance : allait bien ce soir. Mme B. déambule un peu avant d'aller se coucher. Elle veille à ce que tout le monde dorme. Elle est d'accord pour la séance. Elle se met en position latérale et écoute. Mme B. a fait les trois grandes respirations et dit des « oui », « d'accord » ce qui montre qu'elle suivait la relaxation. A la fin, elle était prête à dormir et plutôt apaisée.

- Anamnèse Mme G. :

Mme G. a 91 ans et vivait en maison à B. Elle est entrée en U.P.A.D. pour ses troubles du comportement en mars 2012. Nous n'avons pas plus d'éléments quant à sa vie passée.

- L'échelle de Cohen complétée lors de la première passation pour Mme G. :

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date : 23/01/2013

Nom et prénom du patient : ...Madame G.....

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule								X
2 - S'habille, se déshabille		X						
3 - Crache (y compris au cours des repas)		X						
4 -Jure, parle grossièrement		X						
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide								X
6 - Répète des questions, des phrases							X	
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)		X						
8 - Donne des coups de pied		X						
9 - Cherche à saisir		X						
10 - Bouscule		X						
11 - Lance des objets		X						
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)		X						
13 - Pousse des hurlements			X					
14 - Mord		X						
15 - Griffes		X						
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)		X						
17 - Tombe volontairement		X						
18 - Se plaint							X	
19 - Est opposant		X						
20 - Mange/boit des produits non comestibles		X						
21 - Se blesse ou blesse les autres		X						
22 - Manipulation non conforme des objets		X						
23 - Cache les objets		X						
24 - Amasse les objets		X						
25 - Déchire les affaires		X						
26 - Attitude répétitives		X						
27- Fait des avances sexuelles verbales		X						
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques		X						
29 - Agitation généralisé								X
Sous score								
TOTAL	59							

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

- 0 - non évaluable
- 1 - jamais
- 2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour
- 3 - une à deux fois par semaine
- 4 - quelquefois au cours de la semaine
- 5 - une à deux fois par jour
- 6 - plusieurs fois par jour
- 7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

- L'échelle de Cohen complétée lors de la deuxième passation pour Mme G. :

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date : 01.10.2013

Nom et prénom du patient : Madame G.

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule						X		
2 - S'habille, se déshabille			X					
3 - Crache (y compris au cours des repas)		X						
4 -Jure, parle grossièrement		X						
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide								X
6 - Répète des questions, des phrases		X						
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)		X						
8 - Donne des coups de pied		X						
9 - Cherche à saisir			X					
10 - Bouscule		X						
11 - Lance des objets		X						
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)		X						
13 - Pousse des hurlements			X					
14 - Mord		X						
15 - Griffes		X						
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)		X						
17 - Tombe volontairement		X						
18 - Se plaint							X	
19 - Est opposant		X						
20 - Mange/boit des produits non comestibles		X						
21 - Se blesse ou blesse les autres		X						
22 - Manipulation non conforme des objets		X						
23 - Cache les objets		X						
24 - Amasse les objets		X						
25 - Déchire les affaires		X						
26 - Attitude répétitives		X						
27- Fait des avances sexuelles verbales		X						
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques		X						
29 - Agitation généralisé						X		
<i>Sous score</i>								
TOTAL								52

↑ Mais qu'avant

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

- 0 - non évaluable
- 1 - jamais
- 2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour
- 3 - une à deux fois par semaine
- 4 - quelquefois au cours de la semaine
- 5 - une à deux fois par jour
- 6 - plusieurs fois par jour
- 7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

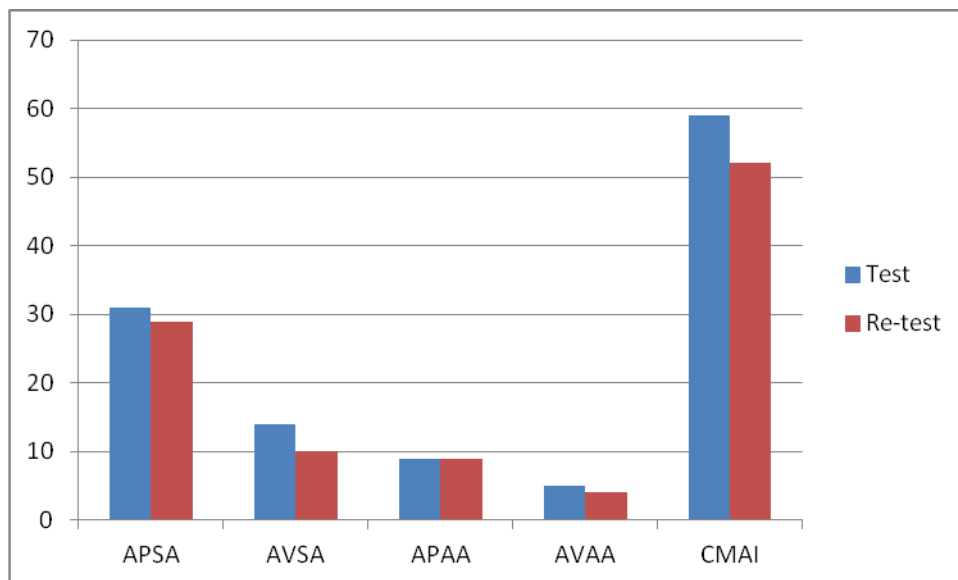
Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

- Tableau et histogramme de Mme G. :

Tableau des résultats à la C.M.AI. pour Mme G. :

	Test	Re-test
APSA	31	29
AVSA	14	10
APAA	9	9
AVAA	5	4
CMAI	59	52

Histogramme issu des résultats ci-dessus :



- Fiches nuit de Mme G. pour les dix séances de relaxation :

Première séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 20h45.

Deuxième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : aucun.

Troisième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 19h52 -

Quatrième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 1h- 3h.

Cinquième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 3h.

Sixième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 22h.

Septième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : -

Huitième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 21h – 1h15 – 4h

Neuvième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 21h – S'est levée à 6h15.

Dixième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 4h30

- Nos observations de Mme G. lors des séances de relaxation :

Première séance : agitée ce soir, parle beaucoup et verbalise beaucoup de demandes. Elle demande à parler avec quelqu'un de « logique ». L'équipe demande une séance de relaxation. Nous l'emmenons donc dans sa chambre et elle a commencé par parler. Elle évoque sa ville natale. Elle dit que ce qui lui manque ici, c'est de parler à quelqu'un « qui a la tête sur les épaules ». Nous lui proposons la séance, elle accepte. Au début, Mme G. continue à parler. Au fur et à mesure, elle écoute. Elle aime les bruits d'oiseaux. Le rythme de sa respiration ralentit au fur et à mesure (au début, avait une respiration saccadée). Au début de la séance, elle disait avoir mal au ventre. Nous avons insisté pendant la séance sur les bienfaits de la respiration sur le ventre. A la fin, Mme G. n'avait plus de plaintes. Il nous semble qu'il y a eu un effet immédiat puisque sa respiration est devenue plus calme.

Deuxième séance : nous attendait. Elle était en demande de quelque chose qui pourrait la « soulager » selon ses termes. Elle est d'accord pour la séance. Mme G. ferme les yeux. Encore une fois, sa respiration s'apaise progressivement. Elle est moins agitée au niveau psychomoteur. A la fin, elle dit qu'elle n'a plus mal au ventre (elle avait mal au départ).

Troisième séance : elle dit avoir quelques douleurs. Elle est d'accord pour la séance. Mme G. fait les trois grandes respirations mais dit ne pas « savoir » fermer les yeux. Elle ne ferme pas les yeux mais reste fixée sur un point du mur. Elle écoute, dit que c'est difficile pour elle. A la fin, Mme G. n'a plus de plainte somatique et dit avoir apprécié la séance.

Quatrième séance : dit qu'elle sait que ça « soulage » quand nous venons. Elle dit avoir mal au ventre. Nous avons axé la relaxation sur ce point. Mme G. écoute et applique les consignes. A la fin, sa respiration est plus détendue. Elle dit ne plus avoir mal au ventre.

Cinquième séance : dit ne pas aller bien. Mme G. a besoin de contact. Elle est d'accord pour la séance qui se passe bien. Le corps est plus détendu à la fin de la séance et Mme G. a le sourire.

Sixième séance : Mme G. évoque sa tristesse qu'elle a de voir le manque d'empathie de certaines personnes. Elle aimerait que les gens fassent davantage attention aux autres. Mme G. connaît un sentiment de solitude. Elle dit qu'elle n'a plus « toute sa tête » et qu'elle prend

conscience de ses difficultés. Elle aimerait que quelqu'un lui trouve une solution pour aller mieux, pour libérer sa tête. Mme G. est d'accord pour la séance. Elle écoute mais exprime une crainte que cela ne fonctionne pas. En fin de séance, dit que ça va pas plus mal qu'au début.

Septième séance : Mme G. n'est pas sortie de sa chambre de l'après-midi car avait besoin de tranquillité. Elle parle de ses amis et dit que ça lui manque. Elle est d'accord pour la séance, dit en avoir « envie ». Pendant la séance, Mme G. garde les yeux fixés au plafond. Elle écoute et dit qu'elle trouve cela « intelligent ». Son corps est complètement détendu à la fin de la séance. L'équipe voit un bénéfice aux séances de relaxation car Mme G. va mieux après.

Huitième séance : Mme G. parle davantage que d'habitude, elle verbalise plus. Mme G. semble angoissée. Elle est d'accord pour la séance. Elle signale qu'elle reconnaît la voix et qu'elle sait que quand nous venons, « c'est agréable ». La séance s'est bien déroulée. Elle arrête la séance juste avant l'image de la barque, parlait d'une dame qui a perdu son fils. S'inquiète beaucoup pour elle. Fin de séance impossible à réaliser.

Neuvième séance : très « agitée » ce soir selon les termes de l'équipe. Les soignants ont dû l'isoler pendant le repas car elle parlait trop fort et cela « énervait » les autres résidents. Entretien de dix minutes avant de commencer la séance. Elle parle des choses qui lui manquent et de ce qui fait sa tristesse. Elle est d'accord pour la séance. Mme G. est à l'écoute et répond par des « oui », « je comprends ». A la fin, elle dit aller mieux. Elle semble moins tendue au niveau du corps même si celui-ci n'est pas complètement reposé. De même, l'esprit ne semblait pas reposé. Elle avait les yeux ouverts et était très alerte sur ce qui se passe dans les alentours. Elle parlait seule après que je sois partie dans la chambre.

Dixième séance : semble aller mieux que la dernière fois. Mme G. a toujours besoin de contact. La séance s'est bien passée. A la fin, elle dit aller mieux « là » (au niveau de la poitrine). Sa respiration est plus calme et plus profonde.

- Anamnèse Mme H. :

Mme H. a 84 ans et est arrivée à l'U.P.A.D. en juin 2012. Avant son arrivée, elle vivait en appartement aux côtés de sa fille après le décès de son mari. Elle a été scolarisée jusqu'à 11 ans, puis a travaillé avec son père qui était ouvrier agricole. Sa mère est décédée jeune. Mme H. est veuve et s'est remariée. Son premier mari est décédé quand elle était enceinte de son troisième enfant. Son deuxième mari est décédé d'un cancer en 1986. Elle a alors travaillé sur les quais dans les ports pour nourrir ses enfants. Elle a eu trois enfants de son premier mariage qui lui ont été retirés car elle est tombée malade et une fille de son deuxième mariage qui a deux enfants. Mme H. a un frère décédé et une sœur dont elle n'a plus de nouvelles. Elle aime écouter de la musique.

- L'échelle de Cohen complétée lors de la première passation pour Mme H. :

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date : 23/01/2013

Nom et prénom du patient : Madame H.

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule							X	
2 - S'habille, se déshabille		X						
3 - Crache (y compris au cours des repas)		X						
4 -Jure, parle grossièrement				X				
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide								X
6 - Répète des questions, des phrases						X		
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)		X						
8 - Donne des coups de pied		X						
9 - Cherche à saisir		X						
10 - Bouscule		X						
11 - Lance des objets		X						
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)		X						
13 - Pousse des hurlements						X		
14 - Mord		X						
15 - Griffes		X						
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)		X						
17 - Tombe volontairement		X						
18 - Se plaint		X						
19 - Est opposant		X						
20 - Mange/boit des produits non comestibles		X						
21 - Se blesse ou blesse les autres		X						
22 - Manipulation non conforme des objets		X						
23 - Cache les objets		X						
24 - Amasse les objets		X						
25 - Déchire les affaires		X						
26 - Attitude répétitives							X	
27- Fait des avances sexuelles verbales		X						
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques		X						
29 - Agitation généralisé		X						
<i>Sous score</i>								
TOTAL	55							

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

- 0 - non évaluable
- 1 - jamais
- 2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour
- 3 - une à deux fois par semaine
- 4 - quelquefois au cours de la semaine
- 5 - une à deux fois par jour
- 6 - plusieurs fois par jour
- 7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

- L'échelle de Cohen complétée lors de la deuxième passation pour Mme H. :

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date : 01.05.2013

Nom et prénom du patient : ...Madame H.....

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule		X						
2 - S'habille, se déshabille		X						
3 - Crache (y compris au cours des repas)		X						
4 -Jure, parle grossièrement		X						
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide		X						
6 - Répète des questions, des phrases		X						
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)		X						
8 - Donne des coups de pied		X						
9 - Cherche à saisir		X						
10 - Bouscule		X						
11 - Lance des objets		X						
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)		X						
13 - Pousse des hurlements							X	
14 - Mord		X						
15 - Griffes		X						
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)		X						
17 - Tombe volontairement		X						
18 - Se plaint						X		
19 - Est opposant		X						
20 - Mange/boit des produits non comestibles		X						
21 - Se blesse ou blesse les autres		X						
22 - Manipulation non conforme des objets		X						
23 - Cache les objets		X						
24 - Amasse les objets		X						
25 - Déchire les affaires		X						
26 - Attitude répétitives						X		
27- Fait des avances sexuelles verbales		X						
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques		X						
29 - Agitation généralisé		X						
Sous score								
TOTAL	42							

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

- 0 - non évaluable
- 1 - jamais
- 2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour
- 3 - une à deux fois par semaine
- 4 - quelquefois au cours de la semaine
- 5 - une à deux fois par jour
- 6 - plusieurs fois par jour
- 7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

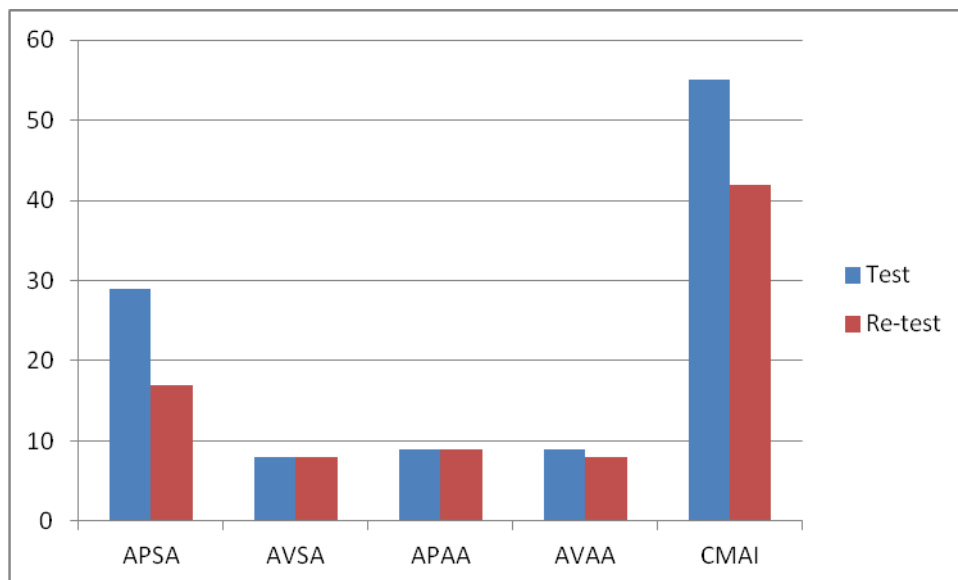
Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

- Tableau et histogramme de Mme H. :

Tableau des résultats à la C.M.AI. pour Mme H. :

	Test	Re-test
APSA	29	17
AVSA	8	8
APAA	9	9
AVAA	9	8
CMAI	55	42

Histogramme réalisé à partir des résultats ci-dessus :



- Fiches nuit de Mme H. pour les dix séances de relaxation :

Première séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : s'endort vers 1h.

Deuxième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 1h.

Troisième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : aucun.

Quatrième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : aucun.

Cinquième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : -

Sixième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : -

Septième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvais Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : -

Huitième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : aucun.

Neuvième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : aucun.

Dixième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : aucun.

- Nos observations de Mme H. lors des séances de relaxation :

Première séance : séance de relaxation car elle crie le soir. Elle demande souvent à ce qu'on fasse pour elle alors que, selon l'équipe, elle peut faire seule. Nous avons eu du mal à commencer la relaxation car elle disait que ses pieds étaient entortillés dans les draps. La soignante est venue la réinstaller dans son lit. La séance a pu commencer. Mme H. s'est détendue au fur et à mesure (au départ, corps tendu, genoux relevés, puis corps qui repose bien sur le plan du lit). La respiration est devenue plus apaisée à la fin de la séance. Tout à la fin, a voulu garder les yeux fermés. Elle dit que ça va et ne développe pas plus.

Deuxième séance : a pris le temps de bien s'installer. Elle a fait les 3 respirations et a fermé les yeux. Les a ré-ouverts au bout de quelques secondes. Mme H. est restée silencieuse pendant tout le reste de la séance. A la fin, elle dit « ça va un peu mieux ».

Troisième séance : dit se souvenir vaguement de ce que l'on a fait. Elle est d'accord pour la séance car dit qu'elle sait que ça lui fait du bien. Mme H. est restée calme pendant toute la séance et à l'écoute. La respiration est devenue plus profonde au fur et à mesure. A la fin, elle dit se sentir bien.

Quatrième séance : prend le temps de bien s'installer. Mme H. pense que ses pieds sont entortillés. Puis, nous avons commencé la séance. Elle n'a pas fermé les yeux mais elle est restée fixée sur le plafond. A la fin, Mme H. était prête à dormir.

Cinquième séance : commence par dire que ses pieds étaient entortillés. Mme H. est d'accord pour la séance. Elle fait les trois grandes respirations et ferme les yeux. Elle écoute attentivement. Il nous semble qu'il y a eu un effet à court terme car elle ne fait plus les bruits qu'elle fait d'ordinaire avec la bouche (comme si elle mâchait quelque chose). A la fin, elle dit aller bien. Elle était en demande en début de soirée mais plus après. Elle semblait apaisée à la fin de la séance.

Sixième séance : elle dit aller bien mais elle est plutôt raide au niveau du corps. Mme H. est d'accord pour la séance. Elle écoute attentivement et applique les consignes. Au début, elle fait des bruits de bouche comme si elle mâchait quelque chose. A la fin, ces bruits ont disparus. Elle fermait les yeux de temps en temps. A la fin, elle a fait une grande expiration.

Elle dit alors aller mieux. La respiration était plus profonde. Mme Huchet a tendance à crier lorsqu'elle veut se redresser dans son lit. Après la séance, elle s'est redressée sans crier.

Septième séance : Mme H. est d'accord pour la séance car dit se souvenir que ça lui fait du bien. Elle semblait tendue ce soir, à cause du comportement d'une dame qui parlait fort pendant le dîner. Elle a interrompu la séance au quatrième paragraphe pour ses pieds entortillés. Nous la réinstallons et la replongeons dans la relaxation. A la fin, elle semble aller mieux. Le corps est moins tendu, est dans un état de détente mentale. Elle nous dit apprécier ce moment.

Huitième séance : elle est d'accord pour la séance. Ce soir, elle n'a pas demandé pour ses pieds entortillés. Elle semblait fatiguée mais elle dit vouloir la séance. Elle s'est endormie pendant la séance, au moment où nous décrivons le trajet de l'air. Elle signale à la fin que cela lui fait du bien et dit aller bien.

Neuvième séance : en demande de relaxation. Rituel des pieds entortillés. Elle apprécie le moment de relaxation. Mme H. crie moins quand elle doit bouger, se redresser dans son lit. A la fin, elle dit se sentir mieux. Mme H. avait les yeux mi-clos.

Dixième séance : rituel des pieds entortillés pendant plus longtemps que d'habitude. Elle est d'accord pour la séance mais nous la sentons moins concentrée. Elle bouge davantage, garde les yeux ouverts sans fixer le plafond et arrête la séance avant la fin à cause de ses pieds entortillés. A la fin, nous remercions.

- Anamnèse Mme L. :

Mme L. a 85 ans et est entrée à l'U.P.A.D. en novembre 2012. Elle est veuve depuis 2011. Mme L. a une fille, deux petites-filles et trois arrières petits-enfants. Elle vivait à B. dans une maison. Elle a été scolarisée jusqu'à 11 ans et était agricultrice comme son mari. Mme L. est une femme très active qui aime les bals, les ateliers manuels, les cartes, le tricot et aller au marché.

- L'échelle de Cohen complétée lors de la première passation pour Mme L. :

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date : 23/01/2013

Nom et prénom du patient : ...Madame L.....

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule							X	
2 - S'habille, se déshabille		X						
3 - Crache (y compris au cours des repas)		X						
4 -Jure, parle grossièrement							X	
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide							X	
6 - Répète des questions, des phrases							X	
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)		X						
8 - Donne des coups de pied		X						
9 - Cherche à saisir		X						
10 - Bouscule		X						
11 - Lance des objets		X						
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)		X						
13 - Pousse des hurlements		X						
14 - Mord		X						
15 - Griffes		X						
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)		X						
17 - Tombe volontairement		X						
18 - Se plaint							X	
19 - Est opposant				X				
20 - Mange/boit des produits non comestibles		X						
21 - Se blesse ou blesse les autres		X						
22 - Manipulation non conforme des objets		X						
23 - Cache les objets		X						
24 - Amasse les objets		X						
25 - Déchire les affaires		X						
26 - Attitude répétitives						X		
27- Fait des avances sexuelles verbales		X						
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques		X						
29 - Agitation généralisé		X						
<i>Sous score</i>								
TOTAL	59							

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

0 - non évaluable

1 - jamais

2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour

3 - une à deux fois par semaine

4 - quelquefois au cours de la semaine

5 - une à deux fois par jour

6 - plusieurs fois par jour

7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

- L'échelle de Cohen complétée lors de la deuxième passation pour Mme L. :

COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY - CMAI 29 items version longue

Date : 01.05.2013

Nom et prénom du patient : ...Madame L.....

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant - autre)

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6	7
1- Déambule							X	
2 - S'habille, se déshabille		X						
3 - Crache (y compris au cours des repas)		X						
4 -Jure, parle grossièrement						X		
5 - Recherche constante d'attention ou d'aide		X						
6 – Répète des questions, des phrases		X						
7 - Donne des coups (y compris à soi-même)		X						
8 - Donne des coups de pied		X						
9 - Cherche à saisir		X						
10 – Bouscule		X						
11 - Lance des objets		X						
12 - Emet des bruits bizarres (rires bizarres ou pleurs)			X					
13 - Pousse des hurlements		X						
14 - Mord		X						
15 - Griffes		X						
16 - Essaie d'aller ailleurs (fugues)		X						
17 - Tombe volontairement		X						
18 – Se plaint		X						
19 - Est opposant			X					
20 – Mange/boit des produits non comestibles		X						
21 - Se blesse ou blesse les autres		X						
22 – Manipulation non conforme des objets		X						
23 - Cache les objets		X						
24 - Amasse les objets		X						
25 - Déchire les affaires		X						
26 - Attitude répétitives		X						
27- Fait des avances sexuelles verbales		X						
28 - Fait des avances sexuelles ou physiques		X						
29 - Agitation généralisé		X						
Sous score								
TOTAL	41							

deuxième

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents

- 0 - non évaluable
- 1 - jamais
- 2 - moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour
- 3 - une à deux fois par semaine
- 4 - quelquefois au cours de la semaine
- 5 - une à deux fois par jour
- 6 - plusieurs fois par jour
- 7 - plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

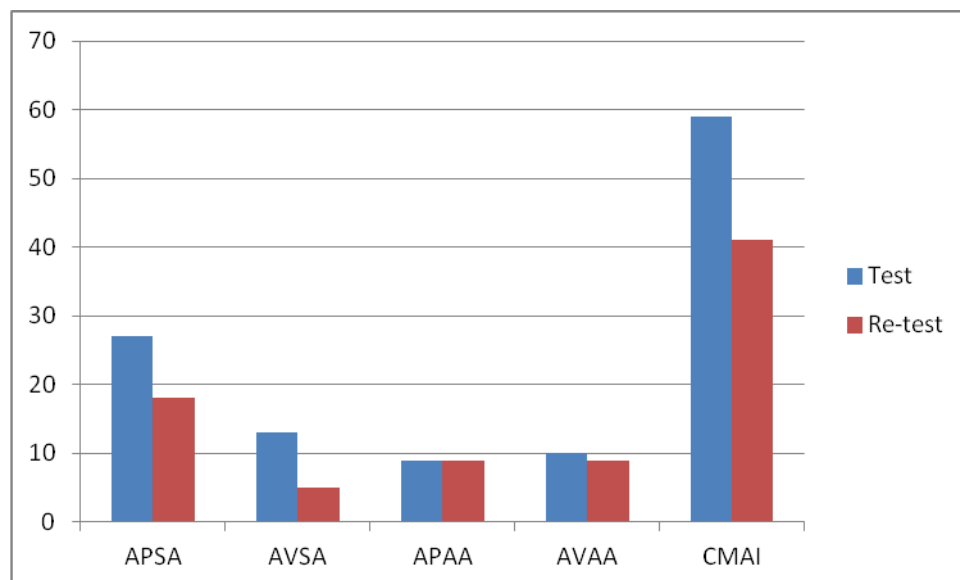
Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B. Evaluation des troubles du comportement. présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997. : 151-157.

- Tableau et histogramme de Mme L. :

Tableau des résultats à la C.M.AI. pour Mme L. :

	Test	Re-test
APSA	27	18
AVSA	13	5
APAA	9	9
AVAA	10	9
CMAI	59	41

Histogramme réalisé à partir des scores ci-dessus :



- Fiches nuit de Mme L. pour les dix séances de relaxation :

Première séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : aucun.

Deuxième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 4h.

Troisième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 20h30

Quatrième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 21h.

Cinquième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 22h.

Sixième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : aucun.

Septième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : 3h.

Huitième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : -

Neuvième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : -

Dixième séance :

- Nuit : Très Bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise
- Heures des relevés ou réveils : Réveillée à 3h30.

- Nos observations de Mme L. lors des séances de relaxation :

Première séance : très anxieuse ce soir. Elle avait peur qu'une certaine personne vienne la voir. Mme L. a parlé pendant toute la séance de relaxation même si le débit de parole a diminué en fin de séance. Les bruits d'oiseaux lui plaisaient. Elle a eu des difficultés à se concentrer sur la respiration. Cependant, elle était attentive et a apprécié ce moment. Elle exprimait moins d'angoisse à la fin de la séance.

Deuxième séance : au début, parle de sa vie car en a besoin. Puis, nous débutons la relaxation. Elle écoute et parle un peu. Mme L. ne fermait pas les yeux mais elle fixait le plafond. Elle se détend au fur et à mesure, parle de moins en moins et répond juste aux fins de phrases par des « oui ». Aux trois-quarts de la séance, elle ferme les yeux. Elle les garde même fermés quand la séance est finie, en avait besoin, se sentait bien comme cela.

Troisième séance : elle nous attendait. Elle est d'accord pour la séance. Cependant, Mme L. a parlé davantage que la dernière fois durant la séance, nous ne pensons pas que cela l'ait détendue.

Quatrième séance : est d'accord pour la séance. Au début, elle comble les vides par la parole. Puis, au fur et à mesure, elle écoute. A la fin, elle dit aller bien.

Cinquième séance : verbalise beaucoup ce soir. Mme L. est attentive à partir du cinquième paragraphe. A la fin, nous ne la sentons pas détendue.

Sixième séance : parle un peu en début de séance. Elle se détend plus tôt ce soir et garde les yeux fermés. Mme L. dit apprécier ce moment et semble détendue à la fin de la séance.

Septième séance : parle beaucoup et proteste contre les autres résidents. Elle est d'accord pour la séance. Au début, elle parle beaucoup. Puis, cela diminue, elle écoute de plus en plus. A la fin, dit être satisfaite.

Huitième séance : agacée par une dame qui touchait sa chaise à table. Elle est d'accord pour la séance. Elle a besoin de réassurance car demande si nous avons déjà fait cela. Elle devient

attentive au quatrième paragraphe, écoute et est calme. La respiration se fait moins saccadée qu'au début. Le corps était moins tendu à la fin.

Neuvième séance : agacée par la résidente qui parle fort. Elle a moins parlé, cependant, lors de la séance par rapport aux autres fois. Mme L. était plus calme à la fin et avait les yeux fermés. Elle dit qu'elle est « heureuse d'avoir fait ça ».

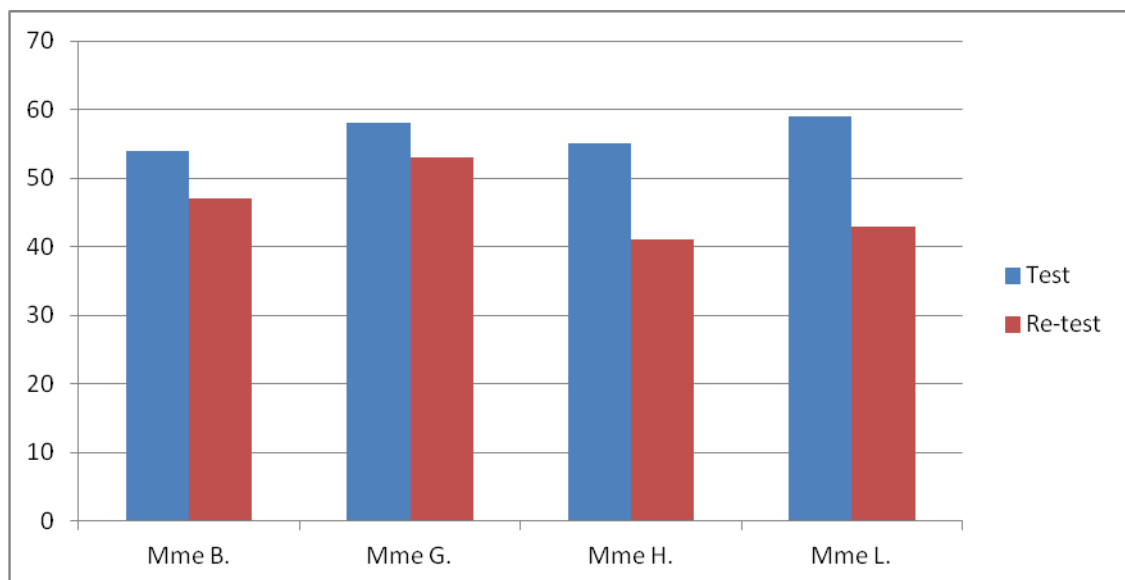
Dixième séance : très agacée ce soir par le comportement d'une autre résidente qui l'interpellait sans cesse. Mme L. devenait agressive envers elle. Elle est partie du dîner sans prendre de dessert et à uriné par terre. Elle disait vouloir aller au lit mais demande la séance. Elle était plus attentive que les fois d'avant. Elle a écouté pendant les trois-quarts de la séance. Elle dit se sentir « très bien » à la fin. Son corps était détendu et elle avait le sourire. Elle a fermé les yeux pendant la séance.

- Tableau et histogramme pour le groupe de participantes :

Tableau des résultats à la C.M.AI. pour l'ensemble du groupe :

	Test	Re-test	Différence test/re-test
Mme B.	54	47	7
Mme G.	58	53	5
Mme H.	55	41	14
Mme L.	59	43	16

Histogramme réalisé à partir des résultats ci-dessus :



Résumé

La relaxation avec les personnes âgées est un thème peu étudié. Cependant, elle peut être bénéfique pour cette population, notamment démente. Il faut alors choisir le type de relaxation parmi toutes celles proposées dans la littérature scientifique. Cette présente étude permet de mesurer les effets d'un programme de relaxation sur les troubles du comportement des personnes âgées démentes ainsi que sur les troubles du sommeil. Les résultats vont nous montrer que ce type de thérapie a des effets bénéfiques à court terme.

Mots-clés : relaxation, relaxations, démence, personnes, âgées, sommeil, troubles, comportement.

Abstract

Relaxation with elderly people is a subject rarely studied. However, it can be beneficial for this population, in particular for person with dementia. Then, we have to choose what kind of relaxation we want to use among all of those proposed by scientific literature. This study propose to measure the impact of a relaxation program on behavioral issues in dementia people, and on sleeping disorders. The results will show that this kind of therapy can have beneficial effects on a short term.

Key-words: relaxation, relaxations, dementia, elderly, sleep, disorders, behavioral.