Quand la mémoire s'envole et que les sensations demeurent... Apport de l'approche snoezelen dans la prise en charge psychomotrice de personnes âgées atteintes d'Alzheimer

Chloé Quentin

▶ **To cite this version:**

Chloé Quentin. Quand la mémoire s'envole et que les sensations demeurent... Apport de l'approche snoezelen dans la prise en charge psychomotrice de personnes âgées atteintes d'Alzheimer. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359580

HAL Id: dumas-01359580

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359580

Submitted on 2 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Institut de formation en Psychomotricité
91, boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

Quand la mémoire s'envole et que les sensations demeurent…

Apport de l'approche snoezelen dans la prise en charge psychomotrice de personnes âgées atteintes d'Alzheimer

Mémoire présenté pour l'obtention du DE de psychomotricité
Session Juin 2016

Mémoire présenté par :

QUENTIN Chloé

Référents de mémoire :

Mme IDIR Olfa
Mme TORDJMAN Madeleine

«Moins le corps est le lieu d'échanges moins il s'intègre à la vie de l'individu et plus il est l'objet de désinvestissement ou de surinvestissement […].»[1]

«Rien dans notre intelligence qui ne soit passé par nos sens.»[2]

[1] PITTERI F., 2010, page 304.
[2] ARISTOTE, 350 av JC.

REMERCIEMENTS

Un grand merci à *Charlotte Paumel* d'avoir pris de son temps pour m'aiguiller dans ce mémoire.

Merci à *Olfa Idir,* mon maître de mémoire pour son suivi et ses conseils.

Merci à *Madeleine Tordjman* pour sa confiance.

Je remercie ma famille pour toutes ces heures de relecture et pour son soutien sans faille.

Enfin, merci à tous les maîtres de stages que j'ai rencontrés durant ces trois années, ils m'ont beaucoup apporté humainement, mais aussi théoriquement.

Pour finir, merci à toutes les personnes âgées, que j'ai pu côtoyer ainsi que Mme G. et Mme M., qui à leur insu, m'ont permis d'apprendre et d'écrire ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 8

PARTIE THEORIQUE....10

I- Snoezelen 11

1) Concept 11

1.1) Historique....11

1.2) Snoezelen, pour qui ?....11

1.3) Définition....11

2) Quelques principes fondamentaux 12

2.1) Non productivité 12

2.2) L'accompagnement 13

2.3) Les grands axes 13

3) L'espace 14

3.1) Deux atmosphères....14

3.2) Présentation des matériels 14

4) Un espace multi sensoriel 16

4.1) La sensation....16

4.2) Sensibilité 16

4.3) Les cinq sens....17

4.4) Les autres sens, intéroceptifs....19

II- Les personnes âgées 20

1) Définition du vieillissement 20

2) Vieillissement physiologique....21

3) Vieillissement physique 21

4) Vieillissement de la perception 21

5) Vieillissement psychologique 23

6) Troubles psychomoteurs habituels....24

7) Les compétences 26

III- La maladie d'Alzheimer 27

1) Définition de la démence....27

2) Alzheimer....28

2.1) Définition....28

2.2) Epidémiologie....29

2.3) Facteurs de risques....30

2.4) Facteurs de protection 30

3) Qu'est ce qui est touché ? 31

3.1) Les fonctions cognitives 31

3.2) La représentation du corps....35

3.3) La désorientation spatio-temporelle 35

3.4) L'affectivité....36

3.5) Les troubles psychocomportementaux 36
4) Evolution 37

PARTIE CLINIQUE 38
I- L'établissement 39
1) Présentation de l'EHPAD 39
2) Population accueillie 39
3) Projet d'établissement 39
4) Présentation des lieux de vie 40
5) L'unité protégée 40
6) L'équipe pluridisciplinaire 41
II- La place de la psychomotricité 42
1) Rôle au sein de l'EHPAD 42
2) Rôle auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer 42
3) Différentes prises en charge 43
4) Outils d'évaluations 44
5) Place du stagiaire en psychomotricité 45
III- Cas clinique : Mme G. 45
1) Présentation de la résidente 45
2) Premières observations 46
3) Bilan psychomoteur 47
4) Conclusion de bilan 49
5) Projet thérapeutique 49
6) Evolution des séances 50
IV- Cas clinique : Mme M. 54
1) Présentation de la résidente 54
2) Premières rencontres 54
3) Bilan psychomoteur 55
4) Conclusion de bilan 58
5) Projet thérapeutique 58
6) Evolution des séances 59

DISCUSSION 65
I- L'axe relationnel 66
1) La distance relationnelle 66
1.1) Présentation de la proxémie 66
1.2) La proxémie, les soignants et la maladie d'Alzheimer 68
2) Communiquer autrement 70
2.1) Les communications non verbales 70
2.2) Communication non verbale et maladie d'Alzheimer 70
II- Axe sensoriel 72
1) Vieillissement sensoriel 72
2) Les flux sensoriels 73

2.1) Le flux tactile avec Mme G. 73
2.2) Le flux visuel avec Mme M. 74
3) Sensations, émotions et maladie d'Alzheimer 75
4) Sensorialité et image du corps 76
4.1) Extension des limites 76
4.2) L'identité touchée 77
4.3) Une image du corps unifiée 78
4.4) Une image du corps valorisée 78
III- L'axe détente 79
1) Le dialogue tonico-émotionnel 80
2) Le rythme 81
3) L'espace snoezelen 81
4) Equilibre sensori-tonique 82
5) Evolution des comportements 82
IV- Snoezelen et l'institution 84
1) Snoezelen et les soignants 84
2) Snoezelen et Psychomotricité 84
3) L'utilisation de la salle 85
4) Les a priori snoezelen 85

CONCLUSION 87
BIBLIOGRAPHIE 89
SITOGRAPHIE 92
ANNEXES 93

INTRODUCTION

J'ai choisi de réaliser ce mémoire en m'intéressant particulièrement à la personne âgée. Il s'agit d'une population qui m'a toujours attirée et davantage au cours de mes études en psychomotricité. Ces dernières m'ont montré les bienfaits que je pouvais apporter à ces personnes trop souvent oubliées.

La société d'aujourd'hui prône la performance et la maîtrise. Dans ce contexte, vieillir affecte ces deux notions et surtout chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cette pathologie est très étudiée mais encore peu comprise de part ses aspects neurologiques, comportementaux et psychologiques. Les conséquences identitaires inéluctables qu'elles entraînent provoquent peur et angoisse de la part de la société.

En tant que stagiaire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), je constate un nombre important de personnes atteintes de cette maladie. *«J'ai peur», «Je perds la tête»,* sont des phrases que j'entends souvent et peuvent effectivement provoquer une certaine appréhension. Cette pathologie m'a beaucoup questionnée notamment sur la personne qui se dissimule derrière et n'est pas ponctuée que d'involutions, les sujets concernés à un stade modéré ont encore des facultés psychomotrices. En effet j'observe chez eux un panel d'expériences motrices, cognitives, affectives et sensorielles.

J'ai découvert le concept snoezelen lors de mon stage de deuxième année en maison de retraite médicalisée. Il semblait avoir pour but principal d'apaiser les personnes anxieuses par le biais de stimulations sensorielles dans un environnement contenant. Retrouvant ce concept cette année, je me suis alors questionnée quant à l'apport de cette approche au sein de la thérapeutique psychomotrice, auprès de patients atteints de cette maladie. J'émets l'hypothèse que le cadre et les axes principaux de cette approche enrichissent la perception psychomotrice, en permettant d'amener une détente et une conscience corporelle soutenue par le dialogue tonico-émotionnel optimisant la relation.

Pour répondre à cette question, en première partie je présenterai le concept snoezelen ainsi que le vieillissement de la personne âgée. J'ai fait le choix de développer ce point car je pense qu'il est essentiel de comprendre l'évolution de l'humain avant de le cloisonner dans une pathologie. J'expliquerai ensuite ce qu'est la maladie d'Alzheimer.

En deuxième partie j'exposerai le cadre de mon stage et mes expériences cliniques.

En troisième partie je reprendrai les points essentiels du concept snoezelen agrémentés de ma clinique, de mon regard en tant que future psychomotricienne pour tenter de percevoir les effets bénéfiques de cette approche.

PARTIE THEORIQUE

I- Snoezelen

1) Concept

1.1) Historique

Le concept *snoezelen* a vu le jour dans les années 1970 aux Pays-Bas grâce à deux professionnels hollandais : Ad VERHEUL, animateur de loisirs et Jan HULSEGGE, musicothérapeute. Snoezelen est un terme qui paraît étrange, c'est en fait la contraction de deux verbes néerlandais : SNUFFELEN qui veut dire renifler, explorer, partir à la découverte de…, une dimension active apparaît alors, la personne agit sur l'environnement ; et DOEZELEN qui signifie un état de détente, de somnolence, il s'apparente alors à une dimension passive, l'environnement influe sur l'état de la personne. La notion de «cafétéria sensorielle» est le précurseur de snoezelen. Elle est abordée par deux psychologues, CLELAND et CLARCK aux Etats-Unis, il s'agit d'un lieu où l'on peut se servir de diverses informations sensorielles selon nos envies, ce sont les premiers à évoquer l'idée d'un espace sensoriel, ce qui intéresse beaucoup les deux auteurs hollandais qui ont intensifié leur démarche. Snoezelen arrive en France en 1986 mais ne prend son essor qu'en 1992[3].

1.2) Snoezelen, pour qui ?

Il s'agit d'une approche proposant un espace de stimulations sensorielles en respectant le rythme et les envies de chacun. Cette approche a été développée auprès de personnes atteintes de handicap mental dans un premier temps, ces deux professionnels hollandais se sont rendu compte qu'elles manquaient d'activités adaptées à cette époque. Le concept s'est étendu auprès de diverses populations : personnes atteintes d'autisme, personnes âgées démentes, psychiatrie, petite enfance… Tous peuvent y participer.

1.3) Définition

Définir snoezelen se révèle assez complexe. Au début de ma formation en psychomotricité, je pensais que c'était une méthode qui se résumait à une salle où diverses stimulations étaient proposées. En réalité il s'agit de bien plus que cela, c'est une façon de penser, d'être, une manière de considérer la personne. Il ne s'agit pas uniquement d'une salle

[3] QUENTIN O., GODDERIDGE B., d'ARFEUILLE P., 2010, page 8.

mais d'une ambiance qui peut se transposer dans une chambre, une salle de repas. C'est une expérience sensorielle propre à chacun, dans la relation et le respect de l'être humain. Ce que je trouve d'autant plus intéressant est l'idée de passer un moment avec une personne, et non un malade. Ce concept repose avant tout sur une approche humaniste plaçant l'homme et la valeur humaine au dessus de toute autre valeur. Il ne faut pas oublier l'être humain qui se cache derrière le malade, c'est lui que l'on va rencontrer. Progressivement on se déconnecte du rythme institutionnel pour se recentrer sur soi et retrouver son propre rythme, semblable à un voyage sensoriel. En fonction de la subjectivité de chacun, l'accompagnant peut adapter la séance snoezelen. Nous avons tous des préférences sensorielles, d'autant plus dans la pathologie et dans le vieillissement où des particularités sensorielles s'installent, dès lors nous ne proposerons pas les mêmes stimulations.

«L'approche snoezelen est une activité primaire […] orientée vers la perception sensorielle par le biais de la lumière, du son, du toucher, de l'odorat, du goût.»[4] Ce qui se vit en snoezelen est de l'ordre de l'archaïque, il semble essentiel de revenir sur des perceptions sensori-motrices lorsque le cognitif fait défaut.

2) Quelques principes fondamentaux

2.1) Non productivité

Snoezelen est une rencontre entre deux personnes plongées dans un bain de stimulations dans un cadre de détente et sécurisé. Cette détente est favorisée par la notion de non performance, aucun résultat n'est recherché lors d'une séance. Seul l'instant présent est important. La notion de prendre soin est alors retrouvée, il ne s'agit pas d'une méthode de rééducation ou de réhabilitation cognitive mais de la qualité de présence et relationnelle. Il faut différencier la notion de prendre soin et de faire des soins. Cette dernière se situe dans l'agir, on soigne le corps anatomiquement, physiologiquement et renvoie au «corps que j'ai». Le prendre soin s'intéresse aussi à l'aspect psychique du corps, au vécu corporel de la personne, c'est le «corps que je suis». L'accompagnant doit être disponible pour recevoir les affects de l'autre, une certaine qualité d'être est requise. Il est un soutien lors de séances snoezelen, la relation à l'autre est privilégiée.

[4] HULSEGGE J., VERHEUL A., 2004, page 43.

2.2) L'accompagnement

Une formation de base est nécessaire afin d'accompagner la personne dans le respect des principes snoezelen. On parle d'accompagnant car il observe, écoute, soutient, rencontre l'autre et répond sans objectif de rendement, «L'accompagnant aura les capacités indispensables à la rencontre de l'émotion, de ce mouvement de l'âme qui relie la personne au monde et se traduit dans l'observation non verbale. Il aura développé une conscience corporelle dans l'acceptation du ressenti du vécu de cet autre différent.»[5] Il peut adopter deux façons de soutenir la personne :

- soit il reste observateur, rassurant celle-ci mais la laissant explorer l'environnement d'elle-même, une certaine liberté de propositions lui est offerte.
- soit il est plus directif et amène les stimulations lorsqu'elle ne peut plus formuler de demande, il faut cependant faire attention à ne pas l'oppresser.

L'idée de base est le bien-être et le plaisir. De plus il y a une mise à distance des normes favorisant la qualité relationnelle. On ne va pas chercher à normaliser la personne mais plutôt à l'accepter telle qu'elle est.

2.3) Les grands axes

Dans le livre *Snoezelen un monde de sens*[6], les auteurs proposent trois grands axes qui me semblent tout à fait importants pour répondre aux désirs des patients sans les brusquer, tout en favorisant la relation :

L'axe relationnel : La notion d'être est favorisée par rapport à la notion de faire et d'agir. Etre présent, à l'écoute de l'autre et de soi est primordial. En effet, il faut percevoir les changements corporels d'autrui, mais aussi sensoriels pour s'adapter au mieux dans la relation. La communication ne se fera pas forcément sur un versant verbal mais peut s'appuyer sur le mode non verbal. Il faut savoir accepter le lâcher-prise et se retrouver proche de la personne, dans un contact tactile mais pas seulement, «[…] se laisser toucher physiquement et émotionnellement.»[7] Le rythme de celle-ci guidera la séance snoezelen, répondre à ses besoins et ses attentes alimenteront d'autant plus la relation et viendra entretenir une confiance réciproque.

[5] THIRY M cité par QUENTIN O., GODDERIDGE B., d'ARFEUILLE P., 2010, page 17.
[6] QUENTIN O., GODDERIDGE B., d'ARFEUILLE P., 2010, page 11.
[7] *Ibid.* page 12.

L'axe sensoriel : L'être humain, pour agir sur le monde, a besoin de percevoir les stimuli de l'environnement et se développe grâce à la sensorialité. Il va se construire grâce à ses premières expériences sensorielles qu'il va intérioriser, puis il les associera à des sentiments qui donneront naissance à des représentations. Les informations sensorielles que nous percevons vont influer notre état tonique et émotionnel. Une information perçue comme agréable peut provoquer un apaisement des tensions musculaires accompagné d'un sentiment de détente. Chaque personne perçoit le monde à sa façon, teinté de ses expériences.

L'axe détente et bien-être : Cet axe peut se réaliser sur un mode passif, le résident se laisse porter par les informations sensorielles, ou sur un mode actif, il agit alors et explore différentes propositions sensorielles. Il faut laisser une distance suffisante au résident pour qu'il puisse se sentir suffisamment sécurisé. L'atmosphère aide à accompagner ce sentiment de bien-être. L'accompagnant doit, lui aussi, se sentir détendu pour transmettre cet état à travers le dialogue tonico-émotionnel. Un mieux-être du patient sera le résultat d'une détente musculaire et psychique, même si elle dure seulement le temps de la séance et permettra un abaissement des douleurs, de l'angoisse par une décontraction musculaire. Le corps va mémoriser cette expérience et le vécu émotionnel du moment entrainera, inconsciemment, une résonnance avec une émotion passée, c'est la mémoire du corps.

3) L'espace

3.1) Deux atmosphères

Il pourrait être proposé idéalement deux espaces snoezelen en institution, une salle blanche favorisant la détente (*doezelen*) et une salle plutôt sombre favorisant les stimulations sensorielles et l'agir (*snuffelen*). Mais généralement par manque de surface et de budget il n'existe qu'un seul espace modulable en fonction de l'ambiance créée.

3.2) Présentation des matériels

Il existe des salles spécifiques mais du matériel peut être exporté, sont alors organisés des «chariots» snoezelen permettant d'accéder à l'espace de la personne, c'est-à-dire sa chambre, ou tout autre endroit, c'est une adaptation du modèle initial. Sur mon lieu de stage,

nous ne disposons pas de chariot et utilisons une salle[8], qui ne doit pas être trop grande pour permettre un sentiment de sécurité et éviter que les objets soient éloignés les uns des autres provoquant alors des sensations de discontinuité, de vide. Un espace trop étroit peut déstabiliser le résident qui pourrait se sentir oppressé et en manque d'une certaine liberté de mouvement.

Au sein de cette salle il existe divers matériels dont certains me semblent essentiels par leur aspect stimulant et contenant :

- Le matelas à eau chauffé et musical : la personne allongée ressent alors les vibrations de la musique, la pression de l'eau stimulant alors son système vestibulaire.

- Les fibres optiques : Ce sont des fils lumineux. C'est un élément visuel et tactile, stimulant et captivant, les résidents aiment les toucher par curiosité, attraction mais aussi parce qu'ils sont accessibles.

- Le projecteur : Il projette, au mur, différents paysages ou des images anodines. Ces dernières sont intéressantes car elles laissent libre cours à l'imagination du résident qui les interprète à sa manière, avec sa propre subjectivité.

- La colonne à bulles[9] : C'est la stimulation la plus sollicitée, elle est remarquée en premier car c'est un objet peu commun. En plus de cet aspect visuel avec différentes couleurs, il se dégage un son particulier provoqué par les bulles et les vibrations de la colonne. Le résident peut toucher cette colonne et ressentir ces vibrations, ainsi qu'une légère chaleur.

Il existe aussi des plus petits matériels, comme des instruments de musique, différents objets de diverses textures, des peluches…

Il faut savoir que ce matériel est très coûteux mais qu'il n'est pas indispensable. Il peut être fabriqué avec des moyens plus abordables et même avec les résidents pour qu'ils se sentent d'autant plus impliqués.

[8] Voir annexe I.
[9] Voir annexe II.

4) Un espace multi sensoriel

4.1) La sensation

L'Homme évolue grâce au développement de la sensorialité. Dès la vie intra-utérine les sens sont stimulés. Nous sommes en permanence sollicités, c'est grâce à ces stimulations que nous pouvons interagir avec l'environnement en régulant nos comportements et émotions. C'est ainsi que le bébé se différencie d'autrui et se construit progressivement.

Selon Jean-Claude CARRIC et Béatrice SOUFIR la sensation est une «impression reçue par l'intermédiaire des sens.»[10] L'organisme reçoit les informations par de multiples sources et avec de nombreuses variations au niveau de l'intensité et de la localisation. Ces informations vont être perçues par des récepteurs sensoriels, elles vont être ensuite codées et se diriger vers le système nerveux central par le biais de neurones. Le système nerveux central va déclencher diverses réactions[11] (émotions, réflexes…). Lorsqu'une émotion est ressentie elle est traitée par le cerveau limbique qui gère les aspects agréables et désagréables. C'est un système plus archaïque et jouera sur l'état tensionnel. L'ajustement corporel se fait par le cortex préfrontal.[12] Ces deux systèmes sont liés et vont nous permettre de répondre à une situation donnée.

4.2) Sensibilité

Nous sommes dotés de systèmes sensoriels faisant partie du système nerveux responsable de la sensation. Ils contiennent une multitude de récepteurs permettant de recevoir des informations qu'elles soient externes ou internes. Ces systèmes peuvent tous être plus ou moins stimulés dans le cadre snoezelen. «La sensibilité est la capacité d'un organisme à être informé des paramètres physico-chimiques du milieu extérieur ou intérieur […]».[13] Il existe deux principales sensibilités :

Sensibilité extéroceptive : concerne la sensibilité somatique regroupant tous les stimuli externes (pression, chaleur…). Elle capte les stimulations de contact (toucher, gustation) et de source éloignée du corps (vision, audition, olfaction), elle est donc en lien avec les cinq sens.

[10] CARRIC J-C., SOUFIR B., 2014, page 231.
[11] Voir annexe III.
[12] QUENTIN O., GODDERIDGE B., d'ARFEUILLE P., 2010, page 37.
[13] *Ibid.* page 39.

Sensibilité intéroceptive[14] : elle correspond à l'intérieur du corps et reçoit des informations provenant des viscères, des organes internes, c'est la viscéroception. Généralement ces informations sont inconscientes mais peuvent devenir conscientes lorsqu'on y prête attention, par exemple l'estomac qui se noue, le sang qui se glace, les membres qui se raidissent… Il s'agit d'impressions propres à chacun. L'intéroception est constituée du sens vestibulaire, de la proprioception et du sens vibratoire.

- *Le sens vestibulaire* qui permet au corps de rester en équilibre par rapport à la gravité terrestre et se situe dans l'oreille interne.
- La *proprioception* informe sur la place des membres dans l'espace, et nous renseigne sur la force et l'amplitude du mouvement. Elle est composée du *sens kinesthésique* qui permet de localiser les différentes parties du corps et de la *somesthésie* qui donne les informations sur l'état du corps (tension, respiration...).
- Le *sens vibratoire* nous renseigne sur les vibrations de notre corps. Les os créent une résonnance propageant ainsi les vibrations dans tout le corps.

4.3) Les cinq sens

Les sens sont stimulés dès le plus jeune âge. En effet, ils le sont dès la vie intra utérine. L'enfant va pouvoir se développer et grandir grâce à l'interprétation qu'il fait des informations sensorielles perçues par ses sens, «[…], c'est un organe par lequel les stimuli (influences) qui exercent sur (ou dans) le corps sont (a)perçus et traduits en sensations, ressentis et vécus qui, à leur tour, permettent à l'être vivant de prendre connaissance du monde qui l'entoure.»[15]

La vue :

En Occident, c'est le sens le plus utilisé. Beaucoup d'expressions sont utilisées pour qualifier le regard comme vecteur de communication : «*on se comprend en un regard*», «*son regard en dit long*», c'est un sens alors très expressif. Les muscles oculomoteurs et les globes oculaires sont formés in utero. A la naissance, la vision n'est pas totalement mature mais fonctionnelle, elle se développera avec le bébé et verra les couleurs comme l'adulte dès l'âge

[14] ROTHSCHILD B., DUCENE F., SCHILS M., 2008, Page 49.
[15] VELDMAN F., 2007, page 42.

de trois mois[16]. La vision est liée à la posture et à l'axe de la personne, étant complètement repliée sur elle-même sa perception sera différente.

Par exemple, en snoezelen, la vision va être stimulée avec la colonne à bulle, les fibres optiques et les images projetées au mur.

L'audition :

Le fœtus réagit aux stimulations auditives externes et reconnaît la voix maternelle mais cette écoute n'est pas encore conscientisée. Le son provoque en chacun de nous des émotions, des réactions personnelles (sursauts, peurs, satisfactions). L'audition permet la communication car nous écoutons l'autre mais elle permet aussi de s'entendre. Elle nous renseigne aussi sur une situation, un bruit inquiétant induira une réaction de fuite, un bruit agréable attisera la curiosité.

La musique choisie mais aussi la voix apaisante de l'accompagnant permettront de stimuler l'ouïe et de faire émerger des images, des sensations.

L'odorat :

Le nourrisson reconnaît aussi sa mère par l'olfaction, notamment par les sensations provenant du liquide amniotique. Ce sens est celui qui fait le plus appel à notre subjectivité car il est teinté de nos émotions, on ressentira tout de suite si une odeur est agréable ou non. L'odeur permet aussi une émergence de souvenirs profonds.

Le goût :

In utero, le système gustatif est fonctionnel à partir de trois mois de gestation.[17] Le nourrisson développe le goût dans son environnement, la saveur évoluera en fonction des habitudes alimentaires de la mère. Il va de pair avec l'olfaction car l'aliment à une saveur mais aussi une odeur. On distingue quatre saveurs : sucré, salé, acide, amer, les goûts de chacun étant divers et variés. Ce sens est difficile à stimuler en snoezelen par rapport aux complications médicales de chacun et à l'hygiène.

[16]THOMAS N., Développement psychomoteur de l'enfant, intervention en amphithéâtre formation en psychomotricité, 2013.
[17] *Ibid.*

Le toucher :

Les récepteurs tactiles sont matures vers le sixième mois de gestation[18]. Il existe une multitude de récepteurs sensoriels stimulés par le bercement permanent de la paroi utérine. Le toucher est le premier mode de communication, il n'est pas ressenti comme une simple sensation mais comme une émotion, Frédérick LEBOYER écrit : «En étant caressé, cajolé, porté, embrassé, bercé, aimé, l'enfant apprend à caresser, cajoler, embrasser, bercer, il apprend à aimer les autres.»[19] Notre peau nous permet de nous séparer du monde extérieur tout en gardant le contact avec. Elle recouvre tout notre corps, de ce fait elle est le plus grand organe sensoriel.

Dans le concept snoezelen, ce sens peut être stimulé en touchant différentes matières proposées, mais aussi lors de toucher thérapeutique et d'automassage. La personne sera physiquement et émotionnellement touchée.

4.4) Les autres sens, intéroceptifs

La proprioception :

Elle est gérée par des récepteurs, centres nerveux et est inconsciente. Ce sens est stimulé au quotidien et nous donne des informations provenant de l'intérieur du corps. En snoezelen, ce sens est sollicité à travers chaque mouvement et posture que fait la personne.

Le sens vestibulaire :

Le nourrisson, in utero, perçoit les mouvements du corps de la mère ainsi que ses propres mouvements ce qui stimule l'appareil vestibulaire qui se développe très tôt. Il est stimulé lors de nos déplacements et tout changement de postures. En snoezelen, ce sens va être sollicité par le matelas à eau mais aussi par le fauteuil à bascule.

Le sens vibratoire :

Ce sens est très archaïque car dès la grossesse, l'enfant perçoit les vibrations provoquées par la voix, le rythme cardiaque et la circulation du sang de la mère, mais aussi par les stimuli extérieurs. Il donne la sensation d'une unité corporelle par son aspect de

[18] *Ibid.*
[19] http://pomm.jimdo.com/maternage/

résonnance. Lors d'une séance snoezelen, nous pouvons éveiller ce sens avec la colonne à bulles, le matelas à eau, la musique et les percussions.

II- Les personnes âgées

1) Définition du vieillissement

Il existerait différents types de vieillissement, le réussi, le normal, le pathologique et plus communément : troisième âge, quatrième âge… mais en dehors de toutes ces classifications, «être *vieux*» qu'est ce que cela veut dire ? La majorité d'entre nous pense de suite à une tranche d'âge qui débute à soixante ans, l'âge de la retraite étant souvent le facteur déclenchant, et s'imagine en raison de la cessation d'activité professionnelle qui s'en suit, une mise à l'écart de la société. Il n'en est rien ! Rappelons que le phénomène de vieillissement a été ralenti par l'augmentation de l'espérance de vie et un accroissement de l'activité professionnelle dans sa durée. La vieillesse évolue différemment selon l'environnement social et familial de chacun.

Plus précisément, le vieillissement est caractérisé par des transformations, qu'elles soient physiques, mentales, sociales et physiologiques. Bien évidemment ces transformations ne sont pas présentes chez tous et varient en fonction de l'hygiène de vie de chacun. La personne âgée va devoir faire preuve d'une grande adaptabilité pour conserver un élan vital et répondre au mieux à l'environnement avec ce corps qui change. D'après le poème du Général Douglas MAC ARTHUR en 1945, «On ne devient pas vieux pour avoir vécu un certain nombre d'années : on devient vieux parce qu'on a déserté son idéal. Les années rident la peau ; renoncer à son idéal ride l'âme.» Ce poème riche et sensible nous montre bien l'enjeu de l'acceptation psychique des pertes physiques.

Il s'agit à présent d'exposer dans cette partie les différents changements qui s'opèrent dans la sénescence[20].

[20] Sénescence : processus de vieillissement naturel physiologique.

2) Vieillissement physiologique

Tout d'abord, un vieillissement de la trame osseuse est observé entraînant ainsi l'ostéoporose qui augmente considérablement le risque de fractures. Ensuite au niveau des articulations, elles sont moins amples car il y a une perte d'élasticité ligamentaire qui va se traduire par une diminution de l'extensibilité motrice, des douleurs se feront ressentir. On observe aussi une diminution de la force musculaire, avec un ralentissement dans les mouvements, accompagné d'une fatigabilité. Le système cardio-respiratoire va s'affaiblir, on constatera une baisse de la capacité respiratoire. En effet, pendant l'effort, la régulation se fera difficilement et ensuite il faudra un certain temps de récupération.

Une légère atrophie cérébrale entraîne une perte de neurones qui aura pour conséquence des troubles bénins de la mémoire, de l'attention ainsi qu'une augmentation du temps de réponse mais ces troubles restent normaux. Une difficulté d'adaptation est présente, les personnes âgées aiment souvent retrouver leurs habitudes.

3) Vieillissement physique

La personne âgée va subir de nombreux changements physiques, sa peau va se rider, des tâches vont apparaitre, ses cheveux vont se blanchir. Au niveau de la posture, une tendance à être voûté sera constatée en raison d'une accentuation des courbures dorsales et lombaires : cyphose / lordose. Le tassement de la colonne vertébrale lui fera perdre quelques centimètres. Malgré toutes les avancées de la chirurgie, il devient difficile de masquer ce corps témoignant du temps qui passe.

4) Vieillissement de la perception

Chez la personne âgée les organes sensoriels subissent le processus de vieillissement impactant ainsi leur perception. «Tavernier-Vidal et al. (1991) estiment que […] la sensibilité étant moindre les stimuli doivent être plus intenses pour permettre la perception.»[21] Il est alors essentiel de considérer chaque sens pour redonner un sentiment d'existence.

[21] ALBARET J-M, AUBERT E., 2003, Page 17.

La vue :

C'est l'un des sens le plus touché par le vieillissement. Déjà à partir de quarante ans, une difficulté à distinguer les objets à distance se fait ressentir, c'est la presbytie. Mais ce n'est pas la seule conséquence, il peut y avoir d'autres séquelles comme une difficulté à percevoir les couleurs, une hypersensibilité à la lumière, une diminution notable de l'acuité et de la perception visuelle.

L'audition :

Un vieillissement cellulaire de l'appareil auditif entraîne ce qu'on appelle la presbyacousie, elle touche plus l'intelligibilité que la sensation de l'intensité sonore. La distinction des bruits aigus semble plus compliquée. La personne âgée aura plus de difficultés à suivre une conversation et à y participer, c'est pour cela qu'un appareillage est conseillé si l'on ne veut pas aboutir à un isolement handicapant pour elle. Eric AUBERT et Jean-Michel ALBARET dans leur livre *Vieillissement et Psychomotricité*[22], nous font remarquer que les différences individuelles entre sujets impactent aussi les capacités à converser, une personne dont les capacités intellectuelles sont préservées va plus facilement suivre une conversation.

L'odorat :

L'odorat est aussi affaibli dans certains cas par une atteinte de la muqueuse nasale entraînant une perte cellulaire provoquant ainsi une diminution de la perception des odeurs. Une destruction totale des cellules de la muqueuse aboutit à une anosmie qui se caractérise par une perte totale de l'odorat. Cette détérioration peut avoir des conséquences sur l'alimentation et la nutrition du sujet car il ne trouvera plus de plaisir à manger, partager un repas est un moment convivial et important pour le maintien relationnel.

Le goût :

L'avancée en âge provoque une diminution de la sensation des papilles gustatives et des troubles de la reconnaissance de certaines saveurs. Comme nous l'avons vu précédemment ce sens est intriqué avec l'odorat et aura les mêmes répercussions que celui-ci.

Le toucher :

La peau avec l'âge devient moins élastique, plus fine et sèche. Elle s'abime plus facilement ce qui entraîne une incidence sur l'appréciation ou la reconnaissance de certains

[22] *Ibid.* Page 17.

stimuli. La diminution des récepteurs tactiles participent à l'augmentation du seuil de sensibilité, qui varie en fonction de chaque être humain.

La proprioception :

Eve BERGER dit : «si notre identité physique est si évidente et se maintient à notre insu, c'est parce que notre corps est doté d'un sens spécial qui s'en occupe : on sait qu'on est soi parce que quand on bouge, quelque chose nous dit que c'est nous qui bougeons, et pas quelqu'un d'autre.»[23] Cependant, avec le vieillissement, les récepteurs au niveau musculaires et articulaires sont moindres, touchant ainsi la perception proprioceptive.

Récepteurs vestibulaires :

Des troubles de l'équilibre sont fréquemment observés, cela est dû en partie à une diminution des cellules ciliées se trouvant l'oreille interne. «Ces modifications entraînent principalement des changements dans la posture du sujet et participent secondairement au trouble de l'équilibre lors de déplacements rapides et complexes du corps et de la tête.»[24]

5) Vieillissement psychologique

«Sur le plan psychologique, le ralentissement demeure le phénomène le plus caractéristique du vieillissement, mais la qualité du vieillir dépend de la rapidité de la dégradation somatique et de la force de cohésion de la personnalité antérieure.»[25]

Personnalité :

La personnalité du sujet âgé a tendance à s'affirmer avec le temps. Des personnes introverties pourront présenter une attitude déprimée. D'autres, plus ouvertes, réaliseront diverses activités et resteront dans l'action.

Par ailleurs, une personnalité tout autre peut apparaître. Franck PITTERI[26] nous explique qu'une personnalité hypocondriaque se dessine pour résister au changement et est considérée comme une adaptation au vieillissement.

[23] BERGER E., 2000, Page 56.
[24] ALBARET J-M, AUBERT E, 2003, Page 18.
[25] *Ibid.* page 292.
[26] *Ibid.* page 293.

Affectivité :

Toute sa vie la personne âgée aura participé à la vie de la société. C'est au moment de la retraite qu'elle va se sentir inutile et rejetée par cette société qui privilégiera beaucoup plus la population active et renverra une image négative à ces personnes âgées qui vont se sentir comme une charge. De plus les changements physiologiques et corporels vont nourrir ce sentiment d'inutilité, la personne âgée va s'écarter, se désintéresser petit à petit du monde qui l'entoure au risque de se désinvestir d'elle-même.

Elle doit faire le deuil de plusieurs pertes physiques et affectives. Le manque de fonction entraîne un sentiment de déclin, la perte de soi qui se traduit par l'acceptation de notre propre finitude accentuée par la disparition de personnes proches.

6) Troubles psychomoteurs habituels

De part ce processus de sénescence nous retrouvons des troubles psychomoteurs dits «normaux». Je vais vous présenter ceux que je retrouve le plus fréquemment parmi ceux-ci, dans les différents lieux de stages auxquels j'ai participé.

Tonus et posture :

Le tonus est la contraction permanente des muscles. J'ai pu observer de nombreuses paratonies, se traduisant par l'impossibilité de résolution musculaire, donnant un aspect rigide du corps. «Concernant le tonus de fond, les sujets de plus de 70 ans présentent des paratonies de fond tellement fréquentes que de Ajuriaguerra (1970) les a considérées comme quasi physiologiques.»[27] Cette hypertonie entraine une posture désagréable, courbée, porteuse de douleur.

Schéma corporel :

Il est le modèle perceptif du corps, permanent et évolutif. Il permet de se rendre compte des contours de son corps et la répartition de ses membres, de comprendre les flux sensoriels et d'organiser les postures pour répondre à ces derniers. Le schéma corporel se développe grâce aux structures neurologiques mais aussi aux expériences qui donneront à l'individu une maîtrise progressive de ses mouvements. En plus de l'affaiblissement sensoriel,

[27] PITTERI F., 2010, page 291.

la personne âgée fait de moins en moins de mouvements, ce qui entraîne un appauvrissement du schéma corporel.

Image du corps :

L'image du corps, selon Françoise DOLTO, pédiatre et psychanalyste française, «[…] est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. L'image est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles.»[28] Elle est subjective, inconsciente et évolue tout au long de la vie, elle anime la relation du moment présent par tout le vécu du sujet. En se développant la personne âgée a construit son identité mais lorsque le corps vieillit il devient généralement l'objet de soins, ne se sentant plus sujet, elle a la sensation de ne plus habiter son corps «Les retrouvailles quotidiennes et rassurantes entre le corps ressenti, le moi et son image, ne sont plus systématiques, voire déclinent chaque jour davantage.»[29] Elle doit faire face à ce changement en faisant le deuil de l'image idéale du corps. En plus de son aspect physique, le corps perd en fonctionnalité. Son image n'étant plus stabilisée, les frontières entre le dedans et le dehors du corps s'amenuisent.

Equilibre :

Le vieillissement du système vestibulaire entraîne des pertes d'équilibre. Ce système est sensible à la perception et l'orientation du mouvement. De plus, avec les changements posturaux liés à l'hypertonie, aux diminutions des sensations tactiles et visuelles, les réactions d'équilibration sont moindres. L'équilibre chancelant peut entraîner des réticences à la marche par la crainte de tomber.

Marche :

La marche est souvent caractérisée par de petits pas, de faible amplitude avec une diminution nette du ballant au niveau des membres supérieurs. Avec la résistance des articulations, cela limite d'autant plus le mouvement, l'hypertonie souvent présente ne permet pas un mouvement fluide, la peur de tomber s'ajoutant aux aspects physiologiques entraîne une démarche précautionneuse.

[28] DOLTO F., 1984, page 22.
[29] PERSONNE M., 2011, page 40.

Rythme et temporalité :

La personne âgée connait un chamboulement de son rythme qui devient beaucoup plus lent. Elle doit s'adapter dans une société véhiculée par la rapidité. Combien d'individus n'ont pas déjà manifesté leur impatience lors d'un passage en caisse ralenti par la présence d'une vieille personne devant elle ? Chacun a son propre rythme, il en va de même pour les personnes âgées. Le rythme et le temps sont intimement liés, le rythme structure le temps et se trouve ralenti. Elle trouve alors que le temps passe vite. «Ce changement dans la perception du temps suscite chez la personne âgée un travail de réflexion sur la notion qu'elle a de son avenir, en l'évaluant par rapport au temps qu'il lui reste à vivre.»[30]

7) Les compétences

La vie de la personne âgée est, certes, ponctuée de changements tendant à la diminuer mais malgré tout, elle est encore capable d'évoluer. En effet, chez certaines personnes la mémoire n'est pas troublée, au contraire les capacités mnésiques sont plus efficientes.

D'un point de vue culturel, dans certains pays africains les anciens représentent la sagesse et sont admirés de tous. Les rides représentent une certaine beauté, la beauté de l'âge, elles sont la signification de nombreuses expériences. Il est souvent bénéfique d'écouter les conseils de nos aînés qui ont vécus de nombreuses épreuves et ont forgé leur caractère.

La personne âgée est aussi perçue comme le référent de la famille, souvent très aimée de ses petits-enfants, admirée par ses enfants, cela favorise l'estime de soi. Bien évidemment, tout comme les modifications corporelles, cela dépend des individus, de leur culture. «Les âgés en bonne santé qui disposent de meilleures habilités sociales obtiennent plus de succès dans la création et dans le maintien d'un réseau de soutien social satisfaisant (Chappell, 1995)».[31]

D'un point de vue temporel, les personnes âgées ont beaucoup plus de temps libre pour continuer de découvrir le monde et s'enrichir d'expériences nouvelles. Certaines font d'ailleurs preuve d'une bonne flexibilité mentale et s'adaptent à de nouvelles situations sans réelles difficultés apparentes.

[30] JUHEL J-C., 2010, page 35.
[31] CAPPELIEZ P., LANDREVILLE P., VEZINA J., 2000, page 9.

Le passé va pour elles être une source de soutien narcissique. Le temps passe ainsi moins vite lorsqu'on l'associe au passé, les âgés vont se sentir au centre de leur histoire, acteurs de leur vie, ce qui relance une certaine envie d'exister.

Les nombreux deuils auxquels ils ont fait face font qu'ils acquièrent une certaine force et maturité psychique.

Ce qui a été présenté précédemment traitait du vieillissement dit normal, il peut néanmoins engendrer dans certains cas de nombreuses pathologies, qu'elles soient vasculaires, neurologiques, cardiaques… Il s'agit désormais de présenter l'une de ces maladies : la maladie d'Alzheimer, pathologie particulièrement présente en maison de retraite médicalisée.

III- La maladie d'Alzheimer

1) Définition de la démence

Du latin *dementia,* la démence signifie la perte de raison, la folie[32]. Elle équivaut de ce fait à la folie ? Une forte connotation péjorative se constate, cette pathologie peut alors amener à une certaine frayeur. La réalité de la démence fait qu'il existe des troubles neurologiques entraînant une modification du comportement ainsi que des perturbations cognitives. L'entourage voit alors la personne atteinte changer réalisant des actes, qui pour lui, sont insensés. Le philosophe Michel FOUCAULT en 1976 tente de faire un lien entre la démence et la folie, il explique en effet : «En une certaine manière, la démence c'est la folie, moins tous les symptômes particuliers à une forme de folie […]. La démence, c'est tout ce qu'il peut y avoir de déraisonnable dans la sage mécanique du cerveau, des fibres et des esprits.»[33]

L'Organisation Mondiale de la Santé (*OMS*) définit la démence comme «une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours, cet état de démence doit être apparu six mois auparavant et

[32] AUZANNEAU B., AVRIL Y., 2003, Page 170.
[33] FOUCAULT M., 1976, page 267.

associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxie, gnosie, ou modification de la personnalité.»[34]

Il n'existe pas une démence mais plutôt des syndromes démentiels divers et variés. Ils sont classés en deux grandes catégories; la première concerne les démences dégénératives. Elles sont les plus fréquentes, en effet elles concernent 90% de l'ensemble des démences[35]. Elles résultent d'une perte neuronale, la maladie d'Alzheimer en fait partie. La seconde concerne les démences non dégénératives, elles sont plus rares et sont dues à des troubles vasculaires, éthyliques, inflammatoires… Ces particularités ne seront pas traitées ici car le sujet principal reste la démence de type Alzheimer, laquelle est la plus répandue chez la personne âgée.

2) Alzheimer

2.1) Définition

La maladie d'Alzheimer a été décrite en premier lieu par un psychiatre, neurologue et neuropathologiste allemand, Aloïs ALZHEIMER en 1906. Auguste DETER était la patiente du docteur A. ALZHEIMER, elle avait cinquante et un ans et présentait un délire de jalousie envers son mari suivi d'une détérioration des fonctions intellectuelles et mnésiques. Lorsqu'elle mourut, A. ALZHEIMER autopsia son cerveau et remarqua des lésions dans le cortex cérébral.[36]

Il existe en effet deux lésions caractéristiques de la maladie d'Alzheimer :

- La protéine bêta-amyloïde se retrouve en trop grande quantité dans le cerveau. Les protéines s'agglutinent et forment les plaques séniles, celles-ci sont normales à partir de quarante ans dans la mesure où leur quantité est régulée et leur qualité saine. Dans le cas contraire on observera par accumulation une détérioration du cortex cérébral.
- La protéine tau devient défectueuse dans la maladie et se détache des microtubules, ce qui provoque une impossibilité pour les neurones de communiquer entre eux. Les protéines TAU s'agglutinent entre elles et forment des filaments ;

[34] CROISILE B., 2009, page 421.
[35] *Ibid.* 2010, page 13.
[36] MADJLESSI A., 2012, page 174-175.

l'accumulation de ceux-ci constitue alors la dégénérescence neurofibrillaire et aboutit à la destruction du neurone.

Ces deux lésions provoquent ainsi une perte synaptique et neuronale. Il existe aussi une perturbation de l'acétylcholine, neurotransmetteur essentiel au niveau des capacités mnésiques. De plus, les neurones de la région de l'hippocampe, siège de la mémoire, sont touchés les premiers. Mais au fur et à mesure, d'autres capacités vont être touchées. En effet, la haute autorité de santé donne une définition simple et complète : «La maladie d'Alzheimer est caractérisée par l'association d'une amnésie hippocampique à des troubles cognitifs instrumentaux (langage, praxies, gnosies) témoignant d'une atteinte corticale d'évolution progressive retentissant sur le comportement et l'autonomie.»[37]

Elle est considérée comme une maladie et non comme une conséquence du vieillissement normal de la personne âgée. C'est une pathologie neurodégénérative, progressive et l'évolution est variable selon les sujets. Il n'y a pas d'étiologie connue, mais on observe une corrélation de facteurs favorisant l'apparition de la maladie. Il n'existe pas de traitement curatif, les symptômes pouvant cependant être atténués par divers traitements.

2.2) Epidémiologie

D'après le site France Alzheimer, en 2013, 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer. Trois millions de personnes sont concernées par cette maladie en incluant les proches qui vivent aussi un quotidien bouleversé. Un malade sur deux ignore qu'il en est atteint, les lésions survenant dix à quinze ans avant l'apparition des premiers symptômes.[38] Cette pathologie est la quatrième cause de mortalité, elle est expliquée par les complications qu'elle engendre.

[37] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf page13.
[38] http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/692

2.3) Facteurs de risques

Il est important de connaître les facteurs de risque car ils augmentent la possibilité d'apparition de la maladie d'Alzheimer. Il est difficile d'établir le risque précis d'une atteinte car chaque individu est constitué différemment.

- *Age* : le premier facteur lié à cette maladie est l'avancée en âge. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), moins de 2% de la population touchée développe la maladie avant soixante-cinq ans alors qu'à l'âge de quatre-vingts ans 15% en serait atteint.[39]

- *Génétique* : il existe également une forme génétique, elle débute précocement, avant soixante ans. Elle demeure relativement rare : de 1 à 5% des cas[40].

- *Genre* : les femmes sont en effet plus affectées que les hommes. Ceci est dû en partie à l'espérance de vie, celle des femmes étant de quatre-vingts ans et des hommes soixante-quinze ans. Toujours selon l'INSERM, sur 25 malades, 10 sont des hommes et 15 des femmes.

- *Terrain vasculaire et pathologie*: le tabagisme, l'alcool, l'athérosclérose[41], le surpoids, les troubles lipidiques, l'hypertension artérielle, le diabète, la trisomie 21, traumatisme crânien, la sédentarité et les maladies vasculaires sont aussi des facteurs favorisant l'apparition de la maladie.

- *Niveau socioculturel* : En fonction de ce niveau, l'apparition de la maladie peut-être ralentie.

2.4) Facteurs de protection

Les facteurs de protection vont s'orienter vers une action de prévention même si celle-ci n'est pas une garantie absolue.

[39] http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer
[40] FRANCE ALZHEIMER, 2015, page 16.
[41] Athérosclérose : se caractérise par un dépôt, sur la paroi des artères, de matière graisseuse bouchant l'artère progressivement.

- Un régime alimentaire appelé «*régime méditerranéen*»[42] peut diminuer le risque d'engendrer cette maladie, une certaine rigueur alimentaire est à respecter (manger moins gras, des fruits…).
- *L'activité physique* est un facteur de protection essentiel, marcher trente minutes quotidiennement par exemple, aurait des répercussions positives sur le système vasculaire.
- *Entretenir ses capacités cognitives* en réalisant des activités comme des mots croisés, du jardinage, du tricot… permet de conserver des facultés mnésiques qui retardent les manifestations cliniques.
- Il est important de *favoriser un environnement social* autant que possible, avoir des relations, partager son savoir, sortir, cela permet de maintenir une ouverture au monde et éviter un isolement.

3) Qu'est ce qui est touché ?

La maladie d'Alzheimer touche tous les lobes du cerveau[43] : pariétal, frontal, temporal, occipital. Chaque lobe exerce des fonctions nécessaires au maintien de l'autonomie, nous allons voir à présent quelles sont les fonctions les plus touchées[44].

3.1) Les fonctions cognitives

Elles englobent une multitude de fonctions organisées par le cerveau et permettent à l'individu d'acquérir, de stocker et d'utiliser des informations. On y trouve la mémoire, le langage, les gnosies, praxies et fonctions exécutives.

La mémoire :

Le cerveau n'est pas doté d'une mémoire unique, en effet la réalité est beaucoup plus complexe. Il existe plusieurs classifications des différentes mémoires existantes et j'en présenterai une ici, celle qui me paraît la plus intelligible. La mémoire siège principalement dans le lobe temporal (contenant l'hippocampe), il existe cependant deux circuits distincts : «L'un des systèmes, constitué par le cortex préfrontal et le lobe temporal médian, ainsi que

[42] FRANCE ALZHEIMER, 2015, page 17.
[43] Voir annexe IV.
[44] Voir annexe V.

diverses aires cérébrales qui leur sont connectées, est probablement le siège de la mémoire explicite. Un second système qui englobe les ganglions de la base et le néocortex, forme le substrat nerveux de la mémoire implicite.»[45]

- Tout d'abord, la mémoire déclarative est consciente, explicite, subdivisée en plusieurs parties :

La mémoire immédiate est le fait de retenir une information pendant un court instant sans manipulation, comme retenir un numéro de téléphone pour le retranscrire sur une feuille de papier. Cette mémoire est stimulée au quotidien, et est atteinte lors de la maladie.

La mémoire de travail est le fait de retenir une information pendant un court terme en la manipulant, comme effectuer un calcul mental. C'est une mémoire qui nécessite une certaine attention et concentration. Elle est précocement atteinte dans la maladie d'Alzheimer.

La mémoire épisodique permet de se souvenir d'une information référencée dans un contexte spatio-temporel précis. Elle se constitue de trois parties : l'encodage (enregistrer l'information), le stockage et la récupération de l'information. C'est une mémoire qui disparaît au fur et à mesure de l'avancée de la maladie. Les souvenirs chargés émotionnellement et affectivement s'effacent cependant moins rapidement.

La mémoire sémantique concerne les connaissances générales que l'on a acquises sur le monde. Elle ne fait pas appel à des repères spatio-temporels. Une atteinte lexicale est souvent observée en début de maladie appelée le manque du mot, qui devient systématique par la suite.

- Ensuite, la mémoire non déclarative ou implicite n'est pas forcément accessible consciemment, elle comprend :

La mémoire procédurale qui est l'acquisition d'habilités perceptivo-motrices ou cognitives sans qu'il soit nécessaire de faire une référence explicite aux expériences antérieures. Il s'agit de nos habitudes, d'actes que l'on a automatisés comme conduire une voiture, écrire. C'est la mémoire qui semble la mieux préservée au sein de la maladie.

[45] KOLB B., WHISHAW I.Q., 2002, Page 511.

Le langage :

Le trouble du langage est le deuxième symptôme, après les troubles mnésiques, le plus fréquent dans la maladie d'Alzheimer. L'aphasie se caractérise alors par une perte partielle ou totale de la capacité à communiquer par la parole. La personne malade peut rencontrer des difficultés dans la production et/ou la compréhension du langage qu'il soit écrit ou parlé, cela dépendra de la localisation de l'atteinte cérébrale. L'anomie, ou le manque du mot, est un des symptômes annonciateur de la maladie.

Une altération au niveau du lobe temporal provoque une perte d'aptitude de vocabulaire[46]. En effet il gère la mémoire verbale et l'organisation du langage. Le lobe frontal gère la planification du langage, un déficit langagier apparaîtra lors d'une atteinte de ce lobe.

En plus des atteintes neurologiques, la personne malade peut se bloquer et se refermer sur elle par peur du regard de l'autre. Elle sent qu'elle n'est pas comprise, s'aperçoit aussi lorsque son interlocuteur s'impatiente face à ses troubles. Le langage oral n'est pas favorisé, il faudra adapter sa communication et employer des mots plus accessibles. De part cette altération langagière, la communication non verbale prend alors tout son sens, le patient peut communiquer autrement.

Gnosie :

Le lobe pariétal est le siège de cette fonction, mais lors de la maladie d'Alzheimer, il y a une altération de ce lobe ce qui entraîne alors une agnosie. Cette dernière se définit par «la difficulté à reconnaître et à identifier des objets ou des personnes en l'absence de toute atteinte des fonctions sensorielles (vision, audition, toucher).»[47] J'observe alors plusieurs troubles gnosiques fortement présents au sein de mon stage:

- La prosopagnosie fait partie de l'agnosie visuelle, elle est souvent retrouvé dans un stade avancé, c'est l'incapacité de reconnaître des personnes proches. Cependant elles peuvent être reconnues par leur allure, odeur et voix. Le malade d'Alzheimer peut aussi ne pas se reconnaître lui-même dans le miroir.
- L'anosognosie est la non reconnaissance des troubles, qu'ils soient cognitifs et/ou comportementaux. La personne ne semble pas avoir conscience de sa maladie.

[46] JUHEL J-C., 2010, page 99
[47] FRANCE ALZHEIMER, 2015, Page 66.

- L'asomatognosie est la non reconnaissance des parties du corps, décrite plus loin dans ce mémoire, qui interfère alors dans la représentation corporelle.

Praxie :

Une praxie est une action ordonnée vers une fin, elle est intentionnelle et issue d'un apprentissage. L'apraxie désigne une perturbation de l'activité gestuelle sans atteinte motrice et sensitive, elle résulte d'une atteinte du lobe pariétal.

Il existe trois atteintes majeures:

L'apraxie idéatoire**,** les objets sont reconnus par le patient mais il est dans l'incapacité à réaliser l'action correspondant à l'objet. Il y a un blocage au niveau de la représentation mentale du geste à effectuer.

L'apraxie idéomotrice est l'incapacité de réaliser des gestes sans signification, symbolique (faire un salut militaire), et des pantomimes (mimer l'action de boire un verre d'eau).

L'apraxie motrice, les gestes sont inadaptés au but à atteindre, elle contient :

- *L'apraxie de l'habillage* : la personne va mal orienter ses vêtements.
- *L'apraxie de la marche* : incapacité de disposer convenablement ses membres inférieurs, le patient avance de manière rudimentaire.
- *L'apraxie bucco-faciale* : impossibilité de générer des mouvements à but non-langagiers.
- *L'apraxie constructive* : incapacité à construire (formes, dessins) et à avoir une perception en trois dimensions.

Fonctions exécutives :

Les fonctions exécutives permettent la réalisation de tâches complexes ou simples, elles permettent de s'adapter à de situations nouvelles faisant appel à un certains nombres de fonctions tel que l'attention, l'anticipation, le jugement, l'initiative, la flexibilité mentale… Les fonctions exécutives siègent dans le lobe frontal. Elles sont fortement perturbées au sein de la maladie d'Alzheimer. En effet, la personne ne sera plus capable de gérer ses finances, de s'adapter à une situation nouvelle, d'être attentive…

3.2) La représentation du corps

Tous les phénomènes cités dans la partie dédiée à la personne âgée sont présents et décuplés au sein de la maladie d'Alzheimer car des atteintes neurologiques sont présentes en plus du vieillissement normal «Les lésions cérébrales empêchent la personne âgée d'établir un lien entre les sensations qu'elle ressent et l'mage qu'elle a de son corps. Nous trouvons ce problème chez la personne ayant la maladie d'Alzheimer, où elle éprouve une difficulté à avoir une représentation mentale de son corps.»[48] La personne atteinte investit alors de moins en moins son corps.

La représentation du schéma corporel est intimement liée à la somatognosie, cette dernière étant «la capacité d'être conscient de la structure de son corps, d'en reconnaître les parties et leurs relations entre elles.»[49] D'après Louise BERUBE, le lobe pariétal serait le lieu de l'élaboration du schéma corporel. Les connexions du lobe pariétal aux zones «occipitales et temporales permettent la synthèse unifiée de l'image du corps […].»[50] Or, dans la maladie d'Alzheimer le lobe pariétal est progressivement touché.

Un autre point de vue complète celui neurologique, le sujet âgé atteint d'Alzheimer est de moins en moins touché au sens propre du terme. Le corps est perçu par l'entourage comme «une chose» qui ne fonctionne plus, avec une «drôle d'allure». Cela renforce l'appauvrissement du schéma corporel, il n'est plus nourri d'informations sensorielles, relationnelles, kinesthésiques, entrainant ainsi une perception de l'image du corps perturbée.

3.3) La désorientation spatio-temporelle

Le système limbique est le premier affecté dans la maladie d'Alzheimer. Il contient l'hippocampe, qui gère la mémoire visuelle[51]. Cette dernière intervient dans l'orientation spatiale. Lorsqu'on parle de la maladie d'Alzheimer on entend souvent le terme de *désorientation spatio-temporelle* qui peut s'expliquer, en partie, par cette atteinte de l'hippocampe. Généralement la perception de l'espace est conservée, c'est l'orientation qui est perturbée en premier.

[48] JUHEL J-C., 2010, Page 21.
[49] SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., 2011, Page 204.
[50] *Ibid.* page 205.
[51] JUHEL J-C., 2010, page 98.

L'appauvrissement du schéma corporel va aussi impacter les notions spatiales, la personne va moins se mouvoir et perdre progressivement les repères spatiaux.

De plus avec les pertes de mémoire, le rapport au temps et à l'espace est différent. Le sujet ne sera pas conscient de la date actuelle ni du lieu dans lequel il se trouve.

«Nous percevons l'écoulement du temps à partir des changements qui se produisent pendant une période donnée et de leur succession qui transforment progressivement le futur en présent puis en passé. Le temps est avant tout une question de mémoire.»[52]

3.4) L'affectivité

Le système limbique gère aussi les émotions. Nous pouvons alors observer auprès de patients malades d'Alzheimer une perte du contrôle des émotions. Ils ne savent plus les gérer, vont avoir des réactions émotionnelles fortes ou inadaptées à certaines situations. Ils peuvent avoir des réactions ne faisant pas partie de leur personnalité et qui n'existaient pas auparavant, ceci dû à l'altération du lobe frontal.

3.5) Les troubles psychocomportementaux

Les troubles du comportement sont nombreux. Une lésion au niveau du lobe frontal provoque ces comportements mais ce n'est pas la seule cause, il peut y en avoir plusieurs : somatique, iatrogène[53], environnementale, psychologique et relationnelle. En effet, cette pathologie est aussi une maladie de la relation à l'autre. Il faut savoir identifier et comprendre ces situations pour avoir une action bénéfique et ne pas négliger ce trouble par un cloisonnement prématuré.

Il existe un grand nombre de troubles, cependant certains sont plus prégnants :

- L'angoisse est un des troubles les plus retrouvés. En fonction de tout ce qui a été cité précédemment, chaque symptôme impacte l'identité de l'individu qui ne comprend pas forcément ce qu'il se passe dans son corps, ne le maîtrisant plus.
- L'apathie est un manque de motivation et d'initiative. Il y a une réduction de l'intérêt intellectuel et le patient semble indifférent émotionnellement. Peut-être

[52] *Ibid.* page 35.
[53] Iatrogène : qualifie les troubles psychologique ou les perturbations psychosomatiques provoqués par un acte médical ou par les médicaments.

est-ce une mise en retrait, consciente ou pas, afin d'éviter des situations de mise en échec ?

- La dépression est aussi fortement présente en vue de toutes les pertes des capacités cognitives et corporelles, la personne est consciente de ses difficultés, sombrant dans la dépendance.

D'autres troubles sont retrouvés comme l'agitation, l'agressivité, les troubles du sommeil, de l'alimentation, de la sexualité.

4) Evolution

Il existe une échelle permettant d'observer l'évolution de la maladie, de situer la personne dans la progression de celle-ci. Néanmoins, la maladie ne s'exprime pas de la même façon en fonction des individus. Cette échelle comporte sept stades selon Barry REISBERG[54]. Je vais vous les citer mais en décrire seulement un, le stade 6, car il concerne Mme G. et Mme M. qui seront présentées en partie clinique.

- Stade 1 : stade de référence (aucun affaiblissement intellectuel).
- Stade 2 : troubles de la mémoire (affaiblissement intellectuel très léger).
- Stade 3 : confusion bénigne (affaiblissement intellectuel léger).
- Stade 4 : confusion avancée (affaiblissement intellectuel modéré).
- Stade 5 : Problèmes bénins d'ordre cognitif (affaiblissement modérément grave).
- Stade 6: Problèmes moyens d'ordre cognitif, il correspond au stade intermédiaire se caractérisant par :
    - Une perte de mémoire importante
    - Une majoration des troubles phasiques et donc de la communication
    - Une prosopagnosie
    - Un besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne.
    - Des troubles psychocomportementaux
    - Une désorientation spatio-temporelle
    - Des manifestations somatiques (dénutrition, escarres, trouble du sommeil…)
- Stade 7 : Problèmes avancés d'ordre cognitif.

[54] JUHEL J-C., 2010, page 105.

PARTIE CLINIQUE

I- L'établissement

1) Présentation de l'EHPAD

L'EHPAD, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, est la structure la plus répandue pour les personnes âgées en France. Dans l'EHPAD où j'effectue mon stage quatre-vingt-quatre résidents sont accueillis, leurs chambres sont réparties sur trois étages. L'institution doit représenter pour eux, avant tout un endroit de vie agréable puisqu'il s'agit de leur nouveau domicile. C'est aussi un lieu de soins dispensés par du personnel médical et paramédical qui travaille jour et nuit. Le but étant d'accompagner la personne âgée en situation de dépendance dans les activités de la vie quotidienne.

2) Population accueillie

Cet établissement accueille les résidents à partir de soixante ans, dépendants sur le plan physique et/ou psychologique, leur admission se fait sur avis médical. La perte d'autonomie est la cause majeure d'une institutionnalisation. Elle peut être due aux accidents, au vieillissement normal ou pathologique (les maladies d'Alzheimer, Parkinson…), ayant pour conséquences des complications pour accomplir les gestes de la vie courante, une perte de repères spatio-temporels, des difficultés pour subvenir à ses besoins fondamentaux, des comportements pouvant mettre en danger l'intégrité physique et/ou psychique de la personne elle-même et d'autrui.

3) Projet d'établissement

L'EHPAD où j'effectue mon stage possède un projet d'établissement, il représente pour les professionnels le cadre de travail dans lequel ils vont s'inscrire. C'est un document général qui définit les valeurs, les attentes et les interdits de la structure. Le bien-être du résident doit être la préoccupation première du personnel. Il est constitué de deux projets de vie individualisés :

- Le projet de vie : Il propose un accompagnement de qualité tout en respectant le rythme et la vie privée du patient. Il permet un épanouissement dans diverses sorties et activités proposées par le personnel. De plus un espace social et de

communication est conservé. Il concerne également la conception de l'institution, le lieu doit être adapté aux résidents et à leur pathologie.

- Le projet de soins : Il répond aux problèmes de santé spécifiques à l'âge, accompagne, supplée la dépendance et permet l'épanouissement du résident.

Ces projets servent à accompagner le patient sur deux plans : un plan personnel, dans une prise en charge qui prend en compte les expériences et histoires de vie de chacun mais aussi sur un plan collectif, le projet d'établissement permet de conserver une vie sociale tout en gardant sa part d'intimité.

4) Présentation des lieux de vie

La chambre dont dispose le résident représente son espace intime et très personnel puisqu'il en possède la clef, il peut ainsi en jouir à son gré et l'aménager comme il le souhaite tant sur le plan mobilier que décoratif. Il bénéficie également d'une ligne téléphonique personnelle.

L'EHPAD représente aussi un espace collectif et social où les résidents peuvent échanger et partager. En effet, ils disposent d'une salle à manger où la majorité déjeune, une autre en annexe est réservée aux personnes ayant besoin d'aide et stimulation pour s'alimenter. Une autre salle de déjeuner est prévue pour l'accueil des familles, des proches, elle permet de conserver une certaine convivialité et représente un lien entre l'espace personnel du résident et l'espace collectif.

Un grand jardin est mis à la disposition des résidents qui peuvent s'y promener et s'occuper des plantations. Ils possèdent divers salons où ils peuvent s'adonner à la lecture, regarder des émissions télévisuelles, participer à des jeux de sociétés.

5) L'unité protégée

Il existe au troisième étage une unité protégée (UP) regroupant des pathologies de type Alzheimer et maladies apparentées. Elle concerne des résidents se trouvant dans l'incapacité de vivre seul à leur domicile ou dans un EHPAD classique. Cette unité sécurisée, composée de vingt-huit lits, est accessible à l'aide d'un badge que seuls les personnels habilités possèdent. L'unité protégée a un fonctionnement différent de l'EHPAD classique favorisant

l'esprit collectif et le relationnel, on y entend souvent des chansons, les soignants essayant d'apporter un peu de gaieté, de bonne humeur. L'UP donne également la possibilité aux résidents de déambuler comme ils le souhaitent. Ce lieu, plus petit, est conçu pour que les résidents ne se perdent pas, une signalisation particulière composée de pictogrammes facilite le repérage spatial. Les résidents qui le désirent ont la possibilité d'en sortir tout en étant encadrés.

L'objectif de cette unité est de restituer un «comme à la maison» afin de diminuer les troubles du comportement en général (anxiété, dépression…). «Cette structure permet ainsi de faire face de manière globale à la problématique de la démence qui se traduit souvent par une désorientation, des angoisses ou des difficultés comportementales».[55]

Ce pôle est composé d'une aide médico-psychologique (AMP), d'aides-soignantes (AS), d'un infirmier au moment des repas pour délivrer les médicaments.

Le projet de vie de l'unité protégée est basé sur les cinq sens, il dynamise l'étage où il se trouve et permet de faire le lien avec la salle snoezelen située au même étage, au sein de l'UP. Il s'agit de mettre en place des activités sensorielles pour agir sur l'état du résident «En proposant des ancrages sensoriels positifs, on favorise l'éveil, l'intérêt aux choses, à soi et au monde dans une atmosphère sécurisante»[56].

6) L'équipe pluridisciplinaire

Au sein de l'EHPAD de nombreux corps de métier se croisent, la structure est divisée en trois pôles :

- Dans le secteur «*hébergement*» on y trouve l'assistante de direction, la secrétaire, la responsable hôtelière qui dirige les personnels de service, employés de lingerie, de cuisine et enfin l'agent de maintenance. Ce pôle à la responsabilité du bon fonctionnement de l'établissement, de l'entretien général.
- Concernant le département «*soins*» un médecin est présent ainsi qu'une infirmière coordinatrice qui gère les infirmiers, aides médicaux psychologiques, aides-soignantes et auxiliaires de vie. Il y a aussi une équipe d'agents polyvalents. Ici on

[55] CAP RETRATIRE, 2014, page 57.
[56] QUENTIN O., GODDERIDGE B., d'ARFEUILLE P., 2010, page 14.

parle de soins au sens médicamenteux et dans le but d'aider le résident dans les activités de la vie quotidienne (alimentation, toilettes…).

- Dans ce domaine intitulé «*vie des résidents*» ce sont les soins non médicamenteux pratiqués par la psychomotricienne, la psychologue et des activités réalisées par l'animatrice, qui permettront aux résidents d'améliorer leur qualité de vie.

II- La place de la psychomotricité

1) Rôle au sein de l'EHPAD

Le rôle de la psychomotricité dans l'EHPAD est multiple. De façon générale, il s'agit de favoriser au maximum l'autonomie du résident dans sa vie quotidienne, en préservant ses fonctions physiques et cognitives pour lui assurer un mieux-être. La psychomotricienne a une fonction préventive et agit tant au niveau thérapeutique que rééducatif. Elle pourra intervenir en cas de :

- Déficit sensoriel
- Désorientation spatio-temporelle
- D'altération du schéma corporel et de dévalorisation de l'image du corps
- Troubles mnésiques
- Troubles comportementaux (dépression, agitation, apathie, anxiété…)
- Troubles liés au tonus (hypertonie, hypertonie, trouble tonico-émotionnel, paratonie…)
- Chutes et syndrome post chute
- Trouble de la marche
- Fin de vie

2) Rôle auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Les thérapies non médicamenteuses connaissent un essor auprès de patients atteints de cette maladie. En effet, si celles-ci sont complétées par un traitement pharmaceutique, un réel effet sur les symptômes ainsi qu'une amélioration du confort de vie sont observés.

La psychomotricité auprès de ces patients permet de créer un environnement apaisant. Il est nécessaire de rythmer leur journée en alternant activités relaxantes et stimulantes.

Selon la Haute Autorité de Santé[57] le psychomotricien doit réaliser plusieurs actes auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile que l'on peut retranscrire au sein d'un établissement, il s'agit de :

- *La réadaptation émotionnelle et relationnelle dans la vie quotidienne*. Pour cela le psychomotricien va agir sur le relâchement musculaire et psychique. Il va aussi favoriser la communication (verbale ou non) et les interactions avec autrui. Privilégier un vécu de bien-être permettra au résident de se sentir mieux dans son corps et favorisera l'ouverture aux autres et à l'environnement.

- *La réadaptation émotionnelle dans la marche et prévention des risques de chute.* Le psychomotricien va travailler sur l'équilibre, les transferts et les postures. Il va trouver des stratégies d'adaptation, de régulation et d'anticipation pour le résident en difficulté lui permettant d'éviter la chute. Une fois encore le tonus sera sollicité, sa régulation lors de la marche est nécessaire pour trouver un bon équilibre. Il faudra essayer de redonner confiance au résident pour lui éviter un blocage de la marche.

- *La contribution à la prise en charge de l'inconfort et de la douleur*. Pour cela il s'agira de faire vivre au patient des expériences corporelles mais aussi émotionnelles positives, afin qu'il puisse se réapproprier son corps.

- *Contribution à l'intégration des outils substitutifs des déficiences et incapacités.* Il s'agira de compenser les situations de déficiences et les atténuer.

3) Différentes prises en charge

La psychomotricienne est présente du lundi au vendredi tout au long de la journée ce qui permet un réel suivi au quotidien.

Il n'existe pas de salle spécifique de psychomotricité cependant il est mis à disposition une salle snoezelen, de balnéothérapie et d'activités.

[57] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf

L'indication de prise en charge est faite par le personnel médical qui connaît au mieux les résidents, elle sera discutée en équipe pluridisciplinaire par la suite.

Le cadre des séances varie en fonction des besoins des résidents, celles-ci peuvent durer vingt minutes ou parfois une heure. Il y a beaucoup de moments informels où la psychomotricienne prend le temps de discuter avec les résidents et d'échanger avec le personnel.

Il existe des prises en charge groupales, notamment pour les activités gymnastique douce, repas thérapeutiques, ateliers mémoire et créatifs… La convivialité du groupe est essentielle pour amener une bonne humeur. Il existe aussi des prises en charge individuelles appuyées sur un projet thérapeutique précis pour chaque résident, cela concerne snoezelen, la balnéothérapie, le toucher thérapeutique, la relaxation mais aussi des activités rééducatives. La psychomotricienne prend en compte les dimensions corporelles, affectives, identitaires et cognitives dans sa prise en charge. *«L'approche globale de l'individu est une des caractéristiques principales de la psychomotricité.»*[58] Elle travaille beaucoup en co-thérapie, accompagnée de la psychologue et d'aides soignantes.

4) Outils d'évaluations

Le psychomotricien possède divers outils d'évaluation pour observer les capacités et les difficultés de chacun. Il existe bon nombre de tests étalonnés mais tous ne sont pas adaptés à la population d'un EHPAD où l'on retrouve des syndromes démentiels qui rendent impossible la passation d'un test en raison des symptômes (aphasie, agressivité, trouble cognitif sévère…). La situation de test est alors inappropriée si l'état somatique et psychique est trop précaire et quand la confrontation aux difficultés est trop forte. De nombreux psychomotriciens utilisent une grille d'observation, élaborée par leur soin, afin d'évaluer les différents items psychomoteurs qui s'avèrent être bénéfiques pour le résident. La psychomotricienne présente dans mon lieu de stage en utilise une composée de quelques items de tests adaptés.

[58] BALLOUARD C., 2006, page 7.

5) Place du stagiaire en psychomotricité

Je suis présente dans l'établissement tous les jeudis et invitée à suivre la psychomotricienne dans les activités prévues ce jour. Le matin, il s'agit de la réalisation de l'activité gymnastique douce en groupe, que la psychomotricienne anime seule. L'après midi, une autre activité groupale est proposée, elle est basée sur la création et la cognition. Lors de la présentation des locaux, me voyant intéressée par la salle snoezelen, elle a mis en place deux séances individuelles, le jeudi matin avant le groupe gymnastique douce. Après un temps d'observation nous avons décidé ensemble du choix des résidents dont j'aurai la charge cette année, il s'agit de Mme G. et de Mme M. La psychomotricienne reste toujours près de moi, que ce soit lors des séances snoezelen ou durant la réalisation des bilans, n'ayant pas moi-même la formation nécessaire à cette approche cela m'interdisait d'être seule.

Je vais à présent vous présenter les deux cas cliniques que j'ai pris en soin.

III- Cas clinique : Mme G.

1) Présentation de la résidente

Mme G. est née en 1925, elle a alors 90 ans lorsque je la rencontre. Elle a dix enfants, dont un décédé. Deux de ses filles sont proches d'elle et en prennent soin. Mme G. est restée mère au foyer toute sa vie, elle était très proche de son mari, décédé il y a 20 ans. Avec ses confidences, j'ai appris qu'elle a perdu son père à l'âge de 14 ans. Elle arrête sa scolarité avant le certificat d'étude et se marie très jeune. Elle aime essentiellement le tricot, la couture et la lecture.

Avant d'arriver dans l'établissement elle vivait à domicile et allait deux fois par semaine dans un accueil de jour. Mais des troubles importants de la mémoire l'ont affectée et empêchée de rester à son domicile. Elle a été admise en EHPAD dans le courant de l'année 2015 et a été diagnostiquée Alzheimer dès son entrée dans cette maison. Elle présente aussi une hypertension artérielle, un diabète, un glaucome, de plus un traitement à base d'antidépresseurs lui est administré.

Elle a fait de nombreuses chutes, cinq au total depuis son arrivée dont quatre au mois d'août. Ses chutes répétées ont lieu essentiellement dans sa chambre et n'ont occasionné aucune séquelle motrice.

Mme G. porte des lunettes, possède un appareil dentaire, ne porte pas de prothèses auditives et ne dispose d'aucune aide technique pour se déplacer. Elle bénéficie d'une prise en charge en kinésithérapie pour des douleurs dorsales. Elle participe au petit déjeuner thérapeutique organisé par la psychomotricienne et la psychologue, quelques fois à des activités (jeu, création…), cela lui plaît davantage.

Elle est autonome dans ses repas et ses déplacements. Elle peut s'habiller et se laver seule si quelqu'un la stimule avec une attitude sécurisante.

Mme G. s'est adaptée au rythme de l'établissement. Elle est sociable lorsqu'on va vers elle. La présence de ses filles est importante et participe à son équilibre dans cette nouvelle maison de vie.

2) Premières observations

Un jeudi après midi nous décidons la psychomotricienne et moi-même de réaliser un atelier cognitif à l'UP pour me permettre de rencontrer les résidents. Nous allons chercher ceux qui le souhaitent, Mme G. nous suit, elle a déjà participé quelques fois à ce genre d'activité. Je rencontre une toute petite dame d'un mètre cinquante pour quarante-neuf kilos avec un visage fermé. J'ai à peine eu le temps de lui dire bonjour qu'elle me dit *«Qu'est ce que j'ai mal aux reins…»*, je regarde alors sa position dans le fauteuil et lui fait remarquer qu'elle n'est pas correctement installée, je l'aide donc à se repositionner. Elle semble apprécier et me sourit. Nous commençons par une activité de reconnaissance d'image. Elle parvient à nommer chaque objet représenté, je pense alors que la mémoire sémantique n'est pas touchée. Je lui propose de changer d'activité, elle se montre volontaire, je la félicite pour ses réussites, elle semble alors fière d'elle. Timide et réservée, elle parle peu et me fait des sourires gênés. Je lui pose alors quelques questions sur sa vie et sur ce qu'elle aime, elle semble plus à l'aise et me fait partager ses souvenirs d'antan. Elle est très perturbée par le souvenir d'une inondation subie dans sa maison lorsqu'elle était adolescente, cette catastrophe l'a traumatisée et a généré une forte angoisse pour tout ce qui ce rapporte à l'eau. Le déroulement de la toilette s'en ressent puisque l'aide soignante pratique celle-ci en plusieurs phases.

Lors de ces premières rencontres, j'ai perçu Mme G. comme une personne doutant beaucoup d'elle-même, en recherche d'approbation par le regard de l'autre. Elle se plaint

beaucoup de son mal de dos, je me questionne alors sur la réalité de ses plaintes. Son attitude me laisse à penser qu'elle est en recherche d'une attention particulière.

3) Bilan psychomoteur

Je me présente à Mme G. comme stagiaire psychomotricienne et lui dit que j'aimerai apprendre à la connaître en lui posant différentes questions et en réalisant des activités. Je décide de faire passer à Mme G. divers tests pour observer ses capacités et difficultés, ils ne sont pas tous conçus pour les personnes âgées, mais ils restent intéressants pour comprendre le fonctionnement psychomoteur de cette dame. De plus la durée de ces tests est assez courte ce qui permet d'optimiser ses capacités attentionnelles. En effet, Mme G. présente une attention restreinte et une forte fatigabilité, les épreuves se sont passées sur deux jours, à la même heure et au même endroit, dans un coin de la salle à manger.

Schéma corporel :

L'évaluation de la motricité gnosopraxique (EMG) m'indice sur la qualité de représentation de son schéma corporel. Elle place ses membres correctement dans l'espace et reproduit chaque geste en miroir. Au niveau des doigts, c'est plus fastidieux mais elle reproduit correctement les figures, mises à part les structures les plus complexes. Pour compléter ce test, je lui fais passer l'épreuve des **somatognosies de Bergès**, elle reconnait chaque partie du corps, que ce soit sur moi ou sur elle. **Le dessin du bonhomme** a été compliqué pour elle m'informant qu'elle ne sait pas dessiner, je la rassure, elle se lance alors dans un dessin assez pauvre, le personnage est voûté et n'a pas de visage. Le visage représente l'identité personnelle, son absence nous montre une perturbation de l'image du corps. Il représente aussi la communication et la relation à l'autre, Mme G., se retrouve souvent seule expliquant le manque de détails de ce dessin.

Sphère spatiale :

Elle est évaluée par les questions posées lors du **Mini Mental State Examination (MMSE)** et d'autres questions ne figurant pas dans le test, Mme G. ne sait pas où nous nous trouvons et ne situe pas sa chambre. En revanche, elle sait se diriger seule aux toilettes et dans le salon.

Sphère temporelle :

Elle ne connait pas la date du jour, malgré mes indications précédentes, elle ne s'en souvient plus. **Le test de l'horloge** est échoué, elle ne parvient pas à placer les chiffres de l'horloge ni à indiquer une heure précise ce qui confirme un trouble de la symbolique temporelle et des difficultés de représentations en deux dimensions. Elle ne parvient pas à réaliser les **structures rythmiques du test de Stambak,** ne semble pas comprendre la consigne, je la réitère alors plusieurs fois de différentes façons mais sans succès.

Latéralité :

Mme G. a une latéralité homogène œil-pied-main à droite, concernant la latéralité usuelle et neurologique.

Motricité fine :

Elle présente un tremblement dû à une hypertonicité à droite ce qui la gène lors de la réalisation de mouvements banals. En dehors de cela, elle a conservé sa motricité fine. J'ai pu observer, lors de son repas et d'activités cognitives, de bonne capacité de coordination oculo-manuelle et bi-manuelle.

Praxies :

Elle reproduit à peu près toutes les figures faciales lors de l'épreuve de motricité faciale de **Kwint**, cela indique alors qu'elle a de bonnes capacités d'imitation et un contrôle des praxies bucco-faciales. De plus elle reconnaît chaque émotion qu'elle associe au visage de son père, ce test semble l'amuser. Les praxies idéomotrices sont intactes car elle parvient à réaliser chaque geste de l'**EMG**. Les praxies idéatoires ne sont pas perturbées, elle sait me saluer et se servir des objets dans leur fonctionnalité (fourchette, couteau, stylo).

Capacités mnésiques :

La passation du **MMSE** révèle un score s'élevant à 10 sur 30, cela montre un déficit cognitif sévère. Mme G. présente une désorientation spatio-temporelle associée à un trouble de la mémoire à court terme. En revanche, la mémoire sémantique est conservée.

Tonus et équilibre :

Le time up and go (TUAG) révèle un risque élevé de chute. Elle a une démarche précautionneuse, en revanche elle regarde bien droit devant elle. Ses pas sont petits en

longueur et hauteur et donnent l'impression qu'elle est collée au sol. De plus, lorsqu'elle se rassoit elle se laisse littéralement tomber dans le fauteuil. Elle a une tendance posturale orientée vers le sol qui la déséquilibre, peut-être est-ce une position antalgique par rapport à ses douleurs dorsales. Ses troubles de la marche sont la cause et/ou la conséquence de ses chutes précédentes.

Au niveau du tonus de fond, lors des mobilisations passives des membres supérieures et inférieures en position assise, elle présente une paratonie importante. Elle anticipe chaque mouvement et ne se relâche pas, l'amplitude est faible. En revanche, lors d'activités qu'elle apprécie, ses épaules sont relâchées, elle semble plus détendue.

4) Conclusion de bilan

Mme G. ne présente pas de difficultés majeures au niveau moteur, en revanche au niveau cognitif la maladie fait qu'elle présente une désorientation spatiotemporelle et des troubles mnésiques importants.

Lors de la passation, elle s'est souvent sentie en échec, il m'a fallu alors être contenante et rassurante. Lorsque je l'ai remerciée d'être venue à la fin du bilan, elle en a fait de même, ajoutant : *«Vous m'avez fait passer du bon temps, ça change les idées»*. Elle était souriante et étonnamment fière d'elle malgré ses doutes lors des épreuves. Elle s'est montrée attentive.

Mme G. manque de confiance en elle et se dévalorise beaucoup. Elle s'excuse très souvent et demande qu'on la rassure. Elle a conscience de la perte de ses capacités, son inquiétude et son sentiment d'échec sont sans doute les conséquences de troubles cognitifs. Ses expressions peuvent exprimer un besoin de sécurité et d'attention.

5) Projet thérapeutique

Cadre de la prise en charge :

A la suite du bilan il est convenu que la prise en charge de Mme G. se fera en individuel, elle semble plus à l'aise lorsqu'elle est seule plutôt qu'en groupe. La relation en individuel favorisera l'interaction et la sécurité tant recherchée par cette dame. Nous la rencontrerons une fois par semaine le jeudi matin à sa demande.

Axes de travail :

La prise en charge de Mme G. va s'effectuer autour de plusieurs axes :

- Face à l'anxiété que présente Mme G. il est essentiel d'établir une relation de confiance pour qu'elle puisse s'épanouir au mieux et vivre un quotidien moins anxiogène. Les moments d'interaction seront privilégiés.
- Mme G. présente une faible estime d'elle-même, le cadre snoezelen favorisera une prise de confiance en soi par le principe de non performance.
- Faire ressentir diverses stimulations sensorielles afin de sentir un corps vivant.
- La régulation tonique par l'aspect de détente de la salle snoezelen.
- Vécu d'expériences corporelles agréables (toucher thérapeutique).

Je précise à Mme G. que nous nous verrons chaque semaine pour améliorer principalement son état d'anxiété dans la salle snoezelen, que je présente comme un lieu coloré, sonore et agréable. Elle accepte avec plaisir.

6) Evolution des séances

Je vais à présent décrire certaines séances, la psychomotricienne est toujours dans la salle avec nous et intervient peu pour ne pas perturber la patiente qui est principalement en relation avec moi.

Janvier 2016 :

Lors de la première séance j'installe, avec la psychomotricienne, la salle snoezelen. J'invite ensuite Mme G. à nous rejoindre, ce qu'elle accepte volontiers. Elle est très angoissée ce jour et ne cesse de répéter qu'elle a mal aux reins. A peine entrée dans la salle, elle me dit *«Je suis déjà venue dans cette salle mais je ne me souviens plus pourquoi.»*. J'ai questionné la psychomotricienne quant à sa venue dans cette salle, elle y est effectivement allée quelques semaines auparavant avec une aide-soignante. Mme G. regarde un peu partout mais reste auprès de moi. Elle s'installe sur le fauteuil à bascule et regarde les fibres optiques se trouvant à côté. Elle n'est pas rassurée lorsqu'elle les touche et se demande ce que c'est. Je lui propose alors différentes textures à toucher qu'elle différencie «*c'est plus léger, plus doux*».

Ensuite, elle regarde la colonne à bulles et est comme hypnotisée, elle se rapproche en s'installant sur un autre fauteuil. Malgré une certaine curiosité, je la sens méfiante. Une fois installée, elle désigne chaque couleur changeante de la colonne en me regardant, cherchant mon approbation, «*Jaune, c'est bien ça ?*» me demande-t-elle, j'acquiesce et je l'assure que l'on partage la même réalité, lui réponds qu'ici il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Très hypnotisée par les couleurs elle continue de les répéter à voix haute mais sans chercher mon approbation.

Elle ne verbalise plus sa douleur aux reins. Elle semble intriguée par le matelas, je lui explique qu'il y a de l'eau à l'intérieur, par rapport à ses angoisses. Je la rassure et lui demande si elle veut s'y allonger, étonnement elle accepte, mais cela a été une erreur de ma part car le matelas est mobile et ses douleurs dorsales se sont réveillées, mais n'est-ce pas aussi une douleur psychosomatique? Elle reste peu allongée et repart sur le fauteuil. Plus tendue, elle tremble légèrement de la main droite, se détend progressivement et se laisse hypnotiser par la colonne à bulles. Je reste à ses côtés toute la séance, ce qui la rassure. Je garde un contact tactile avec elle, lui prends la main ou lui tiens le bras, lorsque je perds le contact, elle me cherche du regard. Je remarque alors que le toucher s'est fait naturellement, je n'ai pas senti de réticence de sa part mais un réel besoin.

La fin de la séance approche, je lui annonce que l'on va s'arrêter pour aujourd'hui, «*d'accord*» me dit-elle avec un léger sourire. Je lui demande comment elle se sent, «*mieux*» me répond-t-elle. Je la remercie d'être venue et d'avoir partagé ce moment avec moi.

Pour cette première séance je l'ai sentie très rassurée, investie et réceptive. Je pense axer les séances sur du toucher thérapeutique, enveloppant, méthode intéressante pour atténuer ses angoisses.

<u>Février 2016</u> :

Lors d'une séance de février, je vais chercher Mme G. dans le salon. Lorsque nous arrivons dans la salle, je prends note de son état corporel et psychique du moment et en fonction de celui-ci, décide d'allumer le matériel et d'éteindre la lumière pour une ambiance feutrée. Elle s'installe sur le fauteuil et est très angoissée, «*j'ai peur, j'ai peur de mourir*» me dit-elle, je m'approche et me met à sa hauteur, je la contiens par un toucher enveloppant et lui dis qu'elle est en sécurité, cela semble la calmer.

J'exerce avec son accord un toucher thérapeutique au niveau des mains, elle me répond positivement. Elle présente une hypertonie au niveau des bras et a des paratonies très fortes au niveau des doigts ce-jour. Au fur et à mesure elle se relâche, mais entendant un bruit externe, je constate un recrutement tonique assez impressionnant. Cela me montre son état de relâchement lors du toucher massage. Elle ferme les yeux par moment, je pense alors qu'elle se sent en confiance et se relaxe.

La fin de la séance approche, je rallume les lumières et constate que son visage est relâché, apaisé, ses sourcils moins froncés. Elle verbalise «*je me sens mieux*».

Mars 2016 :

Je vais chercher Mme G. dans sa chambre. Je vois à son visage qu'aujourd'hui ça ne va pas. Effectivement, elle me regarde et me répète qu'elle souffre du dos. Je lui propose alors une séance de toucher thérapeutique en salle snoezelen. Je lui demande sur quelle partie du corps elle souhaiterait que je lui prodigue ce soin, elle me désigne ses pieds et me réclame une musique douce. J'éteins les lumières amenant ainsi une ambiance de détente. Elle s'installe sur le fauteuil se trouvant face à la colonne à bulles, je m'assois sur le sol pour débuter le toucher, la psychomotricienne est quant à elle dans un coin de la salle, observant la situation.

La colonne à bulles est allumée, mais elle la regarde très peu. Je commence le toucher thérapeutique, elle regarde mes mains puis au fur et à mesure elle ne me regarde plus et fixe le mur décoré de miroir. Elle bouge de moins en moins, le clignement des paupières se ralentit, elle parait détendue. A la fin de la séance je lui demande comment est-ce qu'elle se sent «*bien*» me répond-elle.

Avril 2016 :

Je vais chercher Mme G. dans sa chambre, nous nous dirigeons vers la salle. J'ai pris l'habitude, lorsqu'elle marche, de poser ma main sur le bas de son dos pour la soutenir et la rassurer quant à ses douleurs lombaires. Elle s'exprime un peu plus aujourd'hui, me parlant de la pluie et du beau temps, je lui fais remarquer que nous sommes en avril, elle me rétorque «*en avril ne te découvre pas d'un fil !*», je la trouve plus active aujourd'hui et d'humeur agréable.

Nous entrons dans la salle, elle s'assoit sur le fauteuil à bascule et me parle toujours de ses reins. J'installe les lumières et la colonne à bulles puis décide d'exercer un toucher sur le bas de son dos et le stimule de manière douce, de différentes façons. Je lui propose de s'allonger sur le matelas à eau, elle acquiesce, ce qui m'étonne car elle n'avait pas apprécié quelques semaines auparavant. Elle s'y installe, je reste près d'elle et lui parle pour la contenir au maximum. Je lui propose de bouger le matelas pour amener des ondulations, elle me dit qu'elle les ressent dans le bas du dos mais que cela ne la gène pas. Elle s'endort pendant quelques minutes, lâchant prise. Voyant le temps s'écouler, je la réveille doucement en l'incitant à prendre son temps. Je lui propose ensuite de s'asseoir sur le rebord du lit et vais m'installer derrière elle pour exercer un toucher à l'aide de différentes balles de diverses textures. Elle apprécie, je vois ses épaules se relâcher. Je lui propose ensuite un toucher contenant avec mes mains, elle aime davantage, la simple chaleur de mes mains apaisant ses douleurs dorsales. Enfin j'exerce un toucher plus enveloppant où je mobilise l'ensemble de son dos.

La fin de la séance approche, Mme G. semble d'autant plus détendue et a apprécié que je prenne soin de son dos. Elle me dit qu'elle a toujours mal mais moins et me remercie.

Conclusion :

Les séances avec Mme G. sont surtout axées sur le toucher thérapeutique. Je remarque assez rapidement que dans la salle snoezelen nous communiquons peu par la parole et par le regard. Le canal de communication principal qu'elle utilise est le toucher. Elle se montre assez passive lors des séances et lorsque je lui laisse le choix elle me répond souvent *«comme vous voulez»*. Après les séances j'observe une diminution des verbalisations d'angoisse et de plaintes (*«j'ai mal aux reins», «j'ai peur de mourir»)* avec un visage apaisé et ouvert à l'autre. Le travail n'est pas fini avec cette patiente, elle sort à peine de cette attitude de passivité et d'angoisse. Il est prévu pour la suite de continuer les séances de toucher thérapeutique dans le cadre snoezelen mais aussi d'amener ce cadre aux toilettes pour que celles-ci soient plus agréables, permettant à la dame de débuter une journée en étant moins angoissée.

IV- Cas clinique : Mme M.

1) Présentation de la résidente

Mme M. est née en 1933 dans un pays nord africain. Elle a une fille ainsi qu'un petit fils dont elle est proche et est divorcée. C'est une ancienne enseignante de lettres classiques (français, latin, grec). Elle aime beaucoup la lecture.

Mme M. a été diagnostiquée Alzheimer lorsqu'elle vivait à son domicile dans le courant de l'année 2015, un plan d'aide a alors été mis en place, du personnel spécialisé se déplaçait trois fois par jour. Elle présente des troubles du comportement (déambulation et angoisse) nécessitant un accompagnement plus adéquat. Le maintien à domicile devenant de plus en plus difficile, sa fille demande une institutionnalisation en EHPAD, son admission se fait fin 2015. Les soignants remarquent qu'elle déambule beaucoup au rez-de-chaussée, perdant de plus en plus ses repères, ils décident alors de l'intégrer à l'UP. Elle s'est bien adaptée au rythme de l'unité, ses troubles comportementaux se sont amoindris.

En plus du diagnostic de la maladie, Mme M. présente des troubles vasculaires et est traitée pour une dépression. Elle ne bénéficie d'aucune prise en charge paramédicale, mais participe quelques fois aux activités organisées par les aides soignantes à titre occupationnel.

2) Premières rencontres

Mme M. est une grande dame, elle a les cheveux mi-longs, grisonnants, elle est toujours bien coiffée et porte constamment de nombreux bijoux.

Je la rencontre pour la première fois mi-novembre lors d'une activité cognitive, animée par la psychomotricienne, en groupe à l'UP. Je remarque que c'est une dame qui verbalise beaucoup et aide les autres en difficulté pendant l'activité. Elle est sociable, sourit facilement et salue chaque personne passant à côté d'elle. Je remarque cependant que certaines personnes du groupe l'agacent lorsque leur difficulté persiste malgré son aide. Au premier abord elle semble avoir préservé ses capacités motrices et langagières.

Au fur et à mesure que je la croise dans les moments d'activités ou de manière plus informelle je la trouve plus angoissée, elle ne sait pas où elle se trouve et cela semble fortement la perturber. L'enthousiasme que j'avais perçu de cette dame semble s'amenuiser.

Je constate que même si elle est bien adaptée au rythme de l'UP, elle déambule de plus en plus.

3) Bilan psychomoteur

Comme pour Mme G, lors de la passation du bilan, la psychomotricienne est toujours avec nous. La réalisation du bilan a été compliquée car Mme M. fait preuve de plus en plus d'angoisse au cours des semaines. Lorsque je lui propose de venir avec moi elle me suit volontiers mais lors du début des questions elle se lève avec un visage apeuré et part. Le contexte du bilan accentue cette anxiété, j'envisage alors de réaliser une observation qualitative à l'aide d'un tableau[59] que j'ai réalisé à l'aide de la psychomotricienne. Je me suis aussi servie d'épreuves que j'ai adaptées en fonction de son état du moment. Les observations sont réalisées sur un temps de séance mais aussi sur des moments de la vie quotidienne.

Tonus et posture :

Mme M. présente des paratonies de fond majorées à droite. J'observe une anticipation et une persévération lors des mobilisations passives qui résultent d'une réaction tonico-émotionnelle. Cependant elle arrive à contrôler ses gestes et fait preuve d'une régulation tonique adaptée.

Lors de la marche, elle se tient droite, légèrement voûtée et place sans cesse ses mains sur ses fessiers. Lorsqu'elle est assise elle croise les jambes et fait preuve de patience, montrant une curiosité car elle observe beaucoup son environnement. Peut-être est-ce aussi une recherche de repères.

Equilibre statique et dynamique :

Au niveau de l'équilibre dynamique, elle marche seule sans aide et regarde bien devant elle. En revanche elle n'a pas de ballant au niveau des membres supérieurs et a un polygone de sustentation élargi.

Concernant l'équilibre statique, debout les yeux fermés, elle se tient droite, présente de légères oscillations antéropostérieures habituelles qu'elle adopte même en étant assise, les balancements semblent la rassurer. Elle conserve un bon équilibre général.

[59] Voir annexe VI.

Latéralité :

Mme M. est latéralisée à droite que ce soit au niveau de la main, du pied et de l'œil (usuelle et neurologique). La préhension se fait en pince supérieure, elle s'ajuste correctement en fonction de la taille des objets.

Motricité fine :

Elle ne présente pas de difficultés au niveau de la motricité fine. Elle réalise les épreuves de boutonnage, pianotage et ramassage de pièce sans trop de difficulté malgré une paratonie au niveau de la main droite. Elle conserve de bonnes coordinations oculo-manuelle, bi-manuelle, oculo-pédestre.

Praxie :

Les praxies idéatoires et idéomotrices sont conservées. Elle ne présente aucun trouble de l'écriture. Elle présente des difficultés lors des praxies motrices, notamment pour les praxies d'habillage.

Schéma corporel :

Elle nomme chaque partie de son corps et du mien également, ce qui montre que les somatognosies ne sont pas touchées. Elle refuse de dessiner un personnage car elle ne se sent pas apte à réaliser cette activité.

Image du corps :

Mme M. semble aimer se regarder dans le miroir et se reconnaît. Elle est très coquette, se touche souvent les cheveux et a toujours du vernis. En revanche, elle me pose souvent la question *«dites moi qui je suis ?*», il se pourrait qu'elle présente un trouble de l'identification ou est-ce une phrase logorrhéique ?

De plus, elle se vêtit très souvent de plusieurs couches de vêtements, comme pour se protéger, évoquant une problématique autour des limites retrouvée lorsqu'elle met ses mains proche de son anus, cela peut se traduire par des angoisses de fuites et un questionnement sur le dedans/dehors.

Organisation spatiale :

Au niveau de l'orientation, elle n'a pas su nous dire où nous nous trouvions. Lorsque je lui donne l'information et réitère ma question quelques instants plus tard, elle ne sait

toujours pas où elle est. Elle ne retrouve pas sa chambre, lorsqu'elle entre dans une pièce elle dit souvent *«Qu'est ce que c'est que cette pièce ?»* et répète fréquemment *«Où sommes-nous ?»* En revanche, les notions spatiales sont toujours présentes.

Organisation temporelle :

Mme M. est perdue dans le temps, elle ne sait pas la date du jour ni en quelle année nous sommes. Par moment elle pense que nous sommes en 1940, en 2012… Tout comme pour l'orientation spatiale, je lui donne la date du jour mais elle ne peut me la redire. Cette désorientation spatiotemporelle est fortement liée à la perte de mémoire à court terme. En revanche, elle se souvient de sa date de naissance, de mariage...

Communication :

Ses capacités langagières se sont amoindries quelque peu, cependant Mme M. reste cohérente malgré tout. Lors de mon observation, elle s'exprime davantage avec des mimiques et des gestes. Son expression faciale montre une anxiété lorsque je lui pose des questions auxquelles elle ne peut pas répondre. Lors de la rencontre et durant les activités où elle se sent à l'aise, son visage exprime une tendresse et une quiétude. Sa gestualité est expressive et prend le relais de la parole.

Relation :

Elle recherche le contact avec les soignants, les suit, va souvent vers eux, discute quelque fois avec d'autres résidents mais rarement car selon ses dires *«Ils sont étranges»*. Elle est assez proche de moi physiquement, cette proximité semble la sécuriser.

Comportement :

Mme M. déambule beaucoup, elle recherche un regard bienveillant de l'entourage. Lors de certaines activités, elle montre une diminution de l'attention se traduisant par une agitation corporelle.

Sensorialité :

Mme M. ne présente aucune déficience sensorielle particulière malgré une légère baisse des seuils sensoriels liée au vieillissement.

Autonomie :

Elle est indépendante dans ses déplacements, s'alimente seule mais a besoin de stimulation pour la toilette. Elle porte une protection urinaire car le contrôle sphinctérien est difficile, de plus, elle rencontre des difficultés pour localiser les toilettes malgré les indications par les pictogrammes. Elle sait malgré tout formuler des demandes quant à ses besoins.

4) Conclusion de bilan

Je constate, avec ces observations, que Mme M. n'a pas de difficultés motrices particulières, en revanche elle présente une désorientation spatio-temporelle importante ainsi qu'une grande anxiété. Elle me répète souvent qu'elle a peur, puis ajoute *«Mais la peur qu'est ce que c'est ? C'est bête la peur…»*

Lorsque je lui pose une question et qu'elle ne sait pas répondre, elle se laisse distraire par des stimulations externes et tente de changer de sujet, préférant utiliser une stratégie d'évitement. Au terme du bilan, elle nous remercie, la psychomotricienne et moi-même, de notre présence.

5) Projet thérapeutique

Cadre de la prise en charge :

Mme M. sera suivie en psychomotricité une fois par semaine à raison de vingt à quarante-cinq minutes selon ses besoins et son envie. Les séances se dérouleront en individuel pour qu'elle se sente sécurisée, en salle snoezelen pour son aspect contenant et stimulant, nous irons la chercher pour chaque séance, en respectant sa volonté.

Nous l'avons prévenue de notre visite chaque semaine pour l'accompagner et partager un moment ensemble, elle donne son accord avec un léger sourire mais semble ne pas prêter attention à ce qui vient d'être dit.

Axes de travail :

La psychomotricienne et moi avons pensé à différents objectifs thérapeutiques, le but principal étant de diminuer les fortes angoisses de Mme M. afin d'améliorer sa qualité de vie :

- Favoriser un cadre contenant pour amener à un sentiment de sécurité réduisant les angoisses autour des limites.
- Apporter diverses stimulations sensorielles pour enrichir le vécu corporel et ressentir son corps dans sa globalité.
- Apporter des limites et structurer les séances par rapport à la désorientation spatiotemporelle.

6) Evolution des séances

Comme pour Mme G., je vais décrire quelques séances réalisées avec Mme M. La psychomotricienne se mettant toujours à l'écart, observant les séances.

7 janvier 2016 : première séance snoezelen :

Avant d'aller chercher Mme M., je prépare la salle, je mets une musique douce, des lumières tamisées, allume la colonne à bulles ainsi que le projecteur. J'essaye de créer une ambiance chaleureuse. Mme M. n'est jamais allée dans cette salle auparavant.

Je rejoins la patiente au salon et lui propose de me suivre, elle m'attrape le bras et entre dans la salle. Ce jour là, elle me semble agitée, je sens son tonus élevé ainsi que sa respiration forte, de plus elle verbalise beaucoup des ressentis d'angoisse. La seconde suivant son entrée, elle m'interroge : *«Qu'est ce que c'est que cet endroit ?»*, je lui explique en la rassurant, que c'est une salle lumineuse que nous allons explorer ensemble. Elle semble accepter ma réponse, je sens alors sa respiration se ralentir légèrement. Elle regarde tout autour d'elle et se dirige vers le matelas à eau. Elle le fixe, n'osant pas l'approcher, la psychomotricienne, se tenant dans un coin de la salle, se permet d'intervenir lui disant qu'elle peut s'y allonger si elle le souhaite. Après un moment d'hésitation, elle s'y installe et sourit. Elle voit plusieurs peluches posées sur le rebord du lit, en prend une et la sert contre elle.

Je n'ose m'approcher d'elle car j'ai peur d'entrer dans sa sphère intime et la gêner, mais d'un autre côté je ne peux rester trop éloignée car il me sera difficile d'entrer en interaction avec elle. Je décide alors de m'approcher et m'assois sur le rebord du lit, elle me

regarde inquiète puis me sourit, elle embrasse la peluche qu'elle tient dans ses bras, nous entrons réellement en relation à ce moment. Nous restons un moment à contempler les peluches, regardant leurs parties du corps, leurs différentes textures… L'eau dans le lit ne semble pas la déranger, elle n'y prête pas attention et reste focalisée sur les peluches. Malgré une diminution du tonus je sens qu'elle est anxieuse, elle regarde les objets d'un œil inquisiteur.

Au bout d'un moment elle décide de se lever et reste debout devant le projecteur puis se dirige vers la colonne à bulles. Elle s'assoit sur le fauteuil se trouvant devant la colonne, son regard reste posé sur les bulles. Elle semble moins agitée, mais par moment elle a des recrutements toniques. Je m'approche alors un peu plus, établissant un contact visuel plus intense. Elle se tourne vers moi et me donne la peluche qu'elle n'avait pas lâchée. Je m'interroge alors sur ce geste et pense à ce moment qu'elle a voulu se détacher de l'objet qui la rassurait, n'en ayant plus besoin, cela peut être compris comme un cadeau. Ce geste a permis l'établissement d'un lien. Nous partagions ensemble à cet instant une sorte de bulle contenante et sécurisante où le dialogue tonico-émotionnel était fortement présent.

Je lui annonce que la fin de la séance approche, elle ne me répond pas. Puis quelques minutes après elle se lève. Je me dirige vers elle et lui demande comment elle se sent, elle me répond *«ça va, ça va»*. Je la remercie de sa venue et la questionne sur son désir de renouveler cette expérience la semaine suivante. Elle me sourit et repart s'installer dans le salon.

Lors de cette première séance je me suis rendu compte de ma première erreur, je n'aurais pas dû allumer les stimulations sensorielles sans elle. Je pense que cette initiative l'a angoissée, une salle si différente avec autant de choses à voir, entendre, toucher. Même si par moment je l'ai trouvée plus apaisée, elle a été agitée et curieuse, cela s'est accentué par la sur-stimulation. J'ai remarqué qu'elle cherchait beaucoup de réassurance par le regard, le toucher, notamment avec les peluches, mais également par le son. En effet, elle faisait bouger plusieurs fois ses bracelets, le son qu'ils émettaient semblait la rassurer.

<u>De mi-janvier à mi-février 2016</u> :

Afin de structurer les séances et de favoriser un repérage spatio-temporel, nous gardons le même rituel notamment au niveau de l'horaire, du lieu où je la retrouve ainsi que de mes questions habituelles. Elle me suit toujours volontiers pour débuter ses séances me

répétant *«Qu'est ce que c'est que cette salle ?»* Entrer dans ce lieu qui lui semble nouveau à chaque fois, l'apeure. Je la rassure comme je peux me demandant si cette salle n'est pas finalement trop anxiogène pour elle. Mais je constate une diminution de l'anxiété au fur et à mesure de l'avancée de la séance, de plus au sein de cette salle une relation de qualité s'est créée entre nous, je reprends mes esprits et poursuit alors la prise en charge.

Me rappelant de mon erreur lors de la première séance, je lui demande ce qu'elle souhaite allumer pour débuter. Les séances se suivent mais ne se ressemblent pas et nous explorons la salle de différentes façons. Je la laisse décider de son installation et m'appuie sur ce qu'elle apporte pour venir étayer l'exploration. Elle me paraît plus à l'aise avec les stimulations. Elle apprécie la colonne à bulles et se dirige très souvent vers elle à chaque début et fin de séance. Un rituel s'installe alors facilitant la rencontre puis la séparation.

Le dialogue du corps est plus fort que les mots, j'arrive à instaurer une certaine proximité qui semble la rassurer davantage, mais sens tout de même, par moment, qu'elle s'éloigne de moi, explorant seule la salle, montrant ainsi qu'elle se sent actrice.

Mars 2016 :

Les séances ont été compliquées pour Mme M. Elles ont été entrecoupées par les vacances de février, nous l'avions prévenu de cette coupure mais s'en est elle aperçu ? Cela a peut-être influencé son comportement, ainsi que d'autres facteurs (modification du climat, renouvellement du personnel soignant, …).

Lors d'une séance, Mme M. était très angoissée et me réitérait sa peur. En entrant dans la salle elle dit encore *«Qu'est ce que c'est que cette salle ?»*. Elle s'assoit, pour la première fois dans le fauteuil à bascule et je la sens craintive. Je lui donne une peluche pour la rassurer, elle la prend, la caresse et l'embrasse. Cela la calme quelques secondes puis elle respire fortement de manière saccadée, je vois sa cage thoracique prendre de l'ampleur. J'essaye de la détendre en lui proposant de respirer plus lentement, inspirant par le nez et soufflant par la bouche, tout en mettant sa main sur son ventre pour qu'elle sente les mouvements de sa respiration. Elle m'imite, ferme même les yeux un court instant, se calme puis repart de plus belle dans une respiration thoracique bruyante. Dans la salle, sans musique, la lumière n'est pas éteinte, seule la colonne à bulles fonctionne, à sa demande. Elle me fait part à plusieurs reprises, de son envie de sortir de la pièce. Nous cessons la séance et sortons de la salle. Je

demeure à ses côtés, elle déambule dans le couloir puis se dirige vers une fenêtre, regardant l'horizon elle me dit *«Je veux sortir d'ici»,* nous alors descendons dans le jardin. Elle sort très peu et n'est pas habituée à cet environnement externe, elle présente toujours un état anxiogène mais amoindri car elle prend le temps d'écouter les oiseaux, de regarder les plantes, elle respire plus calmement. Nous gardons cet esprit snoezelen mais à l'extérieur. Chaque sens est stimulé d'une autre façon, puis nous continuons les exercices de respiration.

Fin mars 2016 :

Je propose à Mme M. de me suivre, elle accepte comme à son habitude, entre dans la salle, regarde autour d'elle et se dirige vers la colonne à bulles que j'allume. Emerveillée, elle me répète que c'est magnifique. Elle reste debout, je lui propose de toucher la colonne, elle sourit et pose sa tête contre mon épaule, puis elle décide de s'assoir. Je lui demande si elle veut un fond musical *«volontiers»* me dit-elle. Lorsqu'elle entend la musique je sens un soupir accompagné d'un relâchement tonique, elle sourit et ferme les yeux. J'éteins la lumière pour insister sur l'ambiance tamisée et remarque qu'elle fait des signes avec ses doigts rythmant la musique. Malheureusement quelqu'un essaie d'entrer dans la salle à ce moment, la dame sursaute et se lève. Elle regarde autour d'elle, je la rassure et allume le projecteur. Elle s'assoie à mes côtés sur le bord sur lit, je fais bouger l'eau, elle rigole et me dit que c'est étrange comme sensation mais semble apprécier.

Mme M. ne cesse de nous remercier, la psychomotricienne et moi-même. Elle est sécurisée et se laisse aller à l'exploration en nous regardant d'un œil complice. Elle se lève et marche dans la salle observant les moindres recoins, je pense qu'elle ressent le besoin de solitude à ce moment, tout en sachant ma proximité. Quelques instants plus tard elle m'exprime son désir de sortir de la salle, je lui demande comment elle se sent, *«moyen»* me rétorque-t-elle avec ses mains, mais lorsque j'observe son état corporel je la sens détendue, ses épaules abaissées, ses sourcils moins crispés, sa respiration est plus fluide.

Se souvient-elle de ces moments ? Sa perte de mémoire fait que chaque séance semble nouvelle mais j'ai l'impression qu'elle se souvient de certaines choses. Notamment de la colonne à bulles, c'est un matériel qui l'a surement marquée émotionnellement. De plus la mémoire du corps joue aussi fortement, les stimulations passant par le corps et provoquant les émotions puis les comportements.

Le 7 Avril 2016 :

J'arrive au troisième étage et ne voit pas de suite Mme M. Je décide alors d'aller ranger la salle snoezelen. Je laisse la porte entre ouverte et sent un regard qui se pose sur moi, c'était Mme M. mais pensant me déranger elle repart aussitôt.

Je la rejoins dans le salon pour la saluer, elle me fait grand sourire, se lève promptement et sans attendre nous nous dirigeons ensemble vers la salle.

Arrivée dans la pièce, elle ne dit rien, sourit simplement. Cela m'étonne agréablement car elle ne me pose pas sa question habituelle *«Qu'est ce que c'est que cet endroit ?*». Elle choisit de s'installer sur le fauteuil se trouvant en face de cette fameuse colonne à bulles qui la captive tant. Je lui propose de mettre un peu de musique et pour la première fois de la journée, j'entends le son de sa voix *«oui»* me dit-elle. Lorsque le son retentit dans la pièce, son visage s'apaise et elle pose sa tête contre le dossier du fauteuil. Elle me redit son émerveillement et reste de longues minutes à contempler ces bulles. Lorsqu'elle me voit, elle pose sa tête contre le dossier et ferme les yeux, rassurée en sentant ma présence. Elle fait beaucoup moins de gestes de réassurance même si quelques uns persistent comme toucher sa tête, se tenir le ventre, regarder ses doigts. Je vois qu'elle bouge quelques fois ses mains et lui propose différentes stimulations tactiles. Elle explore chaque objet, notamment les balles, et n'apprécie pas la sensation que lui procure la balle à picots, elle me la rend automatiquement en grimaçant et dit *«Oh c'est bizarre»*. Je lui montre alors des petites tortues d'une matière particulière qu'elle contemple et touche pendant un certain moment, puis me les redonne. Ensuite elle regarde dans la boîte où se trouvent les objets, remarque le rouleau bleu que je lui donne, l'approche de son oreille et appuie dessus. Cela lui envoie de l'air au visage, elle se ventile tout le cou, comme pour se mettre du parfum. Elle me rend l'objet puis ferme les yeux quelques instants.

La musique change, elle tapote avec sa bague en rythme, toujours cadencée. Je lui propose alors divers instruments de musique que l'on découvre ensemble. Il y en a beaucoup qu'elle ne connaît pas et me regarde alors me questionnant *« c'est bizarre, qu'est ce que c'est ? »*, nous jouons ensemble quelques rythmes. L'aspect fonctionnel du geste ressort, elle manipule chaque instrument correctement mais brièvement. Lorsque je lui donne les maracas, son regard se grandit, elle sourit et les attrape, en joue et fait des grands gestes avec ses bras dansant un peu, elle rigole. Le fait de voir un objet qu'elle connaissait l'a rassurée et lui a permis de prendre cette posture dynamique.

Après ce moment de stimulation elle décide de se lever du fauteuil et sort. La séance s'achève alors brutalement. Je la rejoins dans le salon, elle grimace car il y a beaucoup de bruit. Je lui demande comment elle se sent, elle me serre le bras comme pour me rassurer qu'elle va bien et va s'asseoir au salon. Cette séance a été très riche par ses aspects de détente mais aussi son dynamisme à la fin.

Conclusion :

Le travail avec Mme M. a progressé au fil des séances et nous avons réussi à instaurer un cadre de confiance lui permettant d'être moins angoissée. Je me questionne quant à ses facultés mnésiques, j'ai la sensation qu'elle me reconnaît, qu'elle se souvient de certaines choses. Il est important de continuer les séances dans le cadre que nous avons mis en place, pour lui permettre de revenir aux sensations corporelles favorisant ainsi une unité globale.

DISCUSSION

Cette partie est basée sur les trois axes principaux du concept snoezelen proposés par O. QUENTIN, B. GODDERIDGE, P. d'AFEUILLE[60] : l'axe relationnel, l'axe sensoriel et l'axe détente. Ils serviront de grille de lecture pour discuter et tenter de comprendre la relation entre snoezelen, la psychomotricité et les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Pour cela je vais m'appuyer sur les prises en charges de Mme G. et Mme M.

I- L'axe relationnel

Dans cette partie nous allons discuter de l'aspect relationnel des prises en charge dans le cadre snoezelen, pour cela je vais m'orienter vers le courant éthologique humain. Je vais développer la distance relationnelle ainsi que la communication non verbale.

1) La distance relationnelle

1.1) Présentation de la proxémie

La proxémie est un terme utilisé par l'anthropologue américain Edward T. HALL dans son livre *La dimension cachée*[61] pour évoquer la distance physique qui s'établit entre deux personnes lors d'une interaction, plus généralement, il étudie l'utilisation de l'espace entre les êtres humains. Il propose une approche éthologique des situations de communication. La gestion de l'espace est différent en fonction des cultures mais aussi en fonction du type de relation existante entre individus. Dans le métro parisien, par exemple, certains seront gênés par la proximité entre les individus, mais d'autres le seront moins. Nous pouvons observer ici un autre facteur de variation, non lié à la culture ni au type de relation mais à l'individu. En effet, en fonction de la personnalité de chacun nos distances avec autrui ne seront pas les mêmes. Mme G. et Mme M. n'entretenaient pas les mêmes distances avec moi de part leur caractère différent.

E. T. HALL détermine l'existence de quatre types de distances chez l'humain en fonction de la relation à l'autre, ces différentes distances équivaudraient à des *bulles* entourant chaque individu. Le passage d'une bulle à une autre se fait essentiellement par des changements de canaux sensoriels.

[60] QUENTIN O., GODDERIDGE B., d'ARFEUILLE P., 2010, page 11.
[61] HALL E T., 1971, page 13.

- La distance intime de 0 à 45 centimètres :

C'est une distance où les corps peuvent se toucher, chaque sens est sollicité. La vision est déformée puisqu'elle se fait de très près, les odeurs d'autrui sont plus accessibles, le toucher peut être investi, les chuchotements sont perçus ainsi que le rythme cardiaque et la chaleur du corps de l'autre. Les échanges sensoriels sont forts. C'est une zone où des rapprochements ont lieux dans différents cadres : érotisation, tendresse, agressivité, soins. Elle peut être vécue comme envahissante en fonction du contexte relationnel et de la culture.

- La distance personnelle de 45 à 120 centimètres :

Elle «désigne la distance fixe qui sépare les membres des espèces sans-contact. On peut l'imaginer sous la forme d'une petite sphère protectrice, ou bulle, qu'un organisme créerait autour de lui pour s'isoler des autres.»[62] C'est une zone qui marque l'affectivité et la proximité dans la vie publique, c'est une distance de confidence, de relation entre amis.

- La distance sociale de 1,20 à 3,60 mètres :

Elle concerne les relations ni intimes ni amicales. En général c'est la distance entre des personnes se connaissant et se côtoyant dans des espaces ou des situations communes, conformes aux relations formelles, régie par des codes sociaux et culturels. La perception du corps de l'autre est moins précise que pour les distances précédentes.

- La distance publique de 3,60 à plus de 7,50 mètres :

A cette distance la gestualité est appuyée, la voix est forcée, la vision nettement moins précise. Elle peut se rapporter au statut d'orateur mais aussi à la présence de personnes que l'on croise dans la rue sans avoir de lien avec elles. Elle permet la fuite si le sujet se sent menacé.

Ces quatre distances nous permettent de réfléchir quant à notre proximité envers autrui d'autant plus lorsqu'il est atteint d'une pathologie Alzheimer, je me suis souvent demandée si je n'étais pas trop proche ou trop éloignée de Mme G et de Mme M.

Avec Mme G. la relation s'est créée naturellement par le toucher, j'ai tout de suite ressenti la nécessité de proximité pour cette dame. Elle a besoin d'être contenue et soutenue dans la relation par ce contact, de se sentir présente, David LE BRETON dit en effet «Sans points d'appui, sans limite autour de soi pour ressaisir le sens de sa présence au monde,

[62] *Ibid.* page 150.

l'homme se dissout dans l'espace, il glisse dans une impensable apesanteur»[63]. Lorsque je lâchais le contact avec Mme G. j'avais la sensation qu'elle était perdue, sans repère. Alors que nos deux bulles intimes s'entrecroisaient cela permettait à la résidente de ressentir son corps dans sa globalité.

J'ai pu constater que Mme M. n'hésitait pas à se rapprocher de moi, franchissant les limites de nos *bulles* intimes. En effet, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'ont plus conscience des limites de leur corps, comme nous l'avons vu précédemment, ni de celles des autres. En se collant à moi, j'avais l'impression qu'elle recherchait ses limites corporelles. J'ai du alors m'adapter et favoriser cette proximité en restant souvent proche lors des séances. Malgré cela, je sentais que je ne pouvais pas réaliser de toucher thérapeutique, par cette médiation je touchais directement les limites de son corps provoquant une angoisse car elles sont mal définies.

J'ai pu voir la différence de distance avec ces deux dames. En effet, elles ont peut-être la même pathologie mais sont différentes, elles n'ont pas la même culture ni la même personnalité.

1.2) La proxémie, les soignants et la maladie d'Alzheimer

Les personnes atteintes d'Alzheimer subissent de nombreuses «agressions» au cours de la journée. Elles n'ont plus la capacité de faire leur toilette seules, les aides-soignantes entrent alors dans leur sphère intime, ce qui peut être vécu comme une intrusion par le patient. Cela influera sur son comportement durant toute la journée. Il est normal pour la soignante de pénétrer cet espace pour qu'elle puisse aider au mieux le patient, mais a-t-il les capacités d'intégrer ces changements de codes ? Il s'agit d'assimiler la dépendance et accepter d'avoir besoin de quelqu'un pour nous aider. Il est difficile pour toutes personnes de s'adapter à ce genre de situation, d'autant plus lorsqu'il existe des troubles neurologiques. Une personne atteinte d'Alzheimer aura des difficultés à identifier, comprendre la situation et à réagir face à cette perte d'autonomie. Les problématiques affectives et spatiales affectent les barrières des bulles entourant les Alzheimer. En effet, ces personnes ont une représentation de l'espace et une perception des distances perturbées, elles se sentent perdues et les limites des distances sont fragilisées. Leurs réactions peuvent être disproportionnées par l'intrusion, rappelons que la gestion des émotions est plus difficile en raison de l'atteinte neurologique, elles peuvent

[63] LE BRETON D., 2007, page 934.

alors être décuplées et se manifester par des comportements inhabituels. De plus, les faits et gestes des soignants peuvent être mal interprétés, accentuant des réactions fortes en réponses aux attaques extérieures, c'est un moyen de défense.

Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer communiquent alors au même titre que les autres par la proxémie. Elles ont conservées les codes sociaux qu'elles ont appris et stockés dans leur mémoire.

Une distance supportable pour le patient est alors à privilégier mais il ne faut pas s'oublier et être au clair quant à nos capacités de laisser l'autre franchir notre espace intime. Chaque soignant doit pouvoir être conscient de ses limites et les respecter. Je me souviens, lors de mes premiers contacts avec Mme M., ne pas apprécier le fait qu'elle s'approche trop de moi ressentant une intrusion dans ma sphère intime. J'ai pu, avec la psychomotricienne, mettre des mots sur mes ressentis et pris un temps de réflexion. J'ai découvert Mme M. et j'ai pu la laisser franchir cet espace intime sans appréhension.

Pour finir, du point de vue des soignants, certains n'osent pas s'approcher ou se bloquent face à quelques résidents, probablement en raison de l'image qu'ils renvoient. Celle-ci pose des interrogations à leur propre vieillesse et finitude, «la personne handicapée nous tend un miroir qui met à nu nos propres imperfections et reflète une image dans laquelle nous n'avons pas envie de nous reconnaître»[64], une mise à distance est alors observée. Il faut trouver une juste proximité, ni trop loin, ni trop près pour conserver une relation harmonieuse et permettre aux soignants de gérer leur angoisse, aux résidents d'apaiser leur anxiété.

Le snoezelen va permettre de respecter la distance de l'autre. Il s'agira de prendre le temps de rencontrer l'autre, de partager et de se rendre compte des limites spatiales de chacun. Chaque personne à ses codes d'approche, le concept snoezelen permet alors d'utiliser diverses modalités pour entrer en relation afin d'aider l'autre mais aussi de s'aider soi même à accepter la présence d'autrui. Le psychomotricien peut donner du sens à ces distances et les comprendre, favorisant la relation. La notion de proxémie intervient alors dans une communication non verbale, où déjà, par la spatialité nous pouvons percevoir un dialogue.

[64] GRIM O., HERROU C., KORF-SAUSSE S., STIKER H.D., 2001, page 111.

2) Communiquer autrement

2.1) Les communications non verbales

De nos jours le virtuel s'est considérablement développé, oubliant petit à petit les relations interpersonnelles où le langage non verbal est porteur de sens. Jacques CORRAZE, agrégé de philosophie, docteur en médecine, lettres et sciences humaines, donne une définition des communications non verbales : «On applique le terme de communications non-verbales à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise.»[65] La communication non verbale concerne alors d'autres moyens de communication que le langage, qu'il soit écrit ou parlé.

Lorsque nous discutons, nous utilisons tous cette communication non verbale dans la vie de tous les jours, pour appuyer nos propos (gestes, postures), pour exprimer nos émotions (froncement de sourcils), cela rend le discours plus saisissable. Ces manifestations non verbales sont la plupart du temps inconscientes, les rendre conscientes demanderait beaucoup de concentration. C'est d'ailleurs grâce au dialogue non verbal que le bébé, ne comprenant pas encore le langage oral, va communiquer avec sa mère dans un premier temps, en regardant l'expression de son visage, de sa posture, de ses gestes… «[…] la communication immédiate par un dialogue direct est toujours présente. La caractéristique d'immédiateté de ce type d'échange rend impossible toute tricherie.»[66]

Le dialogue non verbal ne fait pas qu'appuyer le discours, lorsqu'il n'y a plus de communication intentionnelle ou des difficultés langagières, elle rend possible le dialogue par d'autres canaux.

2.2) Communication non verbale et maladie d'Alzheimer

«Le besoin de communiquer est vital.»[67]

Les troubles phasiques, les troubles du comportement, de reconnaissance, entravent considérablement le dialogue oral, s'appuyer sur la communication non verbale est alors

[65] CORRAZE J., 2001, page 16.
[66] BULLINGER A., 2004, page 157.
[67] *Ibid.* page 159.

essentiel pour éviter l'isolement et garder une relation avec l'autre. La personne démente présente aussi des troubles posturaux, elle est souvent recroquevillée sur elle-même, entraînant un repli postural et empêchant la communication par le regard. La solliciter par diverses stimulations permet d'ouvrir d'autres canaux de communications. Je pense alors à Mme G. souvent repliée sur son fauteuil avant les séances et après un moment passé ensemble en salle snoezelen, se redresse. Cela amène ainsi une ouverture visuelle, elle regarde l'espace et est moins isolée.

L'expression des gestes, des mimiques, sont plus longtemps conservées que la production et compréhension de la parole, c'est pour cela qu'il ne faut pas les négliger sans craindre de les exagérer pour les rendre plus perceptibles. En stage pour saluer les résidents, je m'approche d'eux, établis alors une proximité, leur tends la main, prends une certaine intonation de voix avec une attitude et posture exprimant la bonne humeur. «Exprimées en particulier par le regard mais aussi par la posture corporelle (face à face, position basse, toucher…), la concentration, la 'disponibilité bienveillante' jouent un rôle essentiel dans ces moments de rencontre pour tisser des liens de confiance mutuelle.»[68]

Les personnes Alzheimer ont alors encore des capacités pour communiquer grâce à la communication non-verbale, elles peuvent ressentir la relation et les échanges autour d'elles, «De toute évidence les patients réputés déments sont perméables au climat relationnel et, sans peut-être toujours comprendre finement ce qui se dit, ils en perçoivent le sens général.»[69] Nous comprenons alors l'enjeu et l'apport de l'approche snoezelen dans sa qualité relationnelle favorisant et privilégiant la communication non verbale puisque dans ce concept nous discutons peu pour laisser le patient explorer et se sentir maître du moment.

En conclusion de cette première partie, l'axe relationnel apporté par snoezelen permet une qualité d'expression. La psychomotricité peut apporter ses spécificités en matière de communication non verbale et observer au mieux les changements posturaux, proxémiques, gestuels, pour s'adapter et répondre au besoin relationnel de chacun. «Il me semble que parmi les membres de l'équipe, le psychomotricien est le plus apte à travailler dans la mise à distance les relations de corps à corps qu'il engage avec le malade.»[70]

[68] FRANCE AZHEIMER, 2015, page 116.
[69] PLOTON L., 2004, page 41.
[70] GUIOSE M., GAUCHER-HAMOUDI O., RICHARD M-S., 2007, page 95.

II- Axe sensoriel

Nous allons à présent discuter de l'apport de l'axe sensoriel en psychomotricité. Pour cela je vais présenter le vieillissement sensoriel afin de comprendre comment la personne âgée réagit face à ces stimulations. Je présenterai ensuite les flux sensoriels préférentiels de Mme G. et Mme M., puis je ferai le lien entre les émotions, les sensations et la maladie d'Alzheimer. Pour terminer je discuterai de l'image du corps qui peut être revalorisée, les limites corporelles étant mieux délimitées par l'expérience sensorielle.

1) Vieillissement sensoriel

Comme nous l'avons vu en partie théorique, la personne âgée, par la sénescence, perd en facultés perceptives. Ces personnes fragilisées par ces pertes sensorielles ont pourtant besoin de sentir le monde qui les entoure. Entrer en interaction avec lui par les sens est une manière de le comprendre, de se sentir présent et vivant. Le psychomotricien mais aussi la personne âgée doivent accorder de l'importance aux sens, d'autant plus qu'ils sont le siège de nombreux souvenirs qui feront émerger certaines émotions permettant de (re)donner un sentiment d'identité.

«Au-delà de la dégradation qui touche chaque sens, c'est l'altération du traitement simultané des afférences sensorielles qui perturbe l'individu. Au lieu d'une intégration de deux sources sensorielles simultanées, il s'installe une compétition entre les afférences. Une est choisie au détriment de l'autre.»[71] En plus du vieillissement perceptif, il y a une sélection qui se réalise et qui complique d'autant plus la perception. Pour cette raison, j'ai choisi de ne pas stimuler tous les sens auprès de Mme G. et Mme M. mettant en valeur leur préférence pour les rejoindre sur leur canal le plus investi. Il serait question pour la suite des prises en charge de stimuler d'autres sens (goût, odorat…).

L'utilisation de l'approche snoezelen auprès de cette population est alors à adapter, il faut veiller à ne pas stimuler tous les sens en même temps car ils ne seront pas tous perçus et peuvent envahir la personne. La présentation sélective des stimulations est l'un des principes des fondateurs de snoezelen. Il faut trouver une continuité, le passage d'une stimulation à l'autre doit être cohérent et adapté.

[71] PITTERI F., 2010, page 291.

2) Les flux sensoriels

Les sens sont stimulés dès la vie intra-utérine, comme nous l'avons vu précédemment, le nourrisson est assailli de, ce qu'appelle André BULLINGER, *flux sensoriels*[72].Il définit un flux comme «un apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par une surface sensible à cet agent : le capteur. Les variations d'orientation du capteur, ses mouvements, entraînent une modification des signaux reçus par cette surface.»[73]

A la naissance, cette continuité sensorielle poursuit son cours, le bébé continue de faire de nouvelles expériences. L'espace snoezelen peut faire écho à la vie intra utérine, dans cet espace contenant, sécurisé, chaleureux, chaque sens est stimulé. Les expériences archaïques de la vie intra-utérine mais également toutes les expériences sensorielles qui ont jalonnées la vie entière peuvent aussi amener à des souvenirs via la mémoire corporelle, dans cette salle.

Je vais décrire deux flux sensoriels principalement rencontrés avec les résidentes prises en soin.

2.1) Le flux tactile avec Mme G.

Cette sensibilité concerne toute l'enveloppe corporelle, il ne s'agit pas seulement d'un contact physique mais aussi d'un contact avec l'air environnant.

Lorsque j'exerce des séances de toucher thérapeutique avec Mme G. je perçois un mieux-être de part sa posture plus ouverte à la relation, sur un plan narcissique le toucher la revalorise et lui permet de sentir son corps unifié, entier, solide, la rassurant. «Le toucher sensoriel, par ses informations amenées à la limite du corps, renforce la notion de contenance, de sécurité, et autorise détente et mieux-être.»[74]

Lors de nos séances, je pense beaucoup au *holding* et *handling*[75] développés par Donald W. WINNICOTT, lorsque je touche Mme G., que je la mobilise, je sens que je la contiens physiquement mais aussi psychiquement, cela permet alors l'émergence d'un sentiment de continuité d'exister et d'habiter son corps. Je la perçois plus sûre d'elle, s'affirmant corporellement et verbalement, le temps de la séance.

[72] BULLINGER A., 2004, page 81.
[73] *Ibid.* page 81.
[74] QUENTIN O., GODDERIDGE B., d'ARFEUILLE P., 2010, page 62.
[75] WINNICOTT D. W., 1996, page13.

Le toucher permet d'englober le corps, de plus le cadre et les principes snoezelen (atmosphère et attitude adéquates, vivre selon son rythme, répétition des séances) renforcent cette sensation d'enveloppe, apportant au patient un sentiment de continuité et d'identité solide, «Ce vécu enveloppant […], plus la perception de la peau par le toucher, dans une rythmicité régulière et adaptée, associé à une présence bienveillante et attentive, permet la naissance d'un sentiment d'intégrité qui sécurise et permet à l'identité de se consolider»[76].

2.2) Le flux visuel avec Mme M.

La rencontre avec Mme M. se fait essentiellement par le regard comme décrit en partie clinique. «Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit.»[77] Nous communiquons essentiellement par ce canal qui semble apporter à Mme M. une certaine sécurité. Je la regarde comme une personne, une femme et non pas comme une patiente atteinte de la maladie. Ce n'est pas parce que ces personnes sont dépendantes qu'il ne faut les considérer que sous l'angle de leur pathologie.

Mme M. est parfois regardée seulement comme une malade, il faut faire attention à notre regard et à l'interprétation que l'autre peut en faire, «C'est notre regard qui enferme souvent les autres dans leurs plus étroites appartenances et c'est notre regard aussi qui peut les libérer.»[78] Stimuler ce flux sensoriel lors des séances est d'autant plus intéressant, cela la revalorise narcissiquement.

Le regard est la première chose que l'on voit lorsqu'on entre en relation avec quelqu'un, il est soumis à nos émotions et nos états du moment. Avec Mme M. je savais par son regard si elle allait bien ou non, lorsqu'elle regardait le sol enroulée sur elle-même je sentais alors son mal être; en revanche lorsqu'elle regardait bien devant, je voyais son envie d'entrer en relation. Ces informations visuelles sont bien évidemment sous-tendues par nos postures, notre tonus.

Lors de nos séances, je sens que je la touche émotionnellement par mon regard, je la trouve beaucoup moins angoissée, comme contenue par l'aspect visuel de la colonne à bulle et

[76] *Ibid.* page 46.
[77] WINNICOTT, 2007, page 205.
[78] MAALOUF A., 2001, page 29.

mon regard. «Les yeux ne servent pas qu'à voir. Ils servent aussi à croiser les regards et échanger nos affects.»[79]

Les flux sensoriels en snoezelen permettent aux résidents de se sentir eux-mêmes, ils se sentent vivants du fait des stimulations sensorielles, ils sentent leur corps, et par la communication et le regard porté, humains. Par ce fait, ils s'ouvrent à la communication. Le psychomotricien étant un spécialiste de l'approche à médiation corporelle, va pouvoir apporter une vision supplémentaire au fonctionnement psychomoteur du résident. Il va alors adapter la salle snoezelen et orienter les stimulations qui lui semblent les plus appropriées au vu des besoins du résident.

3) Sensations, émotions et maladie d'Alzheimer

Les stimuli perçus par nos sens déclenchent en nous des réactions émotionnelles et corporelles, les sensations font naître les émotions. D'un point de vue physiologique, la stimulation sensorielle va solliciter tout un circuit cérébral. En effet, l'évènement perçu va déclencher les aires associatives sensorielles. Elles vont à leur tour stimuler l'amygdale gérant les émotions et déclencher l'hypothalamus contrôlant les sécrétions d'hormones qui provoquent un état émotionnel (viscères, muscles…). C'est ainsi que lorsque je touche Mme G., l'évènement qu'elle perçoit, la sensation qu'elle ressent fait naître un sentiment de plaisir et de bien-être, j'observe un abaissement tonique et un ralentissement du rythme cardiaque, elle est moins angoissée. Agir sur le corps, les émotions et les sensations ont un impact sur le comportement.

Les personnes atteintes de la maladie réagissent beaucoup aux émotions, leur comportement est intimement lié aux ressentis du moment présent, d'où l'apparition de troubles psychocomportementaux face à un environnement perçu comme menaçant. Il faut savoir que les émotions sont les plus longtemps préservées parmi les capacités cognitives. En effet, une étude américaine[80], publiée dans la revue Cognitive and Behavioral Neurology, suggère que les émotions résistent chez les Alzheimer malgré l'oubli du moment qui les a fait surgir. Deux groupes (un sain et un atteint de la maladie d'Alzheimer) ont regardé un film, les

[79] CYRULNIK B. 2000, page 5.
[80] http://journals.lww.com/cogbehavneurol/Abstract/2014/09000/Feelings_Without_Memory_in_Alzheimer_Disease.1.aspx

résultats montrent que les émotions persistent après le visionnage, que les personnes soient atteintes ou pas de cette pathologie. Ici, Mme G. et Mme M. ont encore une vie affective qu'il ne faut pas négliger.

Une prise en soins sensoriels peut améliorer la qualité de vie en proposant différentes stimulations agréables favorisant un mieux-être. Les émotions ressenties provoquent un élan vital et amènent à un état de présence, de réalité. Nous vivons corporellement les émotions, chacune d'entre elles est teintée de nos expériences, éducations, cultures, croyances, pouvant raviver des souvenirs, notamment par la mémoire du corps. L'émotion ressentie en snoezelen basée sur le principe de plaisir peut amener la personne à s'éveiller. Lors d'une séance, Mme M. est arrivée sans parler, à l'issue de celle-ci elle a retrouvé la parole, commentant les informations télévisuelles et environnementales. Les émotions qu'elle a ressenties (plaisir, bien-être) l'ont stimulée cognitivement. Nous avons tendance à entendre dire que les personnes démentes ne ressentent rien, mais lorsque toutes les autres fonctions font défaut, les émotions sont d'autant plus fortes. Antonio R. DAMASIO, professeur de neurologie, neurosciences et psychologie, écrit par ailleurs : «Je n'ai jamais […] opposé émotion et cognition, puisque je considère l'émotion comme livrant des informations cognitives, directement ou par le biais des sentiments.»[81] Sans émotions il nous serait difficile de percevoir les moments de bonheur, danger, peur, plaisir…

Dans l'espace snoezelen nous favorisons l'aspect émotionnel par son cadre contenant. La stimulation des sens fait resurgir en chacun de nous des souvenirs, qu'il est d'autant plus intéressant de travailler avec des personnes Alzheimer. Le principe de plaisir étant l'un des piliers de l'approche snoezelen, il permet à Mme G. et Mme M. de vivre des expériences positives, valorisant l'image qu'elles ont d'elle mêmes. Bien sur, il ne s'agit pas d'idéaliser snoezelen. L'anxiété de Mme M. a parfois été majorée au sein de cette salle où les émotions sont fortes. Il faut alors être vigilant quant aux émotions que l'on va susciter.

4) Sensorialité et image du corps

4.1) Extension des limites

Le corps des personnes âgées Alzheimer est de moins en moins nourri d'informations sensorielles, relationnelles, kinesthésiques, entrainant ainsi une transformation des limites

[81] DAMASIO R. A, 1994, page 5.

corporelles. Cela peut provoquer un sentiment d'insécurité expliquant ainsi la façon dont Mme M. se rapproche de moi. Il est fréquent que ces limites corporelles s'étendent aux limites de la chambre. C'est alors que la personne âgée peut mal vivre les entrées des professionnels dans sa chambre, qui peuvent être vécues comme des véritables intrusions voire agressions. Une arrivée mal vécue pourra impacter son comportement pour la journée, comme ce que la proxémie a permis d'expliquer. «Les maisons de retraite sont des microcosmes culturels avec un système de régulation des comportements individuels totalement orienté par leurs missions : les soins passent avant tout, y compris avant le respect des règles existant en dehors de l'institution, comme celle de ne pas pénétrer dans la sphère intime ou personnelle d'une personne sans y avoir été préalablement invité(e).»[82]

Lors des séances snoezelen, il y a eu plusieurs intrusions. J'ai pu voir l'impact que celles-ci avaient sur l'état des résidentes prises en charge. Soudain, elles se raidissent, ouvrent grand les yeux, fixés en direction de la porte, elles se rapprochent de moi en me regardant l'air inquiet. Leur limite s'étant étendue au mur de la salle, cette irruption était perçue comme une agression de leur Moi. L'intérêt de snoezelen va être, par son aspect enveloppant, de restaurer les limites corporelles, au moins le temps de la séance, pour retrouver un sentiment de sécurité atténuant les angoisses.

4.2) L'identité touchée

La personne atteinte d'Alzheimer se voit perdre la maîtrise de son corps, les troubles gnosiques provoquent une non reconnaissance physique dans le miroir entraînant de l'effroi. Cela me fait penser au sentiment *d'inquiétante étrangeté*[83] décrit par Sigmund FREUD comme un trouble de la conscience de soi, ce sentiment peut être retrouvé auprès de malades déments subissant des perturbations qui entraînent des malaises identitaires. Je retrouve lors de mon observation en stage différents aspects touchés contribuant au sentiment d'identité comme : les relations sociales, la place de la famille, l'intégrité corporelle, l'estime de soi…

«Tout se joue au niveau des surfaces de rencontre entre le corps et les objets du monde extérieur. Les sensorialités déterminent les contours de la personne. Plutôt que la perception elle-même, c'est ressentir l'expérience de la perception qui pourrait apporter le

[82] DELAMARRE C., 2014, page 15.
[83] FREUD S., 1985, page 11.

sentiment d'identité […]».[84] Stimuler les sens va éveiller des sensations permettant de retrouver une certaine identité, objectivant la relation. Je pense alors à Mme M., lors d'une séance décrite en partie clinique, joue des maracas. J'ai pu voir dans sa posture et ses mimiques qu'elle se sent au cœur de l'action lors de cet instant, elle ne subit pas le moment. Elle se redresse sur le fauteuil, prenant une posture d'actrice, elle me regarde et me fait partager par son sourire et ses gestes une expérience déjà vécue, l'inscrivant dans l'instant présent.

Par l'aspect stimulant de la salle, Mme M. s'est autorisée à prendre les maracas, l'environnement sécurisant ayant favorisé cette prise d'initiative. La sécurité extérieure lui a permis de retrouver une sécurité intérieure.

4.3) Une image du corps unifiée

Les sensations internes sont toutes aussi essentielles que les sensations externes pour venir étayer la représentation du schéma corporel et le sentiment de continuité du corps. Lorsque Mme M. s'allonge sur le matelas à eau, elle sent ses membres bouger par l'action de l'eau, je mets alors des mots sur cette expérience accentuant la sensation et la perception. Elle ressent, par le flux tactile, le matelas onduler sous son corps et par la proprioception elle perçoit celui-ci en mouvement. «Cette coordination entre sensibilité profonde et les effets des flux sensoriels actualise la limite entre un espace interne et externe, cette frontière étant présente tant que les effets sensoriels sont maîtrisés.»[85] La coordination de ces sensations permet d'apporter à Mme M. des limites entre le dedans et le dehors. Le lien entre les sensations est essentiel pour qu'elle puisse percevoir et donner du sens à la situation vécue. Il ne faut pas non plus la surstimuler, en sollicitant à chaque fois la sensibilité profonde et extéroceptive, cela peut engendrer l'effet inverse et accentuer des angoisses de fuite, de corps non limité.

4.4) Une image du corps valorisée

Comme nous l'avons vu précédemment, l'image du corps évolue tout au long de la vie et change en fonction des événements vécus, elle n'est pas figée dans le temps. La représentation qu'a Mme G. de son corps est négative, elle voit ses facultés s'amoindrir et

[84] PIREYRE E. W., 2008, page 201.
[85] BULLINGER A., 2004, page 77.

panique face à cela. Les séances snoezelen lui ont permis de vivre des expériences sensorielles positives lui permettant de réinvestir son corps en ayant une image d'elle moins dévalorisée, le temps de la séance. Lorsqu'elle sort de la salle, son visage est apaisé et amène plus facilement à la relation. Il en va de même pour Mme M. qui a pris plaisir à engager son corps dans diverses expériences et à explorer la salle. Il y a une intentionnalité qui se dégage et cela me semble important qu'elle se sente actrice et fasse ses choix.

En conclusion de cette deuxième partie, le cadre et le rythme des séances rassurent Mme M. qui se sent moins perdue, plus accueillie, vivant ainsi de nouvelles expériences en étant rassurée. Le cadre spatiotemporel et relationnel est garant d'un environnement contenant, propice au lâcher-prise. Nous avons essayé avec la psychomotricienne, d'apporter un mieux-être à Mme M., de l'aider à percevoir l'environnement comme non menaçant, par la découverte sensorielle.

Au travers des sensations corporelles qu'elles ressentent, Mme G. et Mme M. sont inscrites dans l'ici et le maintenant, dans une réalité les plaçant au centre de la relation. «La perte du contact avec le corps aboutit à la perte du contact avec la réalité. L'identité personnelle n'a de substance et de structure que pour autant qu'elle est fondée sur la réalité des sensations du corps.»[86]

L'accès aux différents sens permet une ouverture à soi puis à l'autre. Par la perception corporelle vécue lors des stimulations de toucher thérapeutique Mme G. a progressivement retrouvé une intégrité corporelle grâce à un contenant fiable. Le psychomotricien redonne du sens aux stimulations du milieu ambiant en apportant une perception de celles-ci plus cohérente.

III- L'axe détente

Nous allons voir à présent le dernier axe de l'approche snoezelen, essentiel pour l'apaisement des angoisses très présentes chez Mme G. et Mme M. Je vais présenter les différents facteurs y contribuant, puis je décrirais l'évolution de Mme G. et Mme M.

[86] MONTAGU A., 1979, page 155.

1) Le dialogue tonico-émotionnel

La communication non-verbale auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, comme vu précédemment, est souvent vectrice de relation. Le dialogue tonique est une notion psychomotrice particulièrement intéressante au sein de snoezelen, le psychomotricien s'ajuste sans cesse à l'autre et affine sa qualité d'observation pour répondre au mieux aux besoins du patient.

Henri WALLON évoque le dialogue tonique[87], il fait le lien entre le tonus musculaire et l'état émotionnel. Par exemple, lorsque Mme G. est angoissée cela se ressent corporellement car elle est hypertonique. L'état émotionnel influe donc l'état tonique et réciproquement. Le psychomotricien va mettre des mots sur les ressentis du résident. Je me souviens de Mme G., lorsqu'elle entendit un bruit sourd extérieur à la salle, tout son corps s'est figé, accompagné d'une augmentation tonique considérable bloquant sa parole, je l'ai alors rassurée à ce moment en mettant des mots sur la situation. Elle s'est alors relâchée, me souriant.

Julian de AJURIAGUERRA poursuit les travaux de H.WALLON ajoutant la notion de dialogue tonico-émotionnel. «Pour J. de Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires.»[88] Ici, cela concerne les enfants mais ce dialogue tonico-émotionnel existe aussi chez l'adulte et la personne âgée. Il y a une correspondance entre le vécu corporel des deux protagonistes de la relation. Lors d'une séance, je n'étais pas disponible psychiquement, Mme G. l'a probablement ressenti et a eu du mal à lâcher prise. Il en va de même, lorsque j'étais plus à l'écoute et détendue, mon propre état influant sur celui de Mme G. L'espace snoezelen clos favorise cette transmission d'état psychique et physique, en séance j'entretenais une relation duelle avec les résidentes favorisant alors cet échange.

[87] SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M., 2011, Page 160.
[88] MARCELLI D., BACHOLLET M-S., 2010, page 14.

2) Le rythme

La personne âgée institutionnalisée change son rythme pour s'adapter à celui de l'EHPAD. Certaines y arrivent sans trop de difficulté mais d'autres seront perturbées ce qui influera sur leur comportement. Lors des séances de psychomotricité, dans le cadre snoezelen, la psychomotricienne et moi-même laissions les patientes retrouver leur propre rythme et nous les accompagnions sur ce même temps. Les séances permettent de faire une pause, de se retrouver soi même, d'être rassuré, de se sentir de nouveau acteur. Ce rythme retrouvé amène à une détente, une certaine satisfaction. «En psychomotricité, cette compréhension du rythme du patient nous aide à organiser notre accompagnement et à inscrire nos actions pour un confort dans le présent.»[89]

3) L'espace snoezelen

Même s'il est possible d'avoir des «chariots» snoezelen afin de transporter l'ambiance, la salle est, je trouve, bénéfique. Elle propose un espace et un cadre différents du quotidien, alors qu'il serait peut-être plus difficile d'amener une détente dans les pièces institutionnelles, connues des résidents. Cette salle nouvelle peut amener de nouvelles sensations tout comme le rythme retrouvé, elle permet de faire une pause avec le quotidien. «L'ambiance sensorielle, dès l'entrée dans la salle, aide le sujet à rompre avec le quotidien […]. Tout en s'immergeant dans ce nouveau monde, il est indispensable de se poser, regarder, s'imprégner, laisser chaque stimulation sensorielle faire son travail d'éveil dans les profondeurs des mémoires enfouies, sans mettre de pression. Laisser émerger un élan de vie, une préférence.»[90]

De plus, le besoin d'avoir un espace pour s'individualiser, s'autoriser à faire des choix est indispensable. «Ce n'est alors pas seulement le manque de temps qui conduit certains aidants familiaux ou professionnels à littéralement les 'chosifier', quitte à s'étonner après de leur repli dans l'indifférence, la passivité, parfois même l'agressivité ou des comportements d'allure psychotique. C'est aussi parce qu'ils ne leur offrent aucun espace de choix»[91].

Le psychomotricien par son écoute et son savoir va permettre une distanciation progressive lors des séances amenant à une rupture du contact qui ne soit pas trop anxiogène. L'entrée et la sortie de la salle sont essentielles, la séance ne se résume pas qu'à l'espace, elle

[89] LEFEVRE C. 2002, page 9.
[90] BERBIGIER ESCHAUZIER L., 2012, Page 65.
[91] ZUCMAN E., 2012, page 39.

commence dès l'entrée en relation avec le résident. A la fin d'une séance, je modifie ma voix, change les points de contact de Mme G. et Mme M., je module les lumières, je baisse la musique instaurant un certain rituel accompagnant les résidentes.

4) Equilibre sensori-tonique

A. BULLINGER développe la notion d'équilibre sensori-tonique, celui-ci correspond au fait de pouvoir recevoir des informations externes sans désorganiser son état tonique, il garantit un sentiment d'existence stable. Il y a trois composantes essentielles de cet équilibre : le milieu humain, physique et biologique. Lors des séances snoezelen, je ne peux agir sur le terrain biologique, en revanche je le prends en compte. Je joue sur le milieu physique et humain pour adapter, voire compenser, les défaillances neurophysiologiques qui ne permettent plus de retrouver facilement cet équilibre. J'ai tenté d'adapter l'environnement physique et relationnel auprès de Mme G. Du point de vue biologique, j'ai pris en compte ses troubles visuels, j'ai adapté les stimulations à sa demande, concernant le milieu physique, par un dialogue tonico-émotionnel, en rapport avec le milieu humain. «Le contact avec l'adulte qui le porte suscite un ensemble de stimulations sensorielles, y compris tactiles, entraînant, à travers l'interaction, un recrutement et une modulation toniques. C'est une composante importante du partage émotionnel, permettant une progressive prise de sens des divers états toniques […]»[92].

Une difficulté à maîtriser ses flux peut entraîner des complications à agir sur l'environnement. La recherche d'un équilibre sensori-tonique en snoezelen va permettre un vécu structurant. Le psychomotricien va accompagner l'individu avec ses potentialités, de façon adaptée et dans un environnement adéquat. Il a une lecture et une compréhension spécifique de cet équilibre, cela fait partie de son approche thérapeutique globalisante.

5) Evolution des comportements

J'ai pu voir les effets des séances sur Mme G. et Mme M. Cette dernière lors des premières séances était perdue et surstimulée, cela s'est ressenti dans son état tonique du moment, en effet A. BULLINGER dit que «Le contrôle actif de l'état tonique […] suppose

[92] BULLINGER A., 2004, page 28.

un dosage précis et constant des flux sensoriels : trop peu de stimulation et la variation tonique disparaît ; trop de stimulation et l'état tonique échappe au contrôle.»[93]

L'apaisement comportemental que je retrouve en séance, permet au patient de se calmer suite à un épisode agressif ou d'agitation. Lors des agitations de Mme M., malgré certaines difficultés, les séances ont permis de l'apaiser. Mon attitude calme et l'aspect contenant de la salle sont deux facteurs essentiels qui ont permis ce mieux-être.

L'aspect relaxant de la salle et la qualité de la relation permettent une détente musculaire qui diminue douleurs et angoisses, je pense ici à Mme G. et son mal de dos, ses douleurs et verbalisations s'amoindrissent au cours d'une séance. De plus, au niveau cérébral, le fait d'exercer des activités relaxantes, active le lobe préfrontal gauche inhibant le lobe préfrontal droit qui produit l'angoisse.

D'une façon générale, je constate des effets positifs lors des séances mais ils restent éphémères ensuite. En effet, les patients peuvent subir divers événements dans la journée, influant leur état déjà fragilisé par l'évolution de la maladie. Un aménagement au quotidien serait souhaitable, au niveau du temps et des horaires, pour la création d'endroits de vie et de nouvelles activités de bien-être**,** mais cela nécessiterait davantage de temps et est difficilement réalisable dans le contexte institutionnel actuel.

En conclusion de cette troisième partie nous pouvons dire que l'approche snoezelen permet une détente de part son décor, sa musique contenante, son aspect différent du quotidien. Le psychomotricien favorise cette détente en travaillant autour du dialogue tonico-émotionnel, il adopte une certaine posture corporelle et un positionnement relationnel transmettant un apaisement et une confiance au patient. Il s'ajuste corporellement et affectivement.

[93] *Ibid.* page 35.

IV- Snoezelen et l'institution

1) Snoezelen et les soignants

Dans l'EHPAD où je réalise mon stage, seuls les soignants formés au concept snoezelen peuvent réaliser des séances, ce que je trouve important pour comprendre les principes et réfléchir à ses propres vécus afin d'être à l'écoute de l'autre. Pour les soignants qui sont dans la vitesse et l'agir tout au long de la journée, cet espace leur permet de rencontrer le résident autrement, dans une qualité d'être et de détente qu'ils n'ont pas l'habitude de voir ou de ressentir au quotidien. Ils porteront un nouveau regard sur lui et pourront s'appuyer davantage sur ses goûts et capacités, cela permettra d'améliorer le contact. La famille peut aussi participer aux séances, tous les intérêts cités pour les soignants sont valables pour les aidant familiaux, leur regard étant parfois parasité par la maladie.

Malgré cette formation, je trouve que la salle snoezelen est peu utilisée par les soignants. Ils ont des difficultés à quitter leur poste actif pour se retrouver dans une position plus passive, pourtant ce concept demande une grande écoute de l'autre. Les soignants ne saisissent pas forcément les axes et ont l'impression de ne rien faire, habitués à être dans le «faire» et moins dans «l'être». Cette salle leur donne la sensation de perdre son temps.

Le point positif est que toute profession peut réaliser la formation et ainsi plusieurs regards peuvent être confrontés sur une même situation rendant les échanges pluridisciplinaires plus riches. Cela développe une vision et un langage commun à tous les professionnels de l'institution, facilitant la communication, améliorant l'environnement institutionnel et mettant en avant la notion de bientraitance. Cette approche peut être considérée comme un outil pour améliorer les communications non verbales dans la relation soignant-soigné et prend en compte l'importance de la sensorialité au quotidien.

2) Snoezelen et Psychomotricité

J'ai remarqué le risque d'une certaine confusion, que je faisais moi-même, entre snoezelen et la psychomotricité. Or, il faut bien différencier le concept snoezelen, la psychomotricité et snoezelen comme médiation en psychomotricité. Cette dernière est une profession, snoezelen une approche. Pour la psychomotricité, snoezelen peut être une médiation spécifique comme la balnéothérapie, la thérapie avec les animaux… Son utilisation

doit être réfléchie au même titre que toute autre médiation. Rappelons qu'un de ses objectifs principaux est qu'il n'y a aucun objectif à atteindre, mais en psychomotricité, profession rééducative et thérapeutique, nous avons un projet de soin établi préalablement et donc un objectif à atteindre, qui peut être de réduire l'anxiété ou d'améliorer la régulation tonique etc.

Bien sûr, l'aspect sensoriel peut-être sollicité en dehors de snoezelen mais le **concept** apporte une façon de penser et d'être, enrichissant ce métier.

Le psychomotricien est un acteur privilégié dans ce concept, c'est un spécialiste de l'approche à médiation corporelle, il apportera ses connaissances et spécificités. Snoezelen propose un environnement adapté pouvant être stimulant et apaisant, qui favorise l'expérimentation sensorimotrice et la communication non-verbale. Le matériel étant diversifié, il permet un apport créatif. L'attitude relationnelle non directive permet une expérimentation spontanée. Le psychomotricien va pouvoir mettre du sens sur ce qui va se jouer en séance. Nous permettons aux patients de se poser le temps d'un instant et proposons un ancrage à la réalité par les sens, amenant une meilleure confiance en soi et une possibilité d'action.

3) L'utilisation de la salle

L'utilisation de la salle doit être justifiée par chaque soignant, qu'il soit psychomotricien ou d'une autre profession. Il doit y avoir une certaine réflexion de la part des soignants pour ne pas utiliser la salle à titre occupationnel, pour «passer le temps» ou parce qu'utiliser snoezelen «cela fait bien». Certains résidents ne seront pas réceptifs à cette ambiance et des effets négatifs se manifesteront.

4) Les a priori snoezelen

Malheureusement il existe peu d'études montrant les effets sur le comportement des personnes démentes, ou alors ces études sont réalisées sur un faible échantillon de personnes rendant les hypothèses et conclusions moins pertinentes. Je vais en citer quelques unes pour démontrer les effets de snoezelen auprès de patients atteints de maladie d'Alzheimer :

- MOFFAT et al. (1993)[94] ont montré que snoezelen apportait une meilleure capacité d'observation, de plus les personnes âgées atteintes de démences sont plus calmes le

[94] MOFFAT N., BARKER P., PINKNEY L., FARSIDE M., FREEMAN C., 1993, page 35.

temps de séance. Ils montrent aussi des effets positifs sur les soignants se traduisant par une diminution de stress.

- BARKER et al. (1997)[95] ont montré que la prise en soin snoezelen permet une amélioration des troubles du comportements, une fluence verbale et une mémorisation de souvenirs meilleures par rapport aux autres prises en charge non médicamenteuse.

- PINKNEY (1997)[96] a remarqué une amélioration de l'humeur provoquée par la musique, la relaxation et snoezelen. Mais ajoute que cette dernière procure une stimulation globale marquant une concentration plus soutenue.

L'aspect économique bloque souvent les institutions pour la mise en place d'une salle snoezelen, de part l'espace qu'elle occupe et de son matériel onéreux. Je rappellerai ici que le snoezelen est avant tout un état d'esprit et qu'il est alors possible d'acheter du matériel à moindre coût et même d'en fabriquer soi même ! Il ne se cantonne pas seulement à une salle, même si celle-ci favorise un espace contenant, le concept peut s'étendre au repas, à la salle réservée à la toilette, à la promenade comme avec Mme M.

Enfin, les stimulations sensorielles peuvent être perçues comme futiles, «La stimulation sensorielle de Snoezelen, qui […] sert de réponse fourre-tout, ne me semble guère adéquate»[97]. Certes, il faut savoir doser les stimulations et ne pas abandonner les patients dans une sur ou sous stimulation, toutefois nous avons vu les intérêts des sensations dans les séances snoezelen pour améliorer le comportement, la relation à soi et à l'autre. De part mon observation en stage je pense qu'une répétition des séances est nécessaire pour avoir un réel apport thérapeutique.

Malgré les nombreuses résistances, l'outil snoezelen peut être bénéfique dans l'institution, que ce soit pour les soignants ou les résidents. Cette approche amène un bien-être institutionnel, les soignants seront moins stressés et les résidents moins angoissés. Il serait intéressant de former plus de soignants pour favoriser son utilisation et son ancrage dans l'établissement.

[95] BARKER R., DOWLING Z., WAREING L., DAWSON J., ASSEY J., 1997, page 214.
[96] PINKNEY L., 1997, page 210.
[97] ZUCMAN E., 2011, page 181.

CONCLUSION

Il m'a semblé important de me pencher sur la maladie d'Alzheimer et de l'explorer afin de percevoir ses mécanismes, lesquels m'ont permis de comprendre certains comportements et déficits associés au vieillissement «normal». Pour moi, la démence n'est pas associable à la folie, la personne a simplement une autre perception de son environnement. Par ailleurs, nous avons tous notre propre vision du monde.

Lors de cette année de travail et d'accompagnement, je me suis rendu compte du réel apport qu'a le psychomotricien dans son approche globalisante. J'ai pu constater le lien entre le concept snoezelen et notre profession, il représente un enrichissement relationnel par le biais de stimulations sensorielles et de son cadre si particulier. J'ai aussi prêté attention aux limites qu'il pouvait engendrer, ce concept n'est pas une solution miracle, les sensations agréables sont présentes sur un court instant, le but étant de retrouver un corps plaisir et non plus objet de soins. *«Il n'est pas question de fuir le présent, mais d'être présent autrement, sur des registres variés, selon une adaptabilité possible.»*[98] Snoezelen a des apports bénéfiques pour la psychomotricité, comme chaque médiation choisie, il faut les adapter en fonction du projet thérapeutique établi, le psychomotricien rend sa médiation thérapeutique. Je me demande alors si notre démarche peut réellement s'inscrire dans le temps. Les troubles cognitifs que présentent les résidents rendent difficile l'élaboration d'une continuité, seul le moment présent est important.

Dans cet espace, j'ai pu observer Mme G. et Mme M. différemment, leur attitude, posture, regard, n'étaient pas les mêmes qu'au quotidien. Cet espace a favorisé l'échange, la relation, la sensorialité et le bien-être. J'ai pu affiner mon regard sur la communication non verbale, la sensorialité et les émotions des patientes. Grâce à cette année j'ai aussi appris à m'adapter en fonction des besoins et envies de celles-ci, les séances pouvant être différentes les unes des autres.

[98]MARCOS I., BURUCOA B., 2012, page 144.

Les troubles cognitifs entravent fortement l'identité, il est alors difficile d'avoir conscience de son corps lorsque nous ne savons plus qui nous sommes. L'approche psychocorporelle par l'axe sensoriel permet une réappropriation du corps par la découverte d'expériences nouvelles. Ce vécu corporel peut réveiller la mémoire sensorielle et émotionnelle ravivant des souvenirs passés, recentrant la personne au cœur de son histoire.

La psychomotricité fait partie intégrante du plan Alzheimer 2008-2012, elle a toute sa place en EHPAD et apporte un regard humanisant supplémentaire. Par son attitude empathique le psychomotricien assure une revalorisation narcissique, une confiance en soi, en ses capacités restantes, cela permet l'ouverture au monde environnant et évite également de tomber dans l'oubli.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

ALBARET J-M., AUBERT E. (2003), *Vieillissement et Psychomotricité,* Marseille, Solal.

AUZANNEAU B., AVRIL Y. (2003), *Dictionnaire latin de poche,* Paris, Poche.

BALLOUARD C. (2006), *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod.

BERGER E. (2000), *Le mouvement dans tous ses états, les recherches de Danis Bois*, Paris, Point d'Appui.

BERBIGIER ESCHAUZIER L. (2012), *Snoezelen la maladie d'Alzheimer & Communication dynamique non directive*, Ris-Orangis, Pétrarque.

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (tome 1), Paris, Eres.

CAPPELIEZ P., LANDREVILLE P., VEZINA J. (2000), *Psychologie clinique de la personne âgée*, Paris, Masson.

CAP RETRAITE, (2014), *Le guide de l'entrée en maison de retraite*, Paris.

CARRIC J-C., SOUFIR B., (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, Paris, Vernazobres-Grego.

CORRAZE J. (2001), *Les communications non-verbales*, Paris, Puf.

CROISILE B. (2009), *Tout sur la mémoire*, Paris, Odile Jacob.

CROISILE B. (2010), *La maladie d'Alzheimer : identifier, comprendre, accompagner*, Paris, Larousse.

CYRULNIK B. (2000), *Les nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob.

DAMASIO R. A (1994), *L'erreur de Descartes : La raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 2006.

DELAMARRE C. (2014) *Alzheimer et communication non verbale-Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées,* Paris, Dunod.

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.

FOUCAULT M. (1976), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Galllimard.

FRANCE ALZHEIMER, (2015), *100 idées pour accompagner une personne malade d'Alzheimer,* Paris, Tom Pousse.

FREUD S. (1985) *L'inquiétante étrangeté,* format kindle.

GRIM O., HERROU C., KORF-SAUSSE S., STIKER H.D. (2001), *Quelques figures caches de la monstruosité*, Paris, CTNERHI.

GUIOSE M., GAUCHER-HAMOUDI O., RICHARD M-S. (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Heures de France.

HALL E T. (1971), *La dimension cachée*, Paris, Seuil, 2014.

HULSEGGE J., VERHEUL A. (2004), *Snoezelen un autre monde*, Namur, Erasme.

JUHEL J-C. (2010), *La psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre*, Québec, Les presses de l'Université Laval.

KOLB B., WHISHAW I.Q. (2002), *Cerveau et comportement*, Paris, De Boeck.

LE BRETON D. (2007), *Toucher*, ***in*** MARZANO M., *Dictionnaire du corps*, p. 933-936, Paris, Puf.

MAALOUF A. (2001), *Les identités meurtrières*, Paris, Le Livre de Poche.

MADJLESSI A. (2012), *Bien vieillir pour les nuls*, Paris, Broché.

MOFFAT N., BARKER P., PINKNEY L., FARSIDE M., FREEMAN C. (1993), *Snœzelen : an experience for people with dementia*, Chesterfield, Rompa.

MONTAGU A. (1979), *La peau et le toucher : Un premier langage*, Paris, Seuil.

PERSONNE M. (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée, psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Toulouse, Erès.

PITTERI F. (2010), *Psychomotricité et personnes âgées*, ***in*** POTEL C., *Psychomotricité entre théorie et pratique*, page 289-310, Paris, édition in press.

PLOTON L. (2004), *Maladie d'Alzheimer, A l'écoute d'un langage*, Lyon, Chronique Sociale.

QUENTIN O., GODDERIDGE B., d'ARFEUILLE P. (2010), *Snoezelen un monde de sens*, Ris-Orangis, Pétrarque.

ROTHSCHILD B., DUCENE F., SCHILS M. (2008), *Le corps se souvient : Mémoire somatique et traitement du trauma*, Bruxelles, De Boeck.

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, (tome 1), Paris, Solal.

VELDMAN F. (2007), *Haptonomie Science de l'Affectivité : Redécouvrir l'Humain*, Paris, Puf.

WINNICOTT D. W. (1996), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot.

WINNICOTT D. W. (2007), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

ZUCMAN E. (2012), *Personnes handicapées, personnes valides ensemble, semblables et différentes*, Toulouse, Erès.

ZUCMAN E. (2011), *Auprès de la personne handicapée. Une éthique de la libertépartagée*, Toulouse, Eres.

ARTICLES :

BARKER R., DOWLING Z., WAREING L., DAWSON J., ASSEY J. (1997), **«**Snoezelen: its long term and short term effects on older people with dementia**»,** *British Journal of Occupational Therapy*, pp. 213-218

LEFEVRE C. (2002), « Le corps en fin de vie : apport de la psychomotricité dans les soins palliatifs 'Du curatif au palliatif : la transformation psycho-corporelle'», *Entretien de psychomotricité*, expression scientifique française, pp. 8-11.

MARCELLI D., BACHOLLET M-S. (2010), « Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements », *Enfances & Psy*., n°49, pp.14-19.

MARCOS I., BURUCOA B. (2012), «La psychomotricité en unité de soins palliatifs : au sujet d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA)», *Médecine palliative*, pp. 142-147.

PINKNEY L. (1997), **«**A comparison of the Snoezelen environment and a music relaxation group on the mood and behaviour of patients with senile dementia**»,** *British Journal of Occupational Therapy*, pp. 209-212.

PIREYRE E. W. (2008), « L'image du corps : monolithique ou composite ? », *Evolutions psychomotrices*, volume 20 n°82, pp. 198 à 211.

SITOGRAPHIE

- Aassociation caritative POMM, Psychomotricité et Ouverture sur le Monde du Maternage, [consulté le 18 avril 2016], disponible sur http://pomm.jimdo.com/maternage/

- Haute Autorité de Santé, *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*, 2010, version PDF, [consulté le 18 avril 2016], disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf

- Recommandation de la Haute Autorité de Santé, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, 2011, version PDF page13, [consulté le 18 avril 2016], disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

- France Alzheimer et maladies apparentées, 2013, [consulté le 18 avril 2016], disponible sur http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/692

- Institut National de la Santé de la Recherche Médicale, 2014, [consulté le 18 avril 2016], disponible sur http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer

- VOLLON C., BARTHELEMY S., *La fonction contenante de l'enveloppe psychique*, Article de Santé Mentale, 2014, version PDF, [consulté le 18 avril 2016], disponible sur file:///C:/Users/Chlo%C3%A9/Downloads/SM189_DESMOTS.pdf

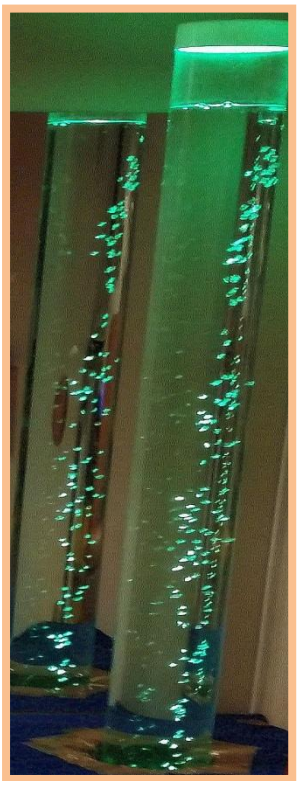
- GUZMAN-VELEZ E., FEINSTEIN J.S., TRANEL D., *Feelings Without Memory in Alzheimer Disease*, Journal Cognitive and Behavioral Neurology, 2014, [consulté le 18 avril 2016], disponible sur http://journals.lww.com/cogbehavneurol/Abstract/2014/09000/Feelings_Without_Memory_in_Alzheimer_Disease.1.aspx

Annexe I :

Photo de la salle snoezelen

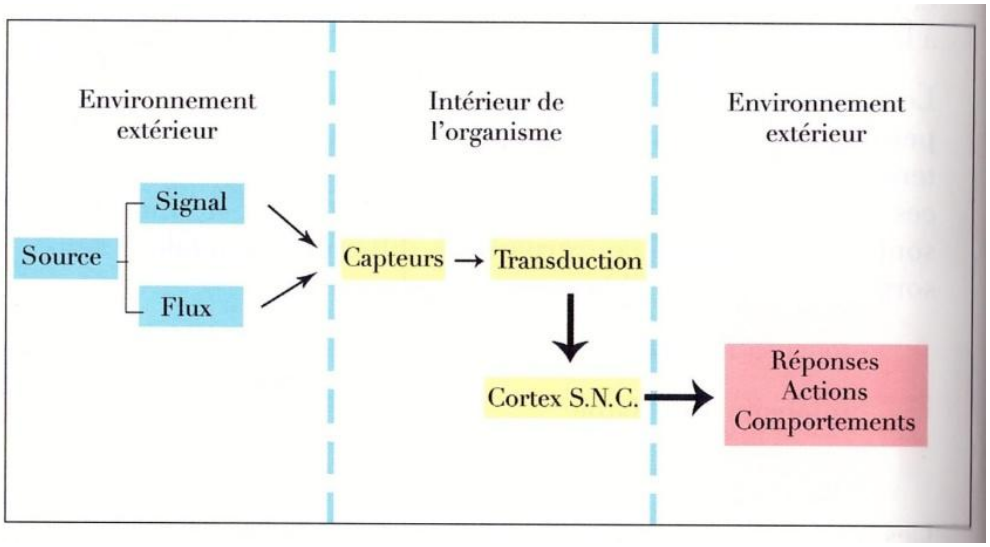
Annexe II :

Photo de la colonne à bulles



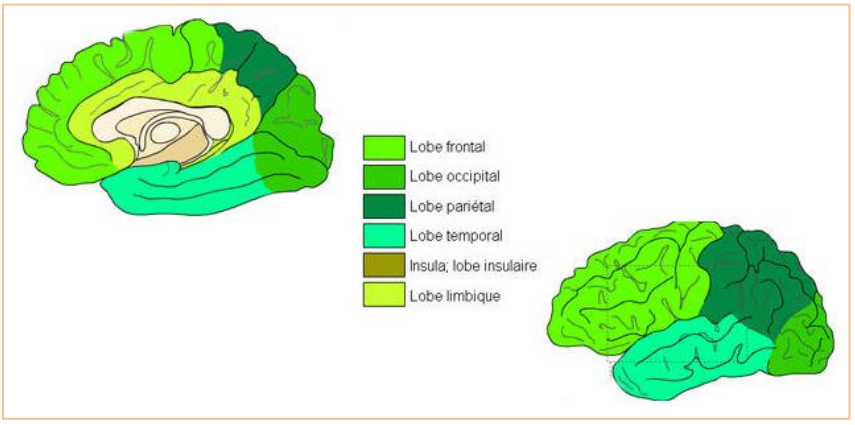
Annexe III :[99]

Circuit d'une information sensorielle



Annexe IV :

Localisation des lobes cérébraux



[99] QUENTIN O., GODDERIDGE B., d'ARFEUILLE P., 2010, page 36.

Annexe V :[100]

Classification des fonctions des lobes cérébraux

Lobe frontal	Lobe temporal	Lobe pariétal	Lobe occipital
Raisonnement	Mémoire épisodique	Praxie	Vision
Inhibition	Mémoire sémantique	Capacité visuospatiale	Gnosie visuelle
Flexibilité mentale	Mémoire procédurale	Mémoire des chiffres	Reconnaissance orientation et contour des images
Initiation	Compréhension du langage oral	Mémoire épisodique visuelle	Associe les couleurs, formes, angles des mouvements
Planification	Stock lexicaux	Calcul	
Certaines réalisations motrices	Audition	Gnosie (dont somatognosie)	
Sélection	Mémoire immédiate	Traitement modalités sensorielles	
Catégorisation		Perception de l'espace	
Mémoire de travail			
Une partie de l'attention			
Elaboration du langage écrit et parlé			

Annexe VI :

Grille d'observation psychomotrice

Items psychomoteurs :	Nom du résident :
Tonus	○ Mobilisations passives - Mains : - Poignet : - Coude : - Epaule : - Pied : - Genoux : - Hanche :
Posture	- Tenue debout : - Tenue assise :

[100] Ce tableau a été crée à l'aide du livre *La psychomotricité au service de la personne âgée : réfléchir, agir et mieux vivre*, de JUHEL J-C. et de l'intervention de LEFEVRE C. en amphithéâtre en janvier 2016.

Equilibre	○ Statique - Debout yeux ouverts : - Debout yeux fermés : ○ Dynamique - Marche :
Latéralité	- Mains : - Pieds :
Motricité fine	- Boutonnage/Déboutonnage : - Pianotage : - Pièce :
Praxie	- Se servir de couverts : - Faire un salut militaire : - Ecrire son nom :
Schéma corporel	
Image du corps	
Organisation spatiale	- Lieu actuel: - Notions :
Organisation temporelle	- Date complète du jour :
Communication	- Verbale : - Non verbale :
Relation	- Isolé ou entouré :
Comportement	- Déambulation : - Errance : - Dépression : - Anxiété : - Apathie : - Agressivité : - Agitation :
Sensorialité	- Vue - Audition - Tactile - Odorat - Goût
Autonomie	- Déplacement : - Toilette : - Habillage : - Alimentation :

Résumé :

La maladie d'Alzheimer provoque des troubles cognitifs se traduisant par une perte croissante de l'autonomie amenant des perturbations identitaires. En effet, la personne atteinte va perdre progressivement confiance en elle et s'isoler. Dès lors, elle agira moins sur son environnement, ses stimulations sensorielles s'amoindriront, lesquelles sont pourtant essentielles pour apporter un sentiment d'existence.

Dans ce mémoire, je vais présenter l'apport de snoezelen, concept sensoriel favorisant un environnement contenant, au travers de la thérapeutique psychomotrice, profession qui prend son essor par son regard globalisant de l'être humain.

Mots clés :

Personne âgée – Maladie d'Alzheimer – Sensorialité – Relation – Snoezelen – Conscience corporelle – Bien-être ...

Abstract :

Alzheimer's disease causes cognitive impairments resulting in a growing loss of autonomy leading to identity issues. Thus the individual suffering from Alzheimer's will slowly lose self-confidence and become insolated. This person will then slowly cease to act on one's environment; its sensorial stimuli will diminish despite being an essential part of being and feeling alive.

During this thesis, I intend to present the contribution of snoezelen, a controlled multisensory environment, through the psychomotor therapy. This line of work approaches human beings in a holistic way.

Key Words :

Elderly person – Alzheimer's disease – Sensoriality – Relation – Snoezelen – Body awareness – Well-being …