



HAL
open science

À la rencontre d'un monde sensoriel : l'accompagnement psychomoteur de la personne âgée schizophrène en Snoezelen

Hortense Levalois

► To cite this version:

Hortense Levalois. À la rencontre d'un monde sensoriel : l'accompagnement psychomoteur de la personne âgée schizophrène en Snoezelen. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01358414

HAL Id: dumas-01358414

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01358414>

Submitted on 31 Aug 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
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité

A la rencontre d'un monde sensoriel

**L'accompagnement psychomoteur
de la personne âgée schizophrène en *Snoezelen***

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien par

Hortense LEVALOIS

Maître de mémoire : Madame Sylvie GOURDIN

Session de juin 2016



Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité

A la rencontre d'un monde sensoriel

**L'accompagnement psychomoteur
de la personne âgée schizophrène en *Snoezelen***

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien par

Hortense LEVALOIS

Maître de mémoire : Madame Sylvie GOURDIN

Session de juin 2016

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie Madame Sylvie GOURDIN, psychomotricienne et maître de ce mémoire, pour sa disponibilité, son écoute et le partage de ses connaissances.

Un grand merci à Madame Marie FESSARD, psychomotricienne, pour son accueil, sa disponibilité, son soutien et ses conseils tout au long de cette année de stage.

Merci à Monsieur Bernard GODDERIDGE, psychomotricien, pour ces moments riches d'échanges, ses conseils, sa disponibilité et le partage de ses connaissances en *Snoezelen*.

Merci à tous les professionnels qui m'ont accueillie en tant que stagiaire, ainsi qu'à ceux qui m'ont formée pendant ces trois années et qui ont accepté de partager leurs expériences.

Merci à Madame F., Madame M., Monsieur C. et Monsieur J. pour leur accueil et ces moments partagés ensemble.

Et enfin, je remercie toute ma famille et mes amis et notamment Audrey, Charline, Manon et Noémie pour leur soutien tout au long de cette formation.

Notification

Pour des raisons déontologiques évidentes, les noms ont été modifiés, avec le souci de conserver l'anonymat.

Les termes présentant une « * » seront définis dans le lexique, en fin de mémoire.

SOMMAIRE

Introduction	7
PARTIE THEORIQUE	8
I- Les sens de la personne âgée	8
1) La définition du vieillissement	8
2) Le vieillissement sensoriel.....	9
a- Les sens extéroceptifs.....	9
- La vue.....	9
- L'ouïe	10
- L'odorat.....	11
- Le goût	11
- Le toucher.....	12
b- Le sens proprioceptif.....	13
c- Le sens intéroceptif (ou viscéral)	14
d- Le sens nociceptif.....	14
II- La schizophrénie	14
1) Rappel sur les psychoses.....	15
a- Les psychoses aiguës.....	15
- La Bouffée Délirante Aiguë	15
- La confusion mentale	15
- L'état maniaque délirant.....	16
- La mélancolie délirante	16
b- Les psychoses chroniques	16
- La paranoïa.....	16
- La schizophrénie	16
2) La définition de la schizophrénie	17
3) Le diagnostic.....	17
- Les symptômes négatifs (ou résiduels)	17
- Les symptômes positifs (ou productifs)	17
4) L'étiologie.....	18

5)	Les principales formes de schizophrénie	19
a-	La schizophrénie paranoïde.....	19
b-	La schizophrénie hébéphrénique	19
c-	La schizophrénie catatonique	20
d-	La schizophrénie indifférenciée	20
e-	La schizophrénie résiduelle	20
6)	La sémiologie.....	20
a-	La discordance ou la désorganisation de la pensée et de l'action	21
b-	Les délires et les hallucinations.....	22
-	Le délire.....	22
-	L'hallucination	22
c-	Les troubles de la relation avec la réalité et avec l'autre.....	23
d-	L'angoisse	23
7)	Les traitements médicamenteux.....	24
8)	L'évolution de la maladie	24
9)	Schizophrénie et vieillissement.....	25
III-	A la recherche d'une unité psychocorporelle à travers la sensorialité.....	27
1)	Enveloppes et schizophrénie.....	27
a-	La construction de l'unité psychomotrice chez l'enfant.....	27
b-	L'adulte schizophrène : des enveloppes défailantes.....	29
2)	Des enveloppes sensorielles en <i>Snoezelen</i>	30
a-	L'histoire du concept <i>Snoezelen</i>	30
b-	La démarche et les objectifs de cette approche	31
c-	L'intérêt de la médiation <i>Snoezelen</i> chez la personne âgée schizophrène	32
 PARTIE CLINIQUE		33
I-	Présentation de l'institution	33
1)	Le lieu	33
2)	La population accueillie.....	33
3)	Le projet d'établissement.....	34
4)	L'équipe pluridisciplinaire.....	34
5)	La place spécifique de la psychomotricité	35
a-	La psychomotricité et l'évaluation psychomotrice.....	35
b-	Le projet thérapeutique.....	36
c-	Les différentes médiations.....	37

II- Etudes de cas cliniques.....	38
1) A la rencontre de Monsieur C.....	38
a- L'anamnèse	38
b- L'évaluation psychomotrice et projet thérapeutique	38
c- La séance découverte de la salle <i>Snoezelen</i>	41
2) A la rencontre de Madame F.....	45
a- Notre première rencontre.....	45
b- L'anamnèse	46
c- L'évaluation psychomotrice	46
d- L'évolution au sein de l'accompagnement en <i>Snoezelen</i>	49
3) A la rencontre de Madame M.	54
a- Notre première rencontre.....	54
b- L'anamnèse	55
c- L'évaluation psychomotrice	56
d- L'évolution au sein de l'accompagnement en <i>Snoezelen</i>	58

DISCUSSION

I- La place spécifique de la médiation psychocorporelle en géro-psycho- psychiatrie.....	62
1) Définition de la géro-psycho- psychiatrie	62
2) Les apports d'une approche psychocorporelle dans le domaine géro-psycho- psychiatrique.	63
a- Les troubles psychomoteurs de la personne âgée schizophrène.....	63
- Schéma corporel et image du corps.....	63
- Tonus, ajustement postural et motricité	65
- Espace et temps	66
b- La médiation psychocorporelle en psychomotricité.....	67
II- Trouver sa place dans « le monde du schizophrène ».....	69
1) Le cadre thérapeutique.....	69
2) L'alliance thérapeutique dans l'accompagnement psychomoteur	70
a- La distance relationnelle.....	71
b- L'empathie	72
c- Le non-jugement	73
3) La communication et le silence.....	74
III- Les particularités de l'accompagnement en <i>Snoezelen</i>.....	76
1) Le lâcher-prise du psychomotricien.....	76
2) Un accompagnement « à la carte »	77

3) Des « progrès » non mesurables	78
4) Mon vécu, mes doutes, mes questionnements par rapport au <i>Snoezelen</i>	79
Conclusion	81
Bibliographie	82
Lexique	I
Annexe n° 1 : La salle <i>Snoezelen</i>	III
Annexe n° 2 : Les groupes iso-ressources (GIR)	IV
Annexe n° 3 : Le dessin du bonhomme de Madame F.....	V
Annexe n° 4 : La discussion écrite de Madame F.	VI
Annexe n° 5 : La grille d'observation de la séance de <i>Snoezelen</i>	VII

Introduction

C'est au cœur d'un établissement de géronto-psychiatrie que j'ai pu rencontrer des personnes ayant des pathologies très spécifiques et complexes telles que les psychoses et plus particulièrement la schizophrénie. Cette pathologie chronique n'était pour moi connue qu'au travers de mes différents cours de psychiatrie dispensés durant ces trois années de formation en psychomotricité. J'ai donc souhaité étudier cette maladie psychiatrique qui engendre souvent chez l'autre des craintes exacerbées.

Au cours de mes trois années de formation en psychomotricité, j'ai participé à de nombreux groupes tels que ceux de conscience corporelle, d'expressivité du corps et de relaxation. J'ai pris conscience, à partir de ces propositions et de mes expériences personnelles, de l'importance de la sensorialité dans la connaissance de Soi, de l'Autre et de son environnement.

De mes premières observations et rencontres avec la personne âgée schizophrène, de nombreux questionnements ont émergé et ont guidé l'élaboration de ce mémoire. Je me suis rendue compte qu'un accompagnement sensoriel en salle *Snoezelen* pourrait être intéressant compte tenu de la problématique psychocorporelle de cette population.

Je me suis donc intéressée aux mécanismes psychocorporels et relationnels mis en jeu dans un accompagnement sensoriel. La sensorialité permettrait-elle à la personne âgée schizophrène de (re)trouver un bien-être psychocorporel et un sens dans la relation à l'autre ?

Dans un premier temps, je m'intéresserai d'une part au processus du vieillissement sensoriel et à la schizophrénie puis d'autre part, je développerai une réflexion autour de la constitution d'une unité psychocorporelle au travers de la sensorialité et notamment du concept *Snoezelen*.

Dans un second temps, je retracerai mon expérience clinique au travers de l'accompagnement psychomoteur en *Snoezelen* de Monsieur C., Madame F. et Madame M..

Enfin, j'axerai ma réflexion sur l'intérêt de la psychomotricité par son approche psychocorporelle dans le milieu géronto-psychiatrique et de l'alliance thérapeutique à travers quelques vignettes cliniques pour ensuite aborder la particularité de l'accompagnement en *Snoezelen* en fonction de mon vécu.

PARTIE THEORIQUE

I- Les sens de la personne âgée

Dans cette première partie, nous définirons le vieillissement de façon générale pour ensuite aborder l'impact du vieillissement sur les différents sens.

1) La définition du vieillissement

Le vieillissement est un processus biologique que subit tout organisme dès le début de son existence, de sa naissance jusqu'à sa mort. Ce processus entraîne un « ensemble de modifications de la composition, de la structure et des fonctions des différentes cellules de l'être vivant »¹. L'adulte est considéré comme vieillissant entre soixante et soixante-cinq ans. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations de toute maladie.

Le vieillissement est un processus normal de « changements psycho-perceptivo-moteurs progressifs liés à l'âge »² dans la dernière partie de la vie et non « une usure du temps sur un individu »³. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de la vie. Les changements fonctionnels des différents systèmes de l'organisme induisent une réduction des capacités du sujet à s'adapter aux différentes situations. Ces modifications ne sont pas forcément synonymes de « déclin ». Effectivement, certains résistent au vieillissement, voir se montrent plus performants avec l'âge (on parle de vieillissement réussi) alors que d'autres déclinent voire subissent un processus pathologique.

Avec l'âge, le risque de pathologies augmente pour des raisons environnementales et biologiques.

Dans ce mémoire, nous nous attacherons à analyser le vieillissement sensoriel en particulier. Il est important de souligner que les changements fonctionnels des différents sens liés au vieillissement sont très variables d'un organe sensoriel à un autre.

¹ ROBERT P., 2013, p 2711

² ALBARET JM., AUBERT E., 2015, p 11

³ Ibid

2) Le vieillissement sensoriel

Le vieillissement sensoriel est en rapport avec la dégradation de l'organe sensoriel et de ses composants, mais également avec le ralentissement de la propagation et du traitement de l'information du système nerveux.

Tout au long de sa vie, l'Homme va construire, modifier, adapter progressivement sa relation au monde à travers ses différents sens. En effet, M. MERLEAU-PONTY disait que « le corps est le véhicule de l'être au monde et cela passe par les sens »⁴. Avec l'avancée dans l'âge, la diminution des capacités perceptivo-sensorielles est une des causes fréquentes des troubles fonctionnels chez la personne âgée. Ce vieillissement perceptivo-sensoriel peut provoquer chez la personne âgée un repli sur soi voire un isolement, des angoisses, des chutes (diminution de la sensibilité plantaire, proprioceptive, vestibulaire) et des troubles psycho-comportementaux.

On distingue différents sens en fonction des informations qu'ils nous apportent sur notre corps et sur l'environnement : les sens extéroceptifs, le sens proprioceptif, le sens intéroceptif (ou viscéral), le sens nociceptif. Nous précisons le vieillissement de chacun d'eux après les avoir définis.

a- Les sens extéroceptifs

Il s'agit de la sensibilité superficielle en relation avec le monde extérieur. Parmi les différents sens extéroceptifs, on distingue cinq sens. La vue et l'ouïe sont considérées comme des sens qui captent l'information à distance ; l'odorat est considéré comme le sens intermédiaire ; le goût et le toucher comme des sens de proximité.

- La vue

La vue est un sens très investi par l'être humain et évolue tout au long de la vie. L'organe sensoriel qui permet la vision est l'œil. En effet, la vision se définit par la fonction de l'œil à explorer, découvrir son environnement. Par nos yeux, nous voyons, percevons les lumières, les formes, les contrastes, les distances, la profondeur de notre environnement. Par la vue nous prenons contact à plus ou moins grande distance avec notre entourage physique et humain. Ce sens permet la communication, la relation à autrui.

⁴ MERLEAU PONTY M., 1996, p 97

Par le regard, un grand nombre de messages, d'intentions, d'émotions sont véhiculés et transmis à notre entourage.

Le vieillissement de la perception visuelle est un processus concernant tous les tissus et constituants de l'œil entravant la vue du sujet. La diminution de la perception visuelle affecte donc, chez le sujet âgé, la perception de son monde environnant. On distingue : la presbytie, la cataracte et la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA).

La presbytie est le vieillissement oculaire physiologique normal et se traduit par la perte de l'élasticité du cristallin vers quarante-cinq ans. La presbytie provoque la diminution du pouvoir accommodatif de l'œil entraînant une baisse de l'acuité visuelle en vision de près.

La cataracte correspond à l'opacification progressive du cristallin et se traduit par un flou visuel progressif.

La DMLA se caractérise par une baisse de l'acuité visuelle et un scotome central (perte du champ visuel au niveau central) jusqu'à la cécité.

La gêne provoquée par la lumière, la mauvaise appréciation des distances, la non reconnaissance des objets peuvent entraîner des troubles de l'équilibre, de la marche, des chutes, des angoisses et des troubles du comportement. La diminution voire la perte totale de ce sens peut entraîner un repli sur soi, un retrait social pouvant aboutir à une dépression car le sujet âgé ne peut plus entrer en contact visuellement avec son environnement.

- L'ouïe

P. d'ARFEUILLE, B. GODDERIDGE et O. QUENTIN définissent l'audition comme « un moyen de connaissance affective de l'extérieur »⁵ c'est-à-dire qu'à travers nos oreilles, nous recevons, percevons tous les sons et vibrations qui nous entourent que nous pouvons choisir d'ignorer ou d'intégrer pour en faire une représentation mentale.

S. HIERONIMUS, psychomotricienne, souligne que « la couleur d'un timbre, le volume d'une voix, la clarté d'une élocution, la poésie d'une prosodie ont une incidence plus ou moins consciente sur le degré d'enjeu de nouer une relation avec son 'propriétaire' »⁶. Effectivement, les sons et les vibrations produits par la voix véhiculent des mots, des intentions, des émotions que perçoit l'autre via les capteurs sensoriels de

⁵ ARFEUILLE (d') P., GODDERIDGE B., QUENTIN O., 2010, p 66

⁶ Issue de l'option « A corps voix », HIERONIMUS S., 2015

l'audition. Les différentes intensités du son entendu et/ou du son écouté vont induire un rapprochement ou un éloignement par rapport à la source sonore, par rapport à l'autre.

Les changements perceptivo-auditifs liés à l'âge rendent la communication de plus en plus difficile chez les sujets âgés. La presbycusie correspondant à une diminution de l'acuité auditive notamment au niveau des sons aigus, engendre une difficulté à percevoir, à localiser spatialement certains sons, certaines voix, dans un environnement baigné par de nombreux flux auditifs. Ainsi, ces personnes se retirent au fur et à mesure de cet espace relationnel créé par la voix et les bruits extérieurs pouvant devenir alors étrangers, agressifs, insécures. Elles finissent par s'enfermer dans leur « bulle », s'isolant ainsi de toute relation.

- **L'odorat**

L'odorat et le goût sont deux sens intimement liés. Ces deux sens réveillent en nous des souvenirs parfois très anciens.

L'odeur perçue par le système olfactif fait appel à notre vécu émotionnel, notre culture, voire à notre imaginaire. Chaque odeur est reliée à une représentation mentale d'une expérience vécue, d'une émotion, d'un affect. Cette représentation, cette émotion refait surface à la simple inhalation d'une certaine odeur, d'un certain parfum et provoque immédiatement une réaction de plaisir ou de déplaisir et sollicitera donc également l'organisation tonique du sujet.

Son déclin est plus significatif que pour le goût. Celui-ci est dû à la réduction du nombre de cellules sensibles et des neurotransmetteurs actifs dans l'olfaction. La diminution de la perception olfactive sera sensible à certains traitements médicamenteux.

- **Le goût**

Le sens gustatif est un sens qui se développe, s'élabore, s'affine activement selon deux registres d'éprouvés, le plaisir et le déplaisir, et autour de quatre saveurs telles que le sucré, le salé, l'acide et l'amer.

L'hypoguesie est la diminution de la perception et du discernement gustatifs. Celle-ci s'amplifie après soixante-dix ans. Tout comme l'odorat, le déclin sensoriel

s'amplifie avec l'augmentation de la prise de plusieurs médicaments. L'hydratation régulière de la personne âgée et l'hygiène bucco-dentaire sont nécessaires et importantes dans la conservation optimale de ce sens.

- **Le toucher**

La peau est le principal organe sensoriel de notre corps. Tout d'abord, elle s'étend sur toute la surface du corps. Le toucher est le dernier sens que l'on conserve jusqu'aux derniers instants de sa vie. Rappelons qu'une personne peut être privée de tous les autres sens (vue, audition, goût et odorat) mais ne peut vivre, se développer harmonieusement sans les différentes fonctions de la peau décrites par D. ANZIEU dans « Le Moi-Peau » en 1985. Les neuf fonctions peaucières sont :

- La fonction de maintenance
- La fonction de contenance
- La fonction de pare-excitation
- La fonction d'individuation du Soi
- La fonction d'inter-sensorialité
- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle
- La fonction de recharge libidinale
- La fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles
- La fonction de reconnaissance Soi/ non Soi

Notre peau est une interface entre l'intérieur et l'extérieur de notre corps. Elle est à la fois ce que qui nous sépare de l'autre et celle qui nous permet de rentrer en contact avec l'autre. La peau est le plus grand des organes sensoriels du corps humain. Celle-ci va permettre au sujet de sentir, percevoir toutes les informations tactiles qui va provenir du monde extérieur. D'ailleurs, le sens du toucher est le sens le plus fonctionnel à la naissance car il se développe vers la huitième semaine de grossesse. Toucher et être touché est un besoin primordial pour l'harmonie du développement psychocorporel de l'Homme depuis sa naissance. Selon P. d'ARFEUILLE, B. GODDERIDGE et O. QUENTIN, « le toucher permet de construire l'image d'un corps unifié, entier, solide [...]. Le toucher sensoriel [...] renforce la notion de contenance, de sécurité, et autorise détente et mieux être. Ce sens est souvent mobilisé de manière préférentielle dans la mesure où il est un support important de la communication non verbale »⁷. Cinq sensations sont distinguées dans le toucher dont le contact, la pression, la chaleur, le froid et la douleur.

⁷ ARFEUILLE (d') P., GODDERIDGE B., QUENTIN O., 2010, p 62

Avec le vieillissement biologique de ses cellules, la peau est de plus en plus fragile, fine et perd de son élasticité en devenant sèche. En somme, elle devient plus vulnérable et sensible à toute stimulation tactile directe ou indirecte. « Cette fragilisation se caractérise par diverses plaies telles que les escarres et les mycoses »⁸.

Cette diminution physique de la qualité de la peau est visible par tous et notamment par la personne elle-même. Ces changements d'apparence physique est une atteinte dans le narcissisme du sujet âgé et peuvent être vécus comme une agression dans son Moi intérieur notamment lorsque la personne présente des troubles psycho-comportementaux associés.

b- Le sens proprioceptif

La proprioception renseigne l'organisme sur la position et les mouvements du corps propre. Elle permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment corporel. Cette sensibilité proprioceptive donne au système nerveux, de façon inconsciente, les informations nécessaires à l'ajustement des contractions musculaires pour les mouvements, le maintien des postures et de l'équilibre en fonction de la situation.

La kinesthésie est une des modalités du sens proprioceptif. Elle permet de distinguer la position des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres, mais également le sens et l'amplitude des mouvements et ce, sans la nécessité de la vision.

La sensibilité vestibulaire fait également partie d'une des modalités de la proprioception. Elle renseigne l'organisme sur la position et les mouvements du crâne. Ses récepteurs sont situés au niveau de l'oreille interne. Ses récepteurs assurent l'équilibre du corps et sa position dans l'espace. Ils permettent aussi la stabilisation du regard par rapport à l'espace.

Le vieillissement de la proprioception est « un domaine mal connu car difficile à isoler expérimentalement dans le cadre de dysfonctionnements de la marche et/ou de l'équilibre liés à l'âge »⁹. Cependant, il y a tout de même une diminution du nombre de récepteurs ligamentaires, capsulaires, neuro-tendineux et des fuseaux musculaires qui participe ainsi à une discrimination proprioceptive moins performante avec l'avancée dans l'âge.

La réduction des récepteurs vestibulaires entraîne également des modifications de la posture et une réduction des capacités d'équilibration.

⁸ Issue du cours de gériatrie, LEFEVRE C., 2016

⁹ ALBARET JM., AUBERT E., 2015, p 18

c- Le sens intéroceptif (ou viscéral)

La sensation intéroceptive renseigne l'organisme sur les variations viscérales et les changements physico-chimiques. Cette sensation relève de l'inconscient et concerne les systèmes cardio-vasculaire, respiratoire, digestif et endocrinien. Ces différents systèmes sont responsables du maintien de l'homéostasie du corps.

Ainsi, avec le vieillissement de l'ensemble de l'organisme et avec l'apparition de différentes pathologies cardio-vasculaires, on assiste à un dérèglement, à un ralentissement général de toute la mécanique viscérale. Ceci peut avoir une répercussion sur les comportements et les états émotionnels de la personne âgée.

d- Le sens nociceptif

Cette sensibilité nous renseigne sur « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme évoquant une telle lésion »¹⁰. La douleur est une donnée véritablement subjective.

Avec le vieillissement global de la personne âgée, cette dernière sera plus sensible à la moindre agression extérieure, au moindre dérèglement corporel interne. Ainsi, la personne âgée sera plus sujette à ressentir cette douleur qui pourra devenir chronique dans certains cas. Quelle que soit la douleur, elle aura un impact sur la qualité de la vie quotidienne (autonomie) et de la vie relationnelle. La douleur peut devenir un réel handicap.

II- La schizophrénie

Afin d'apporter des éléments théoriques sur la pathologie de nos cas cliniques (Madame F. et Madame M.), nous nous intéresserons, dans cette seconde partie, plus particulièrement à la schizophrénie. Cependant, il convient préalablement de faire un rappel sur la psychose en général.

¹⁰ LE BARS D., WILLER JC., 2008, p 1

1) Rappel sur les psychoses

Le terme « psychose » désigne « des états psychiques caractérisés par une altération profonde de la conscience du sujet (troubles graves de l'identité) et de son rapport avec la réalité »¹¹. Des troubles de la relation intersubjective, des perturbations spécifiques de l'activité mentale, en particulier le délire et les hallucinations sont également présents dans ces pathologies psychiatriques. Selon la classification européenne, sont distingués deux types de psychoses : les psychoses aiguës et les psychoses chroniques.

a- Les psychoses aiguës

Les psychoses aiguës sont caractérisées par une apparition brutale et une résolution plus ou moins rapide en moins de six mois, avec retour à l'organisation psychique antérieure présumée non psychotique. Ainsi, des facteurs psycho-génétiques (émotions, traumatisme psychique) ou organiques (toxiques, infections, etc.) pourront occasionner le déclenchement d'une Bouffée Délirante Aiguë (BDA), d'une confusion mentale, d'un état maniaque délirant ou d'une mélancolie délirante.

- La Bouffée Délirante Aiguë

La BDA est un trouble psychotique bref caractérisé par la présence non-expliquée d'un trouble de l'humeur associé à un délire aigu aux mécanismes multiples, des hallucinations, un discours désorganisé, un comportement agité ou catatonique. Les symptômes durent au moins un jour et au plus un mois. Cependant, dans le cas d'un symptôme dissociatif durant plus de six mois, le diagnostic de schizophrénie doit être envisagé.

- La confusion mentale

La confusion mentale correspond à un trouble des fonctions supérieures sans déficit majeur et prédominant d'une fonction corticale supérieure entraînant une altération de la conscience. Il s'agit le plus souvent d'un état aigu et réversible.

¹¹ BESANCON G., 1993, p 161

- **L'état maniaque délirant**

L'état maniaque est caractérisé par une modification de l'humeur et la survenue de certains symptômes tels que l'excitation, l'exaltation, l'euphorie, une activité sans repos et sans fatigue, une désinhibition et une accélération de la pensée.

- **La mélancolie délirante**

Elle correspond à un épisode dépressif (altération de l'humeur, aboulie*, anorexie*, insomnie) qui se fonde sur des pensées délirantes (par exemple, « je veux qu'on rétablisse la peine de mort pour moi. ») avec une véritable douleur morale (auto-dépréciation, auto-accusation, auto-punition).

b- Les psychoses chroniques

On parle de psychose chronique pour caractériser celles dont les symptômes psychotiques durent plus de six mois. Elle présente une chronicité qui répond à une structuration psychotique de la personnalité. Les troubles de l'identité renvoient à « des failles importantes dans les étapes précoces du développement psycho-affectif »¹² du sujet. Il existe deux types de psychoses chroniques en fonction de l'absence ou de la présence d'un syndrome dissociatif : la paranoïa et la schizophrénie.

- **La paranoïa**

La paranoïa fait partie des psychoses chroniques non-dissociatives. Elle est caractérisée par un délire systématisé (sa cohérence interne obéit à une pseudo-logique) sans affaiblissement des capacités intellectuelles. « La paranoïa est à la fois un caractère et un délire. »¹³ Le délire paranoïaque n'admet qu'un seul thème, la persécution et est bien structuré. « La personnalité paranoïaque est caractérisée par une hypertrophie du moi, la méfiance, la fausseté du jugement et l'inadaptation sociale. »¹⁴

- **La schizophrénie**

La schizophrénie est une psychose chronique dissociative.

¹² BESANCON G., 1993, p 162

¹³ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p 132

¹⁴ Ibid

2) La définition de la schizophrénie

Le terme de « schizophrénie » a été introduit par le psychiatre E. BLEULER, en 1911. Etymologiquement, ce mot vient des termes grecs *Schizen* signifiant « fendre » et *Phren* qui correspond à la pensée, à l'esprit. Ainsi, la formation du mot « schizophrénie » met en exergue un élément caractéristique de la schizophrénie : la dissociation de la personnalité. A travers ce mot, E. BLEULER souhaite mettre en évidence la rupture du fonctionnement psychique interne du sujet.

La prévalence de la schizophrénie est de 1% quels que soient la culture et le niveau social, avec une prédominance masculine. Cette pathologie psychiatrique débute chez l'adolescent ou le jeune adulte avant trente ans. Cependant, des formes précoces et plus tardives existent également.

3) Le diagnostic

Le diagnostic de cette maladie est souvent difficile car il repose principalement sur les signes cliniques.

Les symptômes de la schizophrénie sont catégorisés en deux groupes :

- Les symptômes négatifs (ou résiduels)

Ils sont également appelés symptômes déficitaires. Ceux-ci se caractérisent par la diminution voire la disparition de certaines fonctions normales. Parmi eux, se retrouvent l'émoussement affectif (visage amimique*, réduction de la gestuelle et du contact oculaire), l'alogie (pauvreté du langage, réponses brèves, diminution de la fluence verbale), l'avolition (incapacité à initier et à maintenir des activités à but constructif).

- Les symptômes positifs (ou productifs)

Ils correspondent à la production de phénomènes inexistant chez l'individu normal ou à la distorsion de certaines fonctions. Parmi les symptômes positifs, on retrouve les délires, les hallucinations, les discours désorganisés et les comportements « bizarres ».

Selon le DSM-IV¹⁵, la schizophrénie peut être diagnostiquée si :

- Les signes négatifs ou positifs persistent au moins pendant un mois (ou six mois selon les signes).
- Ces symptômes sont associés à des perturbations fonctionnelles, sociales ou occupationnelles importantes.

On doit également procéder à des diagnostics différentiels en s'assurant que ces perturbations ne sont pas liées à un état dépressif, à un traitement médicamenteux, à la prise de substances, à une lésion organique ou à des troubles du développement.

4) L'étiologie

Les causes de survenue de ces états schizophréniques sont plurifactorielles, à la fois génétiques mais également environnementales.

Tout d'abord, il n'y a pas de critère génétique qui permette de diagnostiquer un patient schizophrène. Cependant, la génétique semble intervenir dans la mesure où la prévalence de la maladie passe à 6% dans le cas où les deux parents sont schizophrènes à défaut de 1% si les parents ne le sont pas. De nos jours, le mode d'apparition et de transmission, ainsi que la localisation des gènes responsables ne sont pas connus.

Certains facteurs environnementaux peuvent favoriser l'apparition de cette pathologie mentale tels qu'un niveau socio-économique bas, une activité pauvre et un statut familial compliqué. Un environnement complexe, insécure, instable pendant la période de la petite enfance peut également être responsable de l'apparition de la schizophrénie. En effet, la survenue de divers événements est susceptible de provoquer un stress maternel et fœtal pendant la période de la petite enfance. Rappelons que les développements fœtal et infantile sont des périodes critiques dans l'apparition de la schizophrénie car elle débute à l'adolescence et avant trente ans.

De plus, des interactions précoces fragiles, non adaptées entre la mère (par la « mère » nous entendrons « tout adulte jouant le rôle maternel ») et son enfant pourraient également intervenir dans le développement de cette maladie. Dans « De la Pédiatrie à la Psychanalyse », D.W. WINNICOT s'est beaucoup intéressé aux interactions précoces et

¹⁵ Abréviation de l'anglais « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) : ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie décrivant et classifiant les troubles mentaux. Le DSM-IV est la 4^{ème} édition publiée en 1994.

précise que les processus psychiques débutants sont d'une importance vitale et se font par étapes, et que ces processus se mettent en place à partir du vécu corporel. Ainsi, nous pouvons penser qu'un manque d'interactions ou des interactions inadaptées entre la mère et son enfant pourraient entraîner une désorganisation dans la construction du psychisme et du moi corporel de l'enfant et un défaut d'adaptation relationnelle par rapport à son environnement physique et humain.

5) Les principales formes de schizophrénie

La CIM-10¹⁶ et le DSM-IV définissent cinq catégories de schizophrénie en commun que nous définirons dans cette partie.

a- La schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde est la forme la plus fréquente. Elle apparaît plus tardivement que les autres formes. Le sujet a souvent une activité professionnelle. La schizophrénie paranoïde se caractérise par la prépondérance du délire et de la discordance (cf. Madame M.). Ce type de schizophrénie évolue souvent vers une forme indifférenciée ou résiduelle. Une fois stabilisée, cette forme est compatible avec une vie professionnelle aménagée.

b- La schizophrénie hétéroforme

La schizophrénie hétéroforme, déficitaire, apparaît de façon insidieuse et précoce (à l'adolescence). Elle se caractérise par la présence au premier plan de la discordance et le repli autistique (cf. Madame F.). La pensée est désorganisée, le discours est incohérent. Le plus souvent elle est associée à un état catatonique. Les idées délirantes et les hallucinations sont pauvres. L'évolution de cette forme de schizophrénie va vers une chronicisation des symptômes, sans rémission. Le patient se replie sur lui jusqu'à l'isolement social.

¹⁶ CIM : Classification Internationale des Maladies reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

c- La schizophrénie catatonique

Cette forme de schizophrénie s'illustre par des signes cliniques de catatonie à savoir, du négativisme (tendance à s'opposer à des stimulations venant du monde extérieur : mutisme* par exemple), des stéréotypies gestuelles, des postures catatoniques* pouvant être maintenues pendant un temps relativement long et prolongé.

d- La schizophrénie indifférenciée

Elle se diagnostique par la présence d'un état psychotique correspondant à la symptomatologie générale de la schizophrénie mais ne faisant pas référence à une forme en particulier. La schizophrénie indifférenciée est également appelée la schizophrénie atypique. Ce diagnostic demeure très fréquent.

e- La schizophrénie résiduelle

On parle de schizophrénie résiduelle après rémission partielle de la symptomatologie schizophrénique. Elle se caractérise par la persistance des symptômes négatifs, une hypoactivité, un discours pauvre et un contact social réduit. Cet état résiduel peut être stable ou transitoire. Dans ce dernier cas, il évolue vers une rémission plus nette ou une rechute.

6) La sémiologie

« Le sujet schizophrène est discordant, délirant et autistique »¹⁷ et... angoissé !

La symptomatologie de la schizophrénie est très polymorphe selon les types de schizophrénie et les individus. Cependant, nous retrouvons en général les trois caractéristiques suivantes : la discordance, les délires et hallucinations, un comportement autistique.

¹⁷ ANDRE P., BNANAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p 127

a- La discordance ou la désorganisation de la pensée et de l'action

La discordance est définie comme le critère principal du tableau clinique de cette pathologie mentale. Au début, E. BLEULER parlait de « dissociation ou dislocation de la pensée » pour caractériser le défaut de cohésion et d'unité de la vie mentale. Puis, en 1912, le terme « dissociation » a été remplacé par « discordance ». La discordance exprime un manque d'accord, de cohésion de la vie corporelle, mentale, psychique du sujet, entre le discours et la pensée.

La discordance se retrouve à plusieurs niveaux :

- **dans l'action**, c'est-à-dire que le corps va s'engager de façon discordante dans l'action, dans la relation à l'autre. Maniérisme et théâtralisme vont caractériser ces patients. Le mouvement manquera de coordination, de précision, d'organisation spatiale, de régulation au niveau de l'amplitude et sera dépourvu d'affect.
- **au niveau intellectuel** avec des troubles de l'attention, des troubles du cours de la pensée caractérisés par des arrêts soudains du débit de parole. Effectivement, il n'est pas rare que le débit du discours ralentisse et que le sujet paraisse absent. On parle de « *fading mental* »*.
- **au niveau affectif**, c'est-à-dire qu'on retrouvera une véritable dissociation expressive entre l'affect et la manifestation corporelle, des comportements inadaptés tels que des rires ou des pleurs immotivés, des sourires discordants.
- **au niveau de la présentation** c'est-à-dire que le défaut constant d'adaptation du corps à la réalité va donner une physionomie très particulière au schizophrène. La discordance dans la présentation donne une impression de bizarrerie lors du contact et dans la relation avec l'autre.

b- Les délires et les hallucinations

- Le délire

Selon le DSM-IV, le délire est une perturbation majeure du contenu de la pensée.

Le délire se caractérise par une perte de contact avec la réalité. Le délire est « une croyance absolue et inébranlable, que le sujet ne partage pas avec autrui, dans la réalité de contenus de pensées imaginaires »¹⁸.

Les mécanismes délirants sont multiples tels que le délire imaginatif, interprétatif mais surtout hallucinatoire (hallucinations auditives, cénesthésiques, psychiques avec sensation d'intrusion de la pensée [automatisme mental]*).

Chez les schizophrènes, le mode d'organisation du délire est non systématisé, c'est-à-dire que les thèmes du délire changent et sont polymorphes. Il n'y a pas de sens logique, le délire devient incohérent, non plausible et non communicable. On parle de délire paranoïde.

Ainsi, parmi les différents thèmes retrouvés dans le délire paranoïde, il y a des délires de persécution, des idées mystiques, des délires de transformations corporelles et de mégalomanie.

D'un point de vue psychanalytique, ces délires peuvent être analysés comme un véritable moyen de défense chez le sujet schizophrène. Cette perte de contact avec la réalité semble être en réalité une « tentative désespérée de réunifier corps et psychisme du malade au moment où le patient est menacé de désintégration »¹⁹. Le délire devient alors la propre réalité du patient schizophrène. Il devient son monde.

- L'hallucination

L'hallucination correspond à une perception sans objet que le cerveau interprète comme réelle. Elle se caractérise par des exagérations des perceptions qui peuvent concerner tous les modes sensoriels. Les hallucinations auditives sont le plus souvent retrouvées. Les sujets entendent des voix qui s'adressent directement à eux.

Ainsi, la perception que le sujet a du monde environnant est erronée par l'expression de ses délires et de ses hallucinations. Le sujet schizophrène ne peut plus se fier à ses perceptions sensorielles. Ceci va entraîner des troubles au niveau de la

¹⁸ GEORGIEFF N., 2004, p 16

¹⁹ ANDRE P., BEANAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p 128

conscience de soi puisque les sensations et leur intégration seront constamment en décalage avec les expériences vécues.

c- Les troubles de la relation avec la réalité et avec l'autre

Dans la schizophrénie, les troubles de la relation avec la réalité et avec autrui sont souvent définis par l'expression « autisme schizophrénique » correspondant à l'altération du contact ou de la relation avec la réalité (physique et humaine).

Cette troisième caractéristique clinique du schizophrène découle en majeure partie du vécu discordant, des délires, des hallucinations et des difficultés à se reconnaître soi. En effet, tout ceci provoque un enfermement du patient dans une indifférence par rapport au monde environnant, par rapport à la relation à l'autre et ainsi fait émerger une attitude autistique. Ce repli sur son soi intérieur peut être également analysé comme un mécanisme de défense face à une éventuelle menace d'intrusion. A l'extrême, cette tentative de défense peut entraîner une rupture, une désocialisation.

Il semblerait également que cette difficulté de contact avec la réalité, avec les autres soit renforcée par un défaut de représentation des états mentaux, des émotions d'autrui. Ainsi, la compréhension et la communication avec un autre se retrouvent altérées par cette incapacité d'empathie nécessaire à la relation.

d- L'angoisse

L'angoisse est également un des troubles qui prédomine dans la schizophrénie. Elle est présente lorsque le sujet perd le sentiment de la réalité du monde environnant (déréalisation*) ou de sa propre personne, son identité, son existence, son intégrité somatique et corporelle (dépersonnalisation*). En effet, si la personne se rend compte qu'elle ne perçoit pas les choses comme les autres, ou que les sensations changent sans qu'elle ne bouge (discordance de l'action), elle ressentira probablement une angoisse qui pourra fortement la déstabiliser. Une stimulation sensorielle serait intéressante dans le but d'unifier ce corps, le faire exister dans sa globalité durant l'instant présent à un moment donné.

7) Les traitements médicamenteux

Jusqu'en 1952, il n'existait pas de traitement médicamenteux pour les patients schizophrènes. La découverte de neuroleptiques par J. DELAY et P. DENIKER en France a été une grande avancée dans le domaine de la psychiatrie.

Le traitement de la schizophrénie associe la chimiothérapie (les médicaments) et la psychothérapie. Les deux versants thérapeutiques sont nécessaires dans la prise en soin de ces patients. C'est un traitement long et régulier qui doit être mis en place pour ces sujets, le plus tôt possible.

La chimiothérapie est principalement prescrite sur la base de neuroleptiques et plus précisément d'antipsychotiques de seconde génération. Ceux-ci ont une action sur les idées délirantes et les hallucinations en diminuant l'activité mentale et l'agitation psychomotrice. Ils traitent donc les aspects négatifs et productifs de la maladie. Le traitement médicamenteux est à prendre en considération dans l'observation du patient car il existe des effets secondaires (tremblements, insomnie, céphalées, constipations, hyper salivation, fatigue, état confusionnel...) comme toute substance médicamenteuse.

La psychothérapie est intimement liée à la chimiothérapie dans la prise en charge de cette pathologie psychiatrique. Des entretiens réguliers avec le psychiatre sont menés et visent à réduire les troubles liés à la pathologie mentale, à améliorer la vie relationnelle et à préserver l'autonomie du sujet.

L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire est essentiel pour le bien-être des patients schizophrènes. Les soins infirmiers, un suivi social, éducatif, des séances de psychomotricité sont importants dans la stimulation psychomotrice, affective, cognitive de ces sujets.

8) L'évolution de la maladie

L'évolution de la maladie demeure très variable d'un sujet à un autre. Différents éléments favorables à une évolution positive de la maladie sont répertoriés : être du sexe féminin, une prise rapide d'un traitement adapté, une prise en charge pluridisciplinaire, une apparition tardive de la maladie et un environnement psycho-social adapté.

- 50% des patients ont une évolution fluctuante faite d'améliorations suivies de rechutes fréquentes.
- 25% des patients schizophrènes ont un pronostic défavorable et évoluent vers une dépendance permanente.
- 25% des sujets se stabilisent avec tout de même une vie sociale et affective limitées.

La mortalité est multipliée par trente dans cette population. En effet, le risque de suicide est plus important chez ces patients que dans la population générale. On compte au moins 40% des schizophrènes qui font des tentatives de suicides et 10% qui se suicident.

9) Schizophrénie et vieillissement

« L'impact de l'allongement de l'espérance de vie, qui s'accompagne d'un accroissement du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux, fait de la prise en charge des troubles psychopathologiques du sujet âgé un enjeu majeur de l'organisation de l'offre de soin. »²⁰ Il faut savoir que les particularités cliniques du vieillissement de la schizophrénie sont encore peu connues. Ceci peut être dû notamment au fait qu'on observe « un risque de mortalité prématuré (avant l'âge de soixante-cinq ans) deux à trois fois supérieur à celui constaté en population générale. »²¹

Dans l'établissement dans lequel j'ai effectué mes observations, sur un total de quatre-vingt-seize résidents, on compte vingt-huit personnes de plus de soixante-dix-sept ans dont dix-huit issues du secteur psychiatrique et dix issues de la précarité.

Avec l'avancée dans l'âge, la personne schizophrène a un parcours de vie marqué par la chronicité de sa pathologie avec une prise sur un long terme de neuroleptiques. Celui-ci est également rythmé par des hospitalisations fréquentes, voire par un mode de vie institutionnel. Il est important de souligner qu'à défaut de connaître l'effet du vieillissement sur cette pathologie psychiatrique, un pronostic favorable dépend de l'adhésion aux différents soins et des démarches thérapeutiques mises en place.

²⁰ LIMOSIN F. 2012, p 275

²¹ Ibid , p 275

La symptomatologie positive de la schizophrénie (hallucination, délire...), parfois intense, diminue avec le temps. « La tendance générale est au tassement ou à l'extinction des symptômes positifs »²².

A contrario, les signes cliniques dits négatifs (repli sur soi, mutisme, apathie*, apragmatisme*, aboulie, anhédonie*, incurie*...) sont nombreux et s'aggravent lors du vieillissement.

Nous pouvons nous demander quelle serait la problématique sensorielle chez la personne schizophrène vieillissante ?

Les sens ne fonctionnent pas isolément. Ensemble, ils travaillent pour constituer une image unifiée, unique de qui nous sommes sur les plans physique, psychologique, émotionnel et sur le plan de la représentation. Pour la plus part d'entre nous, cette intégration se fait de façon automatique et inconsciente. Pour certains et pour les personnes schizophrènes, ce processus est peu efficace et exige d'avantage d'efforts et d'attention. C'est le cas chez la personne schizophrène vieillissante. Effectivement, en plus de l'altération profonde de la conscience du sujet, de la discordance psychomotrice, des perturbations de l'activité mentale (délires, hallucinations), se surajoutent les modifications psycho-perceptivo-moteurs liées à l'âge, au vieillissement normal de l'individu.

La personne âgée schizophrène aura donc des difficultés pour intégrer les différentes informations sensorielles pour ainsi construire, élaborer une image stable, unifiée de son identité mais également de son environnement dans lequel elle évolue. Un défaut d'intégration sensorielle va également toucher les sphères sociale, professionnelle, familiale, à savoir les capacités relationnelles de l'individu. Ainsi, cette intégration nécessitera un étayage de la part du thérapeute sur tous les plans (tonique, sensoriel, affectif, et représentatif) selon le déroulement de l'étayage psychomoteur de S. ROBERT-OUVRAY.

²² CHARAZAC P., 2011, p 235

III- A la recherche d'une unité psychocorporelle à travers la sensorialité

Les deux premières parties de ce mémoire nous ont permis d'appréhender de façon théorique le vieillissement sensoriel et la schizophrénie sous différents aspects.

Nous aborderons maintenant la pathologie sous l'angle de la constitution de l'unité psychocorporelle qui dépendrait de l'équilibre entre le développement psychomoteur et le développement psycho-affectif de la personne.

1) Enveloppes et schizophrénie

Préalablement, il convient de rappeler succinctement comment se construit l'unité psychomotrice chez l'enfant, pour ensuite s'intéresser au développement de celle-ci chez le sujet adulte schizophrène.

a- La construction de l'unité psychomotrice chez l'enfant

A la naissance, le vécu du nourrisson est morcelé. Les diverses sensations ne sont pas reliées entre elles. Les différentes expériences corporelles soutenues et mises en sens par l'environnement maternel permettent progressivement à l'enfant de les associer et d'accéder ainsi à une unité corporelle, support de l'individuation. La recherche active de contact, d'être porté et contenu par l'environnement, étaye l'émergence du sentiment d'enveloppe contenant et sécurisante pour l'enfant.

Au début de sa vie, le nouveau-né va entrer en relation avec son environnement principalement par ses différents sens. Il établit une réelle interaction avec les différents partenaires de son entourage et se nourrit activement de celle-ci pour construire peu à peu son identité, sa capacité d'être au monde.

Ce sentiment d'enveloppe contenant qui maintient, va s'élaborer dès la naissance au travers notamment des contacts tactiles lors des premiers soins maternels (DW. WINNICOTT parle de *Handling** maternel) et du portage de l'enfant aussi bien physique (portage dans les bras) mais également psychique (DW. WINNICOTT parle de *Holding** maternel). Les fonctions de maintenance et de contenance sont intimement liées entre-elles.

La **fonction de maintenance du psychisme** se développe par l'intériorisation du *Holding*. L'enfant est d'abord porté, soutenu physiquement et psychiquement par sa mère. Puis, l'enfant va investir son corps aux travers de ses différentes expériences psychocorporelles pour enfin se porter lui-même.

La **fonction de contenance** se développe par l'intériorisation de *Handling*. Elle s'organise autour des différents soins maternels apportés par la mère. Des limites corporelles se dessinent alors entre le dedans (qui contient les pulsions) et le dehors (comme une barrière plus ou moins perméable en fonction des flux sensoriels).

L. VAIVRE-DOURET qualifie la peau d'organe vital qui constitue une membrane souple et résistante, une « enveloppe de revêtement de l'organisme »²³ entre l'intérieur et l'extérieur. Ainsi, les stimulations précoces et le contact peau à peau auront un impact sur le développement sensori-moteur et relationnel de l'enfant avec autrui. La **fonction de pare-excitation** de la peau se met en place au fur et à mesure du développement de l'enfant. Dans un premier temps, c'est la mère qui joue cette fonction en protégeant son bébé des stimulations extérieures trop fortes en les atténuant ou en les filtrant.

Au fur et à mesure de son développement, le bébé devient capable d'appréhender son environnement de manière transmodale, c'est-à-dire à travers la mise en relation et la fusion de ses différents sens. La **fonction d'inter sensorialité** de la peau permet de relier entre-elles les diverses sensations en faisant fonctionner les sens ensemble. Cette fonction permettrait, au départ, de constituer une expérience unifiée du monde et de sa relation à l'autre. Effectivement, les interactions se font à travers les variations des signaux sensoriels du milieu, les différents flux sensoriels et les états toniques qui leur sont associés. J. de AJURIAGUERRA parle de dialogue tonico-émotionnel pour évoquer ce moyen d'échanges privilégiés entre les deux partenaires de la relation. La mère donne du sens et ajuste ses réponses en fonction des états toniques de son bébé et inversement, le bébé va agir sur son environnement en s'ajustant aux états toniques de sa mère.

Le bain sensoriel dans lequel est plongé l'enfant durant tout son développement participerait donc à la formation d'une première enveloppe unifiée, contenant et relationnelle. C'est ainsi que la sensorialité peut être considérée comme le terreau d'un bon développement psychocorporel et le socle de la construction de l'identité. Tout ceci est possible dans une dynamique environnementale et relationnelle contenant, bienveillance et sécuritaire.

²³ VAIVRE-DOURET L. 2003, p 105

b- L'adulte schizophrène : des enveloppes défaillantes

Chez le sujet schizophrène, les fonctions du Moi-Peau déjà citées précédemment sont altérées. Le sentiment d'unité corporelle, de continuité d'existence est quasi inexistant. Des stratégies pour compenser ce défaut d'enveloppes, de contenance peuvent être mises en place par le sujet afin de se sentir à la fois contenant et contenu. Les fonctions du Moi-Peau qui sont particulièrement fragilisées dans les psychoses sont :

- Les **fonctions de contenance et de maintenance** sont altérées. Cette altération semble faire émerger chez la personne schizophrène une double angoisse : à la fois une angoisse d'être cloîtré, prisonnier de ce corps mais également une angoisse de se perdre dans cet espace (psychique et physique) sans limite, sans continuité. Pour se défendre de ces angoisses, le sujet peut accentuer ses odeurs corporelles afin de créer une sorte de barrière corporelle, une seconde enveloppe.
- La **fonction de pare-excitation** de la peau est également fragilisée. Le sujet schizophrène ne peut s'approprier cette capacité protectrice, filtrante.
- La carence de la **fonction d'inter sensorialité** de la peau peut entraîner chez le sujet schizophrène des angoisses de morcellement du corps. Chaque partie du corps sera perçue, ressentie et vécue séparément.

Toutes ces failles au niveau des enveloppes corporelles peuvent entraîner un sentiment de perte de l'intégrité corporelle chez le patient schizophrène.

De plus, le vieillissement normal de la peau entraîne une augmentation de sa fragilité. Elle devient plus fine et donc plus sensible aux différentes stimulations de l'environnement. Ainsi, les différentes fonctions du Moi-peau seront d'autant plus altérées et défaillantes avec l'avancée dans l'âge du patient schizophrène.

La contenance du cadre (espace et temps) lors des séances de psychomotricité, la relation avec le psychomotricien ainsi que les différentes expériences proposées tentent de permettre au sujet de réinvestir progressivement ce corps, de l'habiter tant au niveau affectif, émotionnel (avec la possible survenue d'émotions) mais également physiquement en le mettant en mouvement, en allant vers quelque chose et vers quelqu'un. Ceci participe à l'établissement de limites corporelles entre le dedans et le dehors, entre Moi et l'Autre.

2) Des enveloppes sensorielles en *Snoezelen*

Les sources manuscrites disponibles concernant l'approche *Snoezelen* étant peu nombreuses, nous nous baserons essentiellement sur les ouvrages de L. BERBIGIER ESCHAUZIER « *Snoezelen*, la maladie d'Alzheimer et la communication dynamique non directive » de 2013 et de P. d'ARFEUILLE, B. GODDERIDGE, O. QUENTIN « *Snoezelen* : un monde de sens » de 2010.

a- L'histoire du concept *Snoezelen*

Tout d'abord, définissons le terme *Snoezelen*. Ce néologisme est la contraction de deux verbes hollandais *Snuffelen* signifiant « sentir », « flairer » ou « humer » et *Doezelen* qui correspond aux termes français « estomper », « adoucir ». Cette abréviation amène donc l'idée de calme, de détente au travers de la stimulation des différents sens. Il y a ainsi une double dynamique à travers ce concept qui est celle de la détente et de l'activité. Lors des séances en *Snoezelen*, le sujet va à la fois « agir sur son environnement » (pôle actif) mais également « l'environnement aura des effets sur la personne »²⁴ (pôle passif).

Dans les années 70, en Hollande, le concept *Snoezelen* a vu le jour grâce à deux professionnels, A. VERHEUL et J. HULSEGGE, dans la prise en soin des personnes polyhandicapées. A cette époque, compte tenu de la dépendance et de la dimension végétative de la personne polyhandicapée, très peu de médiations psychocorporelles leur étaient proposées pour les stimuler dans leur milieu de vie. Après deux années d'essais pratiques sur le terrain clinique, *Snoezelen* s'est imposé dans différents domaines. Les premières implantations françaises de ce concept dans les institutions pour les personnes polyhandicapées datent de 1986. Depuis, de nombreux espaces *Snoezelen* ont été créés. En effet, cette approche se développe de plus en plus dans tous les milieux de soins (hospitaliers, institutionnels) et s'étend aux domaines de l'autisme, de la psychiatrie, de la démence, de la gériatrie (en maison de retraite et en psycho-gérontologie) et du soin palliatif. Certaines crèches et écoles commencent également à créer des espaces *Snoezelen*. Le *Snoezelen* est donc une approche intéressante pour tout type de population et de tout âge.

²⁴ Issue de l'option gériatrie, BASSO G., 2016

b- La démarche et les objectifs de cette approche

Snoezelen est avant tout un état d'esprit, une philosophie. Ce n'est pas une méthode stricte dans laquelle il y a une obligation de résultats, de performance. Cependant la formation du thérapeute ou du soignant à ce concept est indispensable pour l'utiliser à bon escient.

C'est un outil, une manière d'accompagner la personne handicapée ou malade dans un bain de stimulations multi-sensorielles, dans une ambiance calme, de détente, de sécurité et dans un lieu prévu exclusivement à cet effet.

Tout d'abord, comme toute médiation, *Snoezelen* n'est pas une pratique stéréotypée. L'objectif est d'aller chercher le patient là où il se trouve au moment précis de la séance. La personne va se saisir des différents objets et supports mis à sa disposition à sa manière, en fonction de son histoire personnelle et de ses ressentis psychocorporels du moment.

Dans cette salle, sont utilisés différents outils de médiation : miroirs, fibres optiques, projecteur Solar, musique, matelas à eau chauffant, tapis, colonne à bulles, coussins, poufs, panneaux tactiles, balles de différentes textures, draps et diffuseur d'huiles essentielles²⁵.

Les objectifs de cette médiation seraient de :

- Favoriser la détente corporelle et la relaxation
- Multiplier les expériences sensori-motrices, spatiales, corporelles, proprioceptives
- Proposer un espace calme, détendu où le sentiment de confiance à l'Autre règne
- Diminuer les angoisses, les troubles du comportement et l'agressivité
- Entrer en relation avec l'autre et son environnement
- Faire re-naître le désir d'être, d'être avec et non plus d'être à côté simplement

A travers sa voix (sa tonalité, son intensité, sa mélodie), son regard (bienveillant, soutenant, attentif), son toucher (enveloppant, sécurisant, dynamisant), son écoute (empathie, dialogue tonico-émotionnel), le psychomotricien va créer un environnement sécurisant dans la répétition des expériences sensori-motrices.

²⁵ Cf. Annexe n° 1

c- L'intérêt de la médiation *Snoezelen* chez la personne âgée schizophrène

Rappelons que par notre corps nous sommes présents au monde, nous pouvons agir, interagir avec l'environnement. Cette présence passe par nos sens qui nous font sentir, ressentir les différentes parties de notre corps, en les faisant exister à notre conscience pour nous faire devenir sujet, un être en relation avec le monde extérieur.

Comme nous l'avons vu précédemment, le sujet schizophrène vit des perturbations dans ses expériences et ressentis psychocorporels liées entre autre à une défaillance au niveau des enveloppes psychocorporelles. Les sensations en provenance du corps ont du mal à être accueillies, organisées, intégrées pour ensuite être représentées mentalement. Le corps est vécu comme un corps empreint de délires, de comportements dissociatifs, étranges : un corps isolé et morcelé. Dans le délire, ce sont des images venant du monde interne du patient qui sont projetées en-dehors ; en *Snoezelen*, l'univers propose des images extérieures que le patient peut s'approprier (comme un attracteur externe) qui capte et focalise l'attention de la personne psychotique.

« L'accompagnement en *Snoezelen* s'articule autour de propositions sur les éprouvés corporels en permettant de restituer dans le présent la conscience de la sensation. »²⁶

Cette médiation va également permettre à la personne âgée schizophrène de favoriser la relation à l'autre dans un cadre sécurisant, ainsi que la détente aussi bien physique que psychique, de découvrir de nouvelles sensations. Au travers *Snoezelen*, nous pourrons « restaurer et renforcer la notion de territoire psychocorporel par un vécu immédiat en stimulant le champ perceptivo-sensori-moteur »²⁷. De plus, cela peut permettre d'atténuer certains comportements tels que l'auto et l'hétéro-agressivité, l'angoisse et la déambulation. En effet, « toute information sensorielle influe sur notre état tensionnel et nos émotions avec des conséquences sur nos conduites et nos comportements »²⁸.

²⁶ ARFEUILLE (d') P., GODDERIDGE B., QUENTIN O., 2010, p 100

²⁷ BERBIGIER ESCHAUZIER L., 2012, p 46

²⁸ ARFEUILLE (d') P., GODDERIDGE B., QUENTIN O., 2010, p 13

PARTIE CLINIQUE

I- Présentation de l'institution

1) Le lieu

Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est une résidence collective médicalisée destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes. Ces établissements fournissent des services tels que les soins et les repas. L'EHPAD dans lequel j'ai effectué mes observations est une structure intégrée au pôle médico-social de l'hôpital auquel il est rattaché. Les résidents ont la chance de pouvoir se promener dans le grand parc arboré de l'hôpital. Dans l'enceinte de ce parc sont également présentes une école d'infirmière et une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS).

L'établissement se compose de trois bâtiments de plain-pied avec une terrasse. Chaque bâtiment accueille trente-deux résidents de façon mixte. Les trois pavillons sont agencés de la même façon et comprennent des espaces privatifs (chambres simples et doubles meublées et équipées), des espaces de vie collective (salles à manger, salles d'activités, bibliothèque) et des espaces de soins (salle de soins).

2) La population accueillie

Cet EHPAD est un lieu de vie, qui a pour mission d'accueillir et d'accompagner les personnes âgées d'au moins soixante ans issues des services de psychiatrie parisiens ou des structures de précarité parisiennes. L'objectif est de répondre au mieux à leurs besoins tant sur le plan médical, social mais aussi dans les actes de la vie quotidienne. Les personnes relevant de la psychiatrie adulte représentent environ 80% des résidents et 20% sont issus de la précarité. Les quatre-vingt-seize résidents sont hébergés de manière permanente à temps complet.

L'admission est prononcée par la Direction de l'EHPAD., après avis médical et réunion d'une Commission d'Admission. Il est important de rappeler que la personne accueillie est également impliquée dans la décision de l'admission. Effectivement, elle fait

partie des signataires du contrat d'admission dans l'établissement. Sa signature matérialise son adhésion et son acceptation au règlement intérieur de l'établissement.

3) Le projet d'établissement

L'établissement a pour mission de garantir le droit à la protection, à la sécurité, à un accompagnement social, à l'accès aux soins et au suivi médical adapté. Il s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents. Pour cela, l'équipe pluridisciplinaire aide les résidents à accomplir les gestes de la vie quotidienne (toilette, repas, déplacements à l'extérieur...). L'objectif est de redonner une place et un rôle à chacun dans le respect de tous.

En juin et en septembre 2015, un tiers des soignants de deux pavillons ont suivi une formation sur le concept Humanitude selon la méthodologie de soins Gineste-Marescotti. La philosophie Humanitude est basée sur les concepts de bientraitance et de bienveillance. Elle nous conduit à imaginer la manutention relationnelle et les soins selon une approche corporelle. Le corps devient un médiateur dans la relation soignant/soigné. La tendresse et le respect de l'autonomie sont les maîtres mots de ce concept.

Nous nous rendons compte que le concept Humanitude est intimement lié avec la pratique psychomotrice. Ainsi, dans la lignée de la mise en place de cette approche sur l'EHPAD, la psychomotricienne effectue depuis janvier 2016 des toilettes évaluées en collaboration avec l'infirmière et l'aide-soignant référent du résident. Cette toilette est un temps d'échanges, d'observations des habitudes et des besoins actuels de la personne pour favoriser au mieux son autonomie. C'est un temps qui permet l'évaluation du profil psychomoteur (troubles de l'équilibre, du schéma corporel, de l'image du corps, troubles pratiques, troubles psycho-comportementaux...). Le psychomotricien a également un rôle de guidance auprès des équipes soignantes en transmettant son expertise et son point de vue.

4) L'équipe pluridisciplinaire

Dès l'arrivée de la personne, un suivi médical est assuré par le médecin coordonnateur, en lien avec les médecins généralistes et spécialistes de la structure. Un Projet de Vie

Individualisé (PVI) est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire avec le résident et sa famille afin de maintenir l'autonomie, la vie relationnelle, culturelle et spirituelle de la personne accueillie. L'objectif premier de cette rencontre entre les différents partenaires est avant tout de mieux connaître les habitudes de vie et les envies du nouveau résident.

L'équipe pluridisciplinaire comprend :

- **Une équipe d'encadrement** qui se compose du Directeur, du cadre de pôle, du cadre de santé et d'une infirmière coordinatrice.
- **Une équipe médicale** qui est composée du médecin coordonnateur, de médecins généralistes et d'un médecin psychiatre.
- **Une équipe paramédicale** qui est chargée d'accompagner les résidents dans la réalisation de soins spécifiques. Elle est formée par des infirmiers, deux kinésithérapeutes vacataires, d'une psychologue et d'une psychomotricienne.
- **Une équipe d'aides-soignants et d'agents du service hospitalier** (de jour et de nuit) qui accompagne la personne âgée dans ses actes de la vie quotidienne en lien avec le projet de vie et le projet de soins.
- **Une équipe d'animation** proposant des activités quotidiennes qui s'appuient sur plusieurs thématiques telles que les sorties extérieures (cinéma, restaurant, café, bibliothèque), les ateliers (poterie, peinture, chorale, vidéo, soins des mains) et les manifestations calendaires.
- **Un assistant de service social** qui est chargé d'accompagner le résident dans ses démarches sociales et administratives.

5) La place spécifique de la psychomotricité

a- La psychomotricité et l'évaluation psychomotrice

L'admission de la personne en EHPAD par le médecin coordonnateur entraîne directement une évaluation psychomotrice par la psychomotricienne. Dans le mois suivant l'admission dans l'EHPAD, un bilan de type géronto-psychomoteur ainsi qu'une toilette évaluée (depuis janvier 2015 avec la mise en place du concept Humanitude) sont effectués pour l'élaboration du P.V.I. (qui est renouvelé tous les ans). Le bilan ainsi que

l'observation lors de la toilette permettent à la psychomotricienne de cibler les troubles, mais aussi et surtout, de mettre en valeur les capacités préservées de la personne âgée et de voir si une prise en soin psychomotrice sera pertinente et nécessaire. Dans le cas où la passation du bilan n'est pas possible (refus du résident, pathologie trop avancée...) une observation spontanée sur le lieu de vie est réalisée par la psychomotricienne.

L'évaluation psychomotrice est effectuée selon une grille d'évaluation créée et adaptée par la psychomotricienne car la passation d'un test standardisé tel que l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) n'est pas possible compte tenu des troubles cognitifs et psychiatriques des résidents. Cette approche permet d'obtenir un éclairage spécifique sur le fonctionnement psychomoteur de la personne âgée vieillissante avec une pathologie psychiatrique.

Une évaluation peut être également faite par la psychomotricienne lors des repas à la demande de l'équipe soignante. Cette évaluation vise la mise en place éventuelle d'aides techniques afin de préserver l'autonomie de la personne lors des repas.

Il semble également important de préciser que le bilan psychomoteur est une observation clinique à un moment donné, et que celle-ci tient compte de l'histoire du patient. C'est pour cela que lors du bilan psychomoteur, il va être important de prendre en considération les différents facteurs positifs et négatifs de la maladie psychiatrique. Les résultats du bilan vont effectivement dépendre de ceux-ci puisque par exemple, les symptômes négatifs vont venir perturber la lecture psychomotrice, émotionnelle du patient. Ainsi, il ne va pas falloir se contenter des informations recueillies lors de ce bilan, mais approfondir notre observation en discutant avec les autres professionnels de l'institution. Ceci nous permettra d'avoir une vision plus générale du comportement du sujet par rapport à ses délires, ses hallucinations et sa relation à l'autre.

b- Le projet thérapeutique

Suite à l'évaluation psychomotrice, un compte rendu détaillé est rédigé par la psychomotricienne et le dossier informatique est mis à jour. La psychomotricienne rédige également une synthèse sur le travail effectué au cours de l'année. Le bilan et la synthèse sont communiqués à l'équipe soignante présente lors des réunions concernant le projet d'accompagnement individualisé dans le dessein de l'élaboration pluridisciplinaire du projet de vie de chaque résident.

La durée de la mise en place du projet thérapeutique en psychomotricité dépend vraiment de l'évolution du patient. Lorsque la psychomotricienne voit que la prise en soin psychomotrice ne correspond plus aux besoins du résident, un bilan de contrôle est effectué afin de réajuster le projet thérapeutique.

c- Les différentes médiations

La psychomotricienne de la structure propose les mêmes médiations lors de séances groupales durant trente à quarante-cinq minutes sur les trois pavillons, à savoir de la gymnastique douce (cerceaux, balles molles, bâtons, sachets de sable), de la stimulation cognitive et un accompagnement à la marche dans le parc de l'hôpital. Des séances individuelles en *Snoezelen* et en balnéothérapie sont mises en place selon les besoins des résidents.

Intéressons-nous davantage au cadre thérapeutique de l'accompagnement psychomoteur en *Snoezelen*. Tout d'abord, il faut savoir que la salle *Snoezelen* est présente au niveau de la MAS, à cinq minutes en véhicule de la maison de retraite. Les séances dans la salle *Snoezelen* sont proposées de manière individuelle aux résidents demandeurs (cf. Monsieur J.) ou en accord avec l'idée du projet. Les séances sont proposées une fois par semaine à raison de quarante-cinq minutes.

La séance se déroule en plusieurs étapes comprenant le départ du résident et son retour dans l'établissement. Une fois arrivé dans la salle, le résident est acteur de sa séance. Il prend le temps de se poser à l'endroit de la pièce qui lui convient. Puis de nos observations sur l'état psychocorporel du moment découlent des propositions sensorielles qui viennent s'articuler aux objectifs de l'accompagnement psychomoteur. La fin de la séance est signifiée de façon progressive au résident en organisant une modification de l'environnement (diminution du volume sonore de la musique, arrêt des stimulations tactiles...). Concernant le retour sur l'EHPAD, il est important de penser les conditions permettant la réintégration de la personne dans le groupe en fonction des besoins et rythmes de chacun (nous raccompagnons le résident dans la salle à manger afin qu'il prenne son gouter avec l'ensemble du groupe ou nous lui servons la collation après la séance).

II- Etudes de cas cliniques

1) A la rencontre de Monsieur C.

a- L'anamnèse

Monsieur C. est né en mars 1944, au Vietnam et a été adopté par une famille française dès son plus jeune âge. Il a soixante et onze ans lorsque je le rencontre. Il est issu d'une fratrie de deux enfants : il a une petite sœur avec laquelle il entretient une relation téléphonique régulière. Ce monsieur n'a jamais été marié. Concernant sa vie professionnelle, il dit avoir travaillé dans le domaine de l'industrie et du commerce. Il est atteint d'une psychose. Ce monsieur a été hospitalisé pour la première fois en 1969 dans un hôpital psychiatrique et une seconde fois en 1980. Dans ses antécédents personnels, se retrouve une Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive post-tabagisme (BPCO).

Monsieur C. est arrivé dans la résidence en juin 2014. A son arrivée, il est mis dans une chambre double avec un autre monsieur. Par la suite, une chambre individuelle lui est proposée. Selon la grille Aggir (Autonomie gérontologique-groupe iso-ressources)²⁹ Monsieur C. est considéré comme faisant partie de la catégorie GIR 4.

Monsieur C. a un périmètre de marche d'environ un à deux kilomètres. Il présente un déficit auditif mais il n'est pas appareillé. Au niveau visuel, il porte des lunettes uniquement pour lire ou regarder la télévision.

b- L'évaluation psychomotrice et projet thérapeutique

J'ai effectué une évaluation psychomotrice en décembre 2015 sous le regard de la psychomotricienne. Cette évaluation a été faite à partir de certains items de l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP, batterie standardisée d'Evaluation Géronto-Psychomotrice), de l'EMG (l'Evaluation de la Motricité Gnosopraxique). Cette première observation a été complétée par la passation d'un Tinetti-Test (il cote le risque de chute), test non-spécifique à la psychomotricité mais qui est validé par la Haute Autorité de Santé). L'EGP ainsi que l'EMG ne seront pas cotés puisqu'ils n'ont pas pu être effectués dans les conditions de la standardisation.

²⁹ Cf. Annexe n° 2

Monsieur C. a réalisé l'examen psychomoteur en deux fois durant quarante-cinq minutes durant la même journée en raison de sa fatigabilité (une passation le matin et une autre l'après-midi). Il est très volontaire, coopérant et soucieux de bien faire. Lors de l'entretien préliminaire, Monsieur C. me dit qu'il se sent bien dans la résidence, qu'il y dort bien et qu'il aime bien participer aux ateliers proposés par l'animatrice tels que la vidéo, les sorties au cinéma et au restaurant. Lors du bilan, il prend plaisir à me chanter quelques chansons en différentes langues (français, anglais et vietnamien). Durant toute la passation, à chaque fois qu'il fallait se lever de la chaise ou se déplacer, il s'assurait que les quatre pieds de la chaise soient bien alignés par rapport au carrelage ou aux joints. Si ce n'était pas le cas, il prenait son temps pour replacer la chaise minutieusement jusqu'à ce qu'il soit satisfait. A la fin de la passation, des idées de persécution sont présentes. Il pense que « les notes prises durant le bilan seront utilisés pour monter un dossier pour mon chef ». A ce moment, il a eu besoin qu'on le rassure et qu'on prenne le temps de bien lui ré-expliquer ce que je faisais et pourquoi je le faisais. A la suite de ces explications, Monsieur C. semblait rassuré.

Voici quelques éléments observés lors du bilan psychomoteur de Monsieur C. :

Tout d'abord, je rencontre un monsieur apprêté, très parfumé. Il semble donner beaucoup d'importance à sa tenue vestimentaire et à son apparence. Il porte une veste en cuir, très lourde, dans laquelle il accumule ses affaires. Il ne quitte jamais sa veste au sein de l'EHPAD. Elle est toujours fermée jusqu'au cou. Nous pouvons penser que le parfum et sa veste sont pour lui une manière d'avoir une certaine contenance, une enveloppe qui le contient.

Sur le plan de la **communication**, Monsieur C. s'exprime préférentiellement sur un mode verbal. On n'observe pas d'expression non verbale, il est amimique*. L'expression et la compréhension sont correctes même si parfois l'hyper salivorrhée* rend ses propos difficiles à comprendre. Cette hyper salivation est causée par la prise de ses différents traitements médicamenteux. Plusieurs fois, il s'en excuse et cherche à s'essuyer la bouche. Dans son discours, on remarque qu'il fait beaucoup de rapprochement entre la forme des objets présentés et des notions de physique et de mathématiques tels que « c'est rond comme un atome, un proton », « ce sont des diagonales et des médianes ». Son discours se divise en deux phases : une phase plutôt cohérente et une autre phase dans laquelle on retrouve des propos délirants. Cette déconnexion est repérable par son attitude corporelle.

Effectivement, tout d'un coup, il semble se déconnecter par un moment de silence et son regard devient vide.

Sur le **plan tonique**, il possède une tonicité adaptée à son âge, avec une difficulté de relâchement spontané et volontaire. Effectivement, on peut observer une anticipation et une participation lors de l'examen du tonus.

Concernant la **motricité globale**, les équilibres statiques bi-podaux et uni-podaux sont satisfaisants. L'équilibre sur la pointe des pieds est possible avec un appui qui est davantage un moyen de se sécuriser. Monsieur C. obtient un score de 27/28 au Tinetti-Test ce qui révèle un risque de chute peu élevé. L'équilibre statique les yeux fermés est satisfaisant avec quelques oscillations antéro-postérieures. Ceci ne dénonce rien de pathologique. Les transferts assis/debout sont adéquats, maîtrisés et sécurisés. Le Tinetti-Test révèle au niveau des coordinations dynamiques, un schéma de marche non altéré hormis un manque de ballant au niveau des membres supérieurs, les demi-tours et pivotements à 360° sont sécurisés et stables. L'accélération du rythme de la marche est possible et ne détériore pas le schéma de marche. On remarque que l'équilibre dynamique peut être altéré par les effets secondaires de la prise du traitement médicamenteux.

Les épreuves de **motricité fine** (pianotage, opposition pouce-doigts, ramasser la pièce) sont bien réalisées mais manquent de fluidité. L'épreuve de boutonnage du gilet est échouée car Monsieur C. est trop lent alors que le schéma moteur pour boutonner le gilet est acquis. Il me dit qu'il préfère les pulls à zip. La motricité fine des membres supérieurs est satisfaisante dans les activités de la vie quotidienne (s'habiller, manger, écrire).

Les **praxies** idéatoires (utilisation des objets réels) sont conservées. Les praxies idéomotrices (mimes) peuvent être réalisées avec beaucoup d'explications. Un exemple est nécessaire. Les praxies visuo-constructives (écriture et copie de figures géométriques) sont préservées et mobilisables.

Au niveau du **schéma corporel**, les différentes parties du corps sont connues sur soi et sur autrui. La reproduction de gestes au niveau des bras, des mains et des doigts est possible. Monsieur C. prend son temps et est très précis. Il est très attentif et très concentré. Il me fixe du regard et essaye de reproduire exactement mes gestes sans regarder ce qu'il fait. On peut rapprocher cette précision à une obsession pour les choses droites.

Concernant le **repérage spatio-temporel**, Monsieur C. est capable de se repérer au sein de la résidence et est capable de se repérer dans le temps vécu (jour de la semaine, mois, année, saisons, heure).

Conclusion du bilan psychomoteur :

Durant cette passation de bilan, Monsieur C. a accordé beaucoup d'importance aux objets qui l'entouraient en les interprétant avec des notions de physique et de mathématiques. Il ne semblait pas avoir conscience de ses ressentis corporels. Effectivement, Monsieur C. semble se rassurer par des choses mesurables, quantifiables. Nous avons noté un ralentissement psychomoteur global lié à la fois à l'âge mais également à la pathologie psychiatrique et à son traitement médicamenteux. Lors de ce bilan, nous avons également remarqué que Monsieur C. était très ritualisé. Nous pouvons interpréter ses rituels comme un mode de protection pour pallier une éventuelle angoisse de l'inconnu.

Ainsi, suite au bilan, nous lui proposons de découvrir la salle *Snoezelen* et nous lui suggérons des séances de détente dans ce lieu afin qu'il se centre davantage sur ses ressentis corporels. Cette détente lui permettra d'atteindre un relâchement musculaire et ainsi de découvrir de nouvelles sensations telles que le lâcher prise. Un environnement calme, sécurisé, contenant favorisera la confiance en l'autre pour pouvoir se détendre et faire de nouvelles expériences sensorielles.

c- La séance découverte de la salle *Snoezelen*

Suite à la passation du bilan, nous avons convenu avec Monsieur C. d'un rendez-vous la semaine suivante, le mercredi à quinze heures. Ce rendez-vous était l'occasion de lui faire découvrir la salle *Snoezelen*. Il m'avait même demandé que je lui écrive le rendez-vous sur un papier en spécifiant mon prénom et mon « métier » afin qu'il ne l'oublie pas. Monsieur C. semblait ravi de pouvoir découvrir cette salle et curieux de savoir ce qu'il y avait de particulier. Suite à ses questions, nous lui décrivons brièvement ce qu'il pourrait trouver dans cette salle afin qu'il ne soit pas surpris.

Le jour de la découverte de la salle, à mon arrivée sur le pavillon, je suis allée à sa rencontre pour lui rappeler l'heure de la séance « de découverte » et comment nous allions nous y rendre. C'est l'heure du petit déjeuner. Lorsqu'il me voit arriver vers lui, il me sourit. Il semble me reconnaître. Il me tend sa main pour que nous échangions une poignée

de main et me regarde dans les yeux en souriant. Il se souvenait que nous avions rendez-vous l'après-midi. Il semble très enthousiaste.

A l'heure de la séance, il nous attend, assis dans le hall d'entrée de son pavillon. A notre arrivée, il se lève d'un pas décidé. Durant le trajet entre l'EHPAD et la MAS (dans laquelle se trouve la salle *Snoezelen*), Monsieur C. nous dit qu'il va bien.

Avant d'ouvrir la salle, nous nous déchaussons. Un panneau indicatif de la salle est fixé sur la porte. Monsieur C. s'approche et commence à lire « *Snoezelen* » et nous demande si la prononciation est correcte. Selon moi, cela traduit déjà son investissement psychocorporel dans cette découverte de la salle.

Lorsqu'il entre dans la salle en fonctionnement, avec les différentes stimulations sensorielles (auditives et visuelles notamment)³⁰, nous observons tout de suite un changement corporel. Son regard est émerveillé, curieux d'admirer les lumières qui se déplacent sur le mur. Il fait un petit tour de la pièce à son rythme et dit « C'est génial ! ». Nous lui proposons de se mettre à l'aise. Il enlève spontanément sa veste en cuir qu'il dépose non loin de lui. Puis, il se dirige vers le rideau de fibres optiques. Il les touche, en prend une poignée dans ses mains et regarde les changements de couleur. Il semble captivé. Il s'installe sur le matelas à eau, s'allonge sur le côté gauche, le regard en direction des fibres optiques, le bras gauche allongé à l'horizontal. Il attend un instant que le matelas à eau se stabilise avant de toucher et de saisir de la main gauche les fibres lumineuses. Il garde ses yeux ouverts. A plusieurs reprises, il exprime une certaine fascination de pouvoir voir la trajectoire de la lumière qui « va et vient de la gauche vers la droite en changeant de couleur ».

Afin de le recentrer davantage sur ses ressentis corporels, la psychomotricienne lui propose une stimulation tactile au niveau du dos, après avoir obtenu son accord. L'objet utilisé est présenté à Monsieur C. et ressemble à une étoile en plastique lisse à cinq branches avec à chaque extrémité une boule (nous appellerons cet objet « l'araignée »). Il s'installe tout naturellement en décubitus ventral. Elle dessine des « huit » le long de sa colonne vertébrale. Après quelques instants de stimulation, Monsieur C. lui dit « ils sont gros vos doigts » et « votre main est douce ». A ce moment-là, il avait conscience de son corps, de son dos particulièrement. Effectivement, il a fait le rapprochement entre les cinq extrémités de l'araignée et les cinq doigts de la main. La surface de contact de chaque extrémité de l'objet est effectivement plus importante que celle de chaque doigt. Sa

³⁰ Cf. Annexe n°1

perception est donc juste. La matière en plastique lisse provoque chez Monsieur C. une sensation de douceur. Lorsqu'elle lui remontre l'objet, il est amusé. Elle lui fait sentir la différence entre le toucher lorsqu'elle utilise l'araignée et lorsqu'elle utilise sa main. Il dit percevoir la différence et nous exprime un ressenti « agréable, doux, qui glisse sur son dos ».

Lors de la stimulation tactile au niveau du dos, nous observons un relâchement du tonus musculaire, ses épaules s'abaissent et se déposent peu à peu sur le matelas, son rythme respiratoire devient plus ample, plus profond.

Nous observons également qu'à certains moments, Monsieur C. ferme les yeux quelques secondes comme pour ressentir et accueillir les différentes sensations.

Puis il change de position, en se mettant en décubitus dorsal. Il regarde l'animation lumineuse produite par le projecteur de disques à huile. Après un moment d'observation, il nous dit que cela lui fait penser aux îles du Japon, à la Polynésie. Ceci le fait voyager. Il est attentif aux mouvements des formes sur le mur. Lorsqu'il reconnaît une forme à peu près géométrique, il la nomme en attendant une validation de notre part.

A la fin de la séance, je lui demande ce qu'il a pensé de cette salle, s'il souhaite y retourner les prochaines semaines. Il me répond que « cette salle est moderne et lumineuse » et qu'elle lui a plu. Suite à cette séance découverte, nous lui proposons un accompagnement en psychomotricité dans cette salle, à raison d'une fois par semaine durant quarante-cinq minutes.

Nous avons pu remarquer, lors de cette première séance, que Monsieur C. a été particulièrement sensible aux stimulations visuelles et tactiles. Effectivement, il n'a pas semblé faire attention à la musique qui était également présente. Ceci peut s'expliquer par son déficit auditif.

Sur le chemin du retour, il nous parle de ses origines vietnamiennes. Monsieur C. me demande d'où je viens. Arrivés dans son pavillon, nous lui donnons sa collation de l'après-midi. Il me remercie plusieurs fois, me serre la main droite entre ses deux mains et me dit « à la semaine prochaine ».

Malheureusement, entre temps, Monsieur C. a dû être hospitalisé durant une assez longue période pour passage à l'acte, hétéro agressivité et troubles du comportement.

Ainsi, nous n'avons pas pu poursuivre l'accompagnement en psychomotricité en *Snoezelen*.

J'ai tout de même choisi de présenter ce cas clinique dans ce mémoire car c'est la seule séance découverte en *Snoezelen* que j'ai pu observer durant ma période de stage.

A travers cette première séance découverte, nous avons pu constater les apports psychomoteurs de la stimulation multi-sensorielle en *Snoezelen*.

Reprenons les différents niveaux d'organisation de l'étayage psychomoteur de S. ROBERT-OUVRAY pour décrire ce qui s'est joué durant cette première séance de découverte dans la salle multi-sensorielle :

- Sur le **plan tonique**, nous avons remarqué une modification de l'état tonique de Monsieur C. dès son entrée dans la salle *Snoezelen*. Ses déplacements dans la salle pour découvrir les différents éléments présents étaient moins tendus, plus fluides et lents. Puis, grâce aux stimulations tactiles dans le dos, nous avons perçu également un relâchement musculaire au niveau des épaules. A la fin de la séance, Monsieur C. avait tendance à parler plus doucement. Cette détente semblait s'être installée en lui.
- Sur le **plan sensoriel**, nous avons pu voir que Monsieur C. était plus sensible aux stimulations visuelles et tactiles durant cette séance. Cela ne signifie pas qu'il faille lui proposer uniquement des stimulations visuelles et tactiles. Il serait intéressant de varier les stimulations afin de lui faire découvrir de nouvelles sensations, de nouvelles expériences sensorielles. De plus, cette sensibilité peut être amenée à changer en fonction de son état du moment et de sa disponibilité psychocorporelle du jour. Nous avons pu remarquer que Monsieur C. a pu prendre conscience de ses ressentis et intégrer ces différentes expériences sensorielles en faisant des associations.
- Sur le **plan affectif**, nous pouvons dire que l'ambiance de la salle, notre mise en confiance, notre bienveillance ont permis à Monsieur C. de se débarrasser spontanément de sa veste en cuir qu'il ne quitte jamais au sein de l'EHPAD. Cet espace, cet environnement sensoriel le contenaient suffisamment pour qu'il se laisse aller à la découverte de nouvelles expériences sensorielles, qu'il lâche prise. En ôtant sa veste c'est comme s'il se débarrassait de sa seconde peau qu'il s'était

appropriée et dont il a besoin pour se sentir contenu, unifié. Sur le chemin du retour, l'évocation de son enfance traduit bien la mise en place de cette relation de confiance.

- Sur le **plan des représentations**, les stimulations lumineuses ont permis à Monsieur C. de faire des liens entre ce qu'il voyait et ce que ceci représentait pour lui.

2) A la rencontre de Madame F.

a- Notre première rencontre

Il est dix heures, c'est l'heure du groupe de gymnastique douce. Les résidents arrivent dans la salle de psychomotricité un par un. Je me présente à chacun deux. Certains m'accueillent chaleureusement en m'expliquant ce qu'ils font dans ce groupe, d'autres restent indifférents. Madame F. arrive dans la salle de psychomotricité et s'assied directement sur la première chaise près de la porte d'entrée (de sortie également). A son arrivée, Madame F m'apparaît alors comme une femme introvertie. Elle a le regard dirigé vers le bas, les bras le long du corps avec les épaules en légère adduction et rotation interne. Son bassin est en rétroversion et ses membres inférieurs sont légèrement fléchis. Cette posture équivaut à la chaîne musculaire antéro-médiane, élaborée par l'ostéopathe G. STRUYF-DENYS³¹. Le système musculaire de Madame F. fait référence à une posture de repli sur soi.

Je la laisse s'installer avant d'aller vers elle pour me présenter. Elle est assise en face de moi. Une fois installée, elle a le regard fixé sur la psychomotricienne. Je m'approche d'elle afin de capter son regard. Je me présente simplement. Elle ne me répond pas et ne me regarde pas. Durant toute la séance, je l'observe discrètement. Elle ne participe pas, ne fait aucun mouvement proposé, ne souhaite pas qu'on lui passe la balle à picots dans le dos à la fin de la séance et garde son regard fixé en direction de ma maître de stage. De temps en temps, Madame F. intervient soit pour demander à ma maître de stage sous une forme interrogativo-affirmative « on va à la maisonnée ?! » (la maisonnée

³¹ Selon elle, les muscles correspondent à des outils de l'expression psychocorporelle (états, émotions, sentiments, manières d'être, s'expriment au travers du système musculaire et influencent ainsi nos postures, respiration et gestes)

correspond à la salle *Snoezelen* à la MAS pour cette dame), soit pour demander si elle peut sortir. Finalement, elle est restée durant toute la séance. Une fois la séance terminée, elle se lève et sort de la salle la première.

b- L'anamnèse

Madame F. est née en septembre 1951, à Barcelone. Elle a soixante-quatre ans lorsque je la rencontre. Elle a été mariée, puis divorcée. Suite à cette rupture, elle décompense et s'isole. Concernant sa vie professionnelle, cette dame travaillait comme sténodactylographe. Par la suite, pour certaines raisons elle a dû se prostituer. Elle a été victime d'abus sexuels et de violences conjugales par son compagnon alcoolique.

Madame F. est entrée en EHPAD géronto-psychiatrique il y a maintenant un an et demi. Elle est atteinte de schizophrénie hébéphrénique. Celle-ci évolue sur un mode déficitaire avec repli sur soi quasi autistique et appauvrissement intellectuel et relationnel. Au niveau des antécédents, elle a une hypothyroïdie. Elle présente un trouble des conduites alimentaires (anorexie*-boulimie* avec des phases de vomissements) et une potomanie (besoin irréprensible de boire constamment). Madame F. est considérée comme faisant partie de la catégorie GIR 3³². Elle est en chambre double. Sa chambre est placée juste à côté de la salle de psychomotricité.

Madame F. est décrite comme une femme plutôt calme et discrète, au visage très fermé, au regard fixe et vide d'émotion. Elle a l'apparence d'une femme fragile et crispée. Elle fait preuve d'une certaine passivité et d'opposition passive par moments. Ses journées sont rythmées d'une part par les temps de soins (change de sa culotte absorbante et repas) et d'autre part, soit par une inertie comportementale (elle fait de longues siestes) soit par une forte déambulation dans tout le bâtiment. Elle ne quitte jamais son pavillon. Elle profite d'un accompagnement en *Snoezelen* depuis janvier 2015 pour toutes ces raisons.

c- L'évaluation psychomotrice

Il s'agit pour moi d'observer et d'évaluer les capacités préservées de Madame F. à s'investir dans la relation, de rendre compte de ses capacités motrices dans un cadre spatio-temporel et de mettre en évidence sa représentation du corps. Pour cela, je me suis appuyée

³² Cf. Annexe n° 2

sur des épreuves telles que les somatognosies, l'EMG principalement. Un dessin du bonhomme a également été effectué. Ce bilan psychomoteur effectué en décembre 2015 résulte davantage d'observations qualitatives non étalonnées de son activité quotidienne.

Sur le plan de la **communication**, Madame F. s'exprime préférentiellement sur un mode verbal avec des phrases très courtes. Le discours est cohérent mais limité car peu informatif. Madame F. a une voix de petite fille, très aiguë et sans accent comme si elle mettait à distance ses origines (compte tenu de son origine, on aurait pu s'attendre à un accent espagnol). Son débit est lent avec chacune des syllabes bien marquées. La compréhension est correcte. Cependant, elle a besoin d'un temps de latence entre la fin de la question et sa réponse. Au niveau de la communication non verbale, elle a un regard fixe, un visage amimique (à part quelques haussements de sourcils quand elle ne sait pas répondre) et semble présenter une athymie*.

Sur le **plan tonique**, elle semble présenter une hypertonie globale. Cet item est difficile à évaluer puisqu'elle est opposée au toucher.

Concernant la **motricité globale** et les **coordinations générales**, Madame F. se déplace seule et a un périmètre de marche d'environ un kilomètre. Le schéma de marche est préservé hormis un ballant peu prononcé au niveau des membres supérieurs, un manque de décollement des pieds au sol et une orientation du regard vers le sol. La marche est stable et sécurisée. L'axe corporel est légèrement porté en avant. Les transferts assis/debout sont adéquats, maîtrisés et sécurisés. On observe un ralentissement psychomoteur général avec un faible investissement spatial. Madame F. ne sort jamais de son pavillon.

Les épreuves de **motricité fine** (pianotage et mouvements alternatifs d'opposition pouce-doigts) ne sont pas mesurables puisque je me suis retrouvée face à une opposition de la part de Madame F.. Cependant, suite à l'observation extérieure au bilan, on peut noter que la motricité fine est efficiente et suffisante avec de bonnes coordinations oculo-manuelles et bi-manuelles pour effectuer les actes de la vie quotidienne (zipper la fermeture éclair de son manteau, ramasser un stylo sur la table, manger, écrire).

Les **praxies** idéatoires (utilisation d'objets réels) sont préservées et mobilisables. Les praxies idéomotrices (pantomimes) et visuo-constructives (écriture et copie de formes géométriques) ne sont pas évaluables car elle refuse d'effectuer la consigne le jour de la passation du bilan. Cependant, la semaine suivante, Madame F. nous rejoint dans la salle

de psychomotricité et se met à me parler par messages écrits. Il en résulte que les praxies visuo-constructives sont efficaces.

Les **gnosies** visuelles, auditives sont préservées et mobilisables.

Au niveau du **schéma corporel**, les somatognosies (connaissance des différentes parties du corps) sont connues sur soi et sur autrui. La reproduction de gestes des bras, des mains et des doigts n'est pas mesurable car elle refuse de faire par imitation.

Concernant l'**image du corps**, le dessin du bonhomme³³ fait apparaître une tête, un cou, un buste plus large que haut avec un ventre très proéminent et de courtes jambes (Madame F. est anorexique-boulimique). Ce personnage est dépourvu de bras, de détails au niveau du visage. Il donne l'impression d'un corps vide, sans émotion, inhabité. Lorsque que je lui demande si c'est elle sur la feuille, elle me répond « peut-être » en haussant un sourcil. Madame F. est une femme qui ne porte pas attention à son apparence. Elle évite et refuse de se regarder dans le miroir. Elle dit « je n'aime pas ». Cette perception corporelle est en lien avec son vécu corporel de souffrance (violences conjugales, prostitution, anorexie-boulimie), un corps objet dépourvu d'émotion.

Sur le plan du **repérage spatio-temporel**, Madame F. est capable de se repérer au sein de la résidence et de se repérer dans le temps vécu (jour de la semaine, mois de l'année, saison). La date du jour est connue avec aide. Elle se repère bien dans la chronologie de la journée. Les notions de « avant-après » sont préservées.

Conclusion du bilan psychomoteur :

Suite à ce bilan, nous avons noté chez Madame F. un ralentissement psychomoteur général dans tous les domaines, un désinvestissement corporel et relationnel avec une image du corps très fragilisée et dévalorisée.

L'ensemble de ces constats nous amène à proposer un accompagnement sensoriel en psychomotricité autour du corps dans la continuité du travail de la psychomotricienne. Ceci permettrait un réinvestissement corporel en nuanciant la régulation tonique tout en favorisant le plaisir sensori-moteur à travers la relation à l'autre. Pour cela, les séances en salle *Snoezelen* se poursuivront une fois par semaine, le mercredi après-midi, durant quarante-cinq minutes.

³³ Cf. Annexe n° 3

d- L'évolution au sein de l'accompagnement en *Snoezelen*

- Le cadre thérapeutique avant mon arrivée sur la structure

Madame F. bénéficie de l'accompagnement en *Snoezelen* depuis janvier 2015. Afin d'être mis en place et accepté par Madame F., celui-ci a dû être beaucoup ritualisé. Effectivement durant les premières séances, la résidente était accompagnée par la psychomotricienne mais également par sa soignante référente. De plus, ses deux cigarettes étaient une condition pour pouvoir aller à la MAS. Elle en fume une à la MAS avant la séance et la seconde au retour à l'EHPAD. Ce rituel semble, encore aujourd'hui, avoir beaucoup d'importance dans son accompagnement psychomoteur. La soignante référente, elle, n'a plus besoin de venir en séance *Snoezelen*.

Lors de la séance découverte de la salle multi-sensorielle en janvier 2015, Madame F. n'a manifesté aucune réaction, aucune émotion. Elle est restée amémique, le visage figé.

- Créer un nouveau lien

Lors de mon arrivée, les séances dans la salle *Snoezelen* étaient structurées de la façon suivante : le temps du déplacement en véhicule de l'EHPAD à la MAS (accueil de Madame F, trajet en voiture et temps de la cigarette), le temps de la séance (installation, stimulation sensorielle, approfondissement, reprise), le temps du retour à l'EHPAD (déplacement en véhicule, distribution de sa collation de l'après-midi). Je suis donc partie de cette structure de séance pour engager le processus d'accompagnement et ainsi créer une relation de confiance réciproque.

De mes observations, j'ai pu distinguer trois phases dans l'évolution de l'accompagnement de Madame F. en *Snoezelen* sur les plans de l'investissement psychocorporel, de la posture, de la relation et de la verbalisation : la phase de la rencontre, la phase de fluctuation, la phase d'intégration.

Lors des deux premières séances, j'ai observé et pris connaissance du travail de la psychomotricienne avec Madame F.. Durant les trajets, j'ai remarqué qu'elle ne s'adressait qu'à la psychomotricienne. Je ne semblais pas présente à ses yeux à ce moment. Elle ne me répondait pas et ne me regardait pas. Jamais elle ne quittait la psychomotricienne du regard. Dans ses déplacements, elle suivait la psychomotricienne de très près derrière. J'avais l'impression d'une ombre qui se déplaçait au même rythme que la psychomotricienne.

Lors de ma troisième journée de stage, Madame F. vient à ma rencontre dans la salle de psychomotricité avant le groupe de gymnastique douce. C'est l'occasion pour nous de discuter et de faire connaissance. Elle me demande comment je m'appelle. Je lui réponds en lui rappelant qu'on s'est déjà vue à deux reprises lors de la gymnastique et à la « maisonnée ». Elle me dit alors qu'elle ne m'a jamais vu. Après une longue discussion sur ce que j'aime bien et ce qu'elle aime bien, elle me dit qu'elle aime bien aller à la maisonnée « parce qu'on fume et qu'on s'allonge ». Ses réponses sont brèves. Je note que Madame F. a besoin d'un temps de latence pour répondre.

Puisque le contact s'est établi, nous lui précisons que je continuerai l'accompagnement en *Snoezelen* en présence de la psychomotricienne. Notre première séance débutera dès l'après-midi de ce jour. Elle ne manifeste aucune réaction mais ne semble pas refuser.

Je vais donc vous décrire les séances que j'ai effectuées avec Madame F. durant toute la durée de mon stage.

Afin de garantir la stabilité environnementale, l'environnement sensoriel de la salle *Snoezelen* restera le même d'une séance à l'autre. Durant mon accompagnement, j'allumerai les différentes lumières, la musique et je proposerai différentes stimulations tactiles avec différents objets médiateurs.

La phase de rencontre : Lors de mon premier accompagnement, je remarque que Madame F. se trouve à une distance adaptée entre la psychomotricienne et moi lors de ses déplacements. Durant le trajet, elle s'adresse à moi en me demandant « tu vas bien ? ». Je suis agréablement surprise de voir que le lien qu'on avait établi le matin se tissait encore cet après-midi. Elle faisait un pas de plus vers moi. Moi qui, lors des séances d'observation n'avais pas de réponse, pas un regard de sa part. Une fois arrivée « à la maisonnée », Madame F. s'assied sur le banc devant le bâtiment et allume sa cigarette. Elle la fume très rapidement en ne laissant pas la totalité de la fumée sortir de sa bouche et laissant la cendre tomber sur son pantalon. Elle la fume jusqu'au mégot. Elle a le bout de l'index et du majeur de la main droite jaunis et brûlés par la cigarette. Dans l'ascenseur, je remarque qu'elle se met dos au miroir, le regard en direction de la porte coulissante par laquelle on sort (il y a deux portes dans cet ascenseur). Elle fuit son regard dans le miroir.

Avant d'entrer dans la salle, elle demande toujours l'autorisation de passer aux toilettes. C'est l'occasion pour elle de boire. J'ouvre la salle, j'allume les différentes lumières (fibres optiques, projecteur d'huiles) et la musique (c'est une musique zen à la

fois relaxante et dynamisante). Elle entre dans la salle, reste debout devant le matelas à eau et attend. Je lui propose de se mettre à l'aise et de s'installer là où elle le souhaite. Elle enlève son manteau et s'allonge spontanément sur le matelas à eau. Elle se met en position fœtale sur le côté gauche, les yeux fermés, les mains sous les joues. Je lui laisse un temps pour trouver une position confortable. Puis je m'installe derrière elle en lui signifiant verbalement où je suis par rapport à elle. Puis, je commence la stimulation tactile au niveau du dos avec l'araignée. Je fais glisser l'objet sur l'ensemble de son dos en fonction du rythme et de l'intensité des vibrations de la musique (pour cela, j'adopte une main plus ou moins lourde).

Durant le temps d'approfondissement pendant lequel je la laisse profiter de ce moment de détente, de lâcher prise, de calme, de non mouvement, Madame F. soupire à plusieurs reprises. Au fur et à mesure, j'observe un ralentissement du rythme respiratoire. Celle-ci devient plus ample et régulier. En effet, je l'entends respirer.

Petit à petit, pour lui signifier la fin de la séance, je commence par baisser le volume sonore de la musique, à me déplacer dans la salle. Je me place devant elle de façon à ce que mes yeux soit à la hauteur des siens. D'une voix douce et contenante, je l'invite à se remobiliser à son rythme. Elle ouvre les yeux. Nous nous regardons dans les yeux un instant puis elle me demande si la psychomotricienne était partie. Je la lui montre et la rassure. En la voyant, elle sourit et continue sa reprise lentement. Lors du transfert assis sur le matelas à eau à la station debout, on remarque qu'elle tangué. Ceci signifie bien que les sensations du balancement de l'eau au travers du matelas se sont inscrites dans son corps. Je le lui fais remarquer simplement. Elle ne manifeste aucune réaction.

Lors du retour à l'EHPAD, Madame F. se rapproche de la psychomotricienne, mais reste à une distance adaptée. Je lui demande comment elle se sent après cette séance, elle me répond « bien ». Puis, elle ne répond plus à mes questions. C'était la phase de la rencontre.

La phase de fluctuation : De mes observations, une seconde phase se dessine, une phase de fluctuation. Durant cette période, j'ai pu observer deux comportements, des disponibilités psychocorporelles qui variaient d'une séance à une autre. Durant cette phase, mon accompagnement était structuré de la même façon que la première séance décrite précédemment.

Lors de certaines séances, j'ai remarqué qu'elle suivait de très près la psychomotricienne comme lors des deux premières séances (durant lesquelles j'observais). Elle n'avait pas l'air de me considérer (ni au début, ni à la fin de la séance, elle ne me regardait et ne répondait à mes questions). Elle s'installait sur le matelas à eau en adoptant une position fœtale, très recroquevillée. Durant ces séances, je m'appliquais à être davantage contenante au travers de ma voix, mon regard, mon toucher. Je préférais utiliser une balle à picots plutôt molle afin de rappeler la douceur. Cette balle, je la promenais sur l'ensemble de son corps afin de lui faire ressentir ses limites corporelles. Je pouvais alors observer un assouplissement, une amplification de sa respiration, un relâchement musculaire qui pouvait amener à une légère ouverture posturale. Les jambes s'étendaient, les mains venaient se placer devant la poitrine. J'ai pu remarquer que Madame F. avait besoin lors de ce type de séances de plus de temps pour faire sa reprise, pour sortir de cet état de détente, de bien-être apparent. Effectivement, Madame F. ne verbalise pas ce qu'elle sent, ressent, elle ne semble pas avoir conscience de son corps. Ainsi, je m'applique à interpréter mes observations psychomotrices afin de lui en faire un retour verbal simple en sortant de la salle multi-sensorielle.

Durant d'autres séances, elle se tenait à une distance adaptée entre la psychomotricienne et moi lors de ses déplacements. De temps en temps, elle me regardait. Elle me paraissait plus disponible pour répondre à mes questions. Cependant, il fallait attendre un temps de latence afin qu'elle réponde. Pendant ces séances, elle s'allongeait sur le côté gauche, les jambes allongées avec les pieds entrecroisés, les bras en flexion, les mains sous la tête et les yeux fermés. Comme les séances précédentes, je lui proposais, pour commencer, une stimulation tactile au niveau du dos. Puis, en fonction des séances, je m'appliquais à réveiller sensoriellement toutes les zones corporelles en schéma de fermeture (souvent les bras, le bas des jambes). Afin de lui faire ressentir son ancrage au sol, sa verticalité, je stimulais également la plante des pieds afin de réveiller la sensibilité plantaire. Durant ces séances, Madame F. avait tendance à faire sa reprise rapidement. Une fois que je lui disais que la séance était finie, elle ouvrait les yeux, se mettait assise, puis debout sans prendre le temps de faire de transition. Elle me dit que « ça va », sa verbalisation reste très sommaire.

La phase d'intégration : Un jour, avant le groupe de gymnastique douce, elle arrive dans la salle de psychomotricité et demande l'autorisation pour rester avec nous. Je discute avec elle et lui demande à nouveau ce qu'elle aime quand nous allons « à la maisonnée ». Elle me répond après un long moment de silence « j'aime bien m'allonger sur le matelas (silence) dans ma chambre il n'est pas pareil (silence) j'aime bien les lumières et la musique ». Nous remarquons une évolution dans l'élaboration de ses réponses par rapport à la première séance.

Durant cette période, lors de ses déplacements, j'ai remarqué que Madame F. s'était rapprochée de moi tout en gardant une petite distance. Dans le véhicule, elle pouvait s'adresser à chacune d'entre nous (la psychomotricienne et moi) et pas à une seule personne en particulier. Nous existions toutes les deux dans la relation. Elle nous demande toujours si nous allons bien. Dans l'ascenseur, elle se place toujours à la même place, dos au miroir. A son habitude, elle passe aux toilettes après autorisation et nous demande de l'attendre.

A l'ouverture de la salle, nous n'observons toujours pas de réaction face aux différentes stimulations sensorielles. Elle entre, attend devant le matelas à eau qu'on lui dise d'enlever son manteau et de s'installer là où elle le souhaite. Elle s'allonge toujours dans la même posture (position fœtale en légère ouverture) sur le matelas à eau chauffant. Durant ces séances, j'ai senti que je pouvais introduire un toucher directement avec mes mains. Pour commencer la stimulation tactile, j'utilisais l'araignée pour réveiller toutes les différentes parties corporelles. Pour continuer, j'appliquais des pressions le long de sa colonne vertébrale puis au niveau de ses différentes articulations en rythme avec sa respiration. Madame F. ne réagit pas corporellement lorsque je pose mes mains sur son dos. De mon côté, je perçois mieux sa respiration et ainsi j'essaie de lui transmettre, à travers le dialogue tonique, mon état de détente. Je remarque que son rythme respiratoire ainsi que son rythme cardiaque s'abaissent.

A la fin d'une de ces séances, la psychomotricienne lui a demandé si « s'il n'y avait pas les cigarettes, vous viendriez quand même avec nous à la maisonnée ? ». Elle lui répondit en nous regardant toutes les deux « oui, parce que je vous aime bien ». Lors d'une séance en mars, lors de notre retour sur le pavillon, Madame F. nous dit « on va prendre le goûter toutes les trois ? ». La relation à trois s'était créée.

Au fil des séances, une relation de confiance a pu se créer. Cette relation a été, selon moi difficile à mettre en place compte tenu du comportement autistique de Madame

F. (regard vide, figé, ne répond pas aux questions, comportement passif). La ritualisation des séances a permis d'instaurer une continuité, un sentiment continu d'exister à travers cet accompagnement. Nous avons noté une évolution sur le plan relationnel. Au début dans cet environnement sensoriel et par nos sens, nous avons appris à faire connaissance. Puis nous avons distingué une période pendant laquelle, Madame F. ne semblait pas savoir vers qui aller exclusivement (soit vers la psychomotricienne, soit vers moi). Et enfin, une relation entre trois personnes s'est mise en place dans cet environnement contenant, sécurisant. Elle a su s'adapter à nos deux présences. Cette présence a facilité l'élaboration de sa pensée, de son vécu, de la construction de soi. L'autre va « permettre une structuration précaire de son identité »³⁴. La personne schizophrène « a le sentiment que son existence ne peut se définir que par rapport à l'action de l'autre »³⁵.

Lors de cet accompagnement, Madame F. a pu accueillir de nouvelles expériences sensorielles qui sont venues enrichir sa conscience corporelle inconsciemment et bénéficier d'un temps calme, durant lequel elle a su se poser en toute sécurité (elle qui déambule beaucoup au sein de son pavillon).

3) A la rencontre de Madame M.

a- Notre première rencontre

Notre première rencontre s'est faite lors du groupe de gymnastique douce. Madame M. était la première résidente à arriver dans la salle de psychomotricité. Je vois une dame coquette, maquillée, habillée d'un pull rose et d'un pantalon noir. Elle porte un sac à main au bras. Elle présente une cyphose cervicale bien marquée. Elle se déplace jusqu'à moi qui suis à l'opposé de la porte d'entrée. En marchant, elle me regarde et me sourit. Spontanément, elle s'assit sur la chaise à côté de moi. Je me suis directement présentée. Elle m'a souhaité la bienvenue et a commencé à me présenter ce qu'ils faisaient dans ce groupe. Elle m'a dit que « ça me fait du bien de participer à ce groupe ! ». Puis, elle m'a fait part de quelques-unes de ses douleurs notamment localisées au niveau des épaules, des bras, de la tête et du dos.

Durant la séance, elle participe activement et s'applique à faire l'ensemble des mouvements proposés par la psychomotricienne. A la fin de cette séance, un « massage »

³⁴ ANDRE P., BEANAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p 129

³⁵ Ibid p 129

dorsal est proposé aux résidents. A la vue de la balle à picot, elle s'exprime « ah ça fait du bien la balle dans le dos, ça fait du bien oui ». Lorsque vient son tour, elle se penche en avant pour décoller son dos du dossier de la chaise. Ainsi, elle offre l'ensemble de son dos. Elle remercie plusieurs fois la psychomotricienne pour ce massage.

Puisque nous avons bien discuté, nous convenons avec son accord, que je poursuivrai son accompagnement en *Snoezelen*. Je n'ai donc pas pu observer une séance en *Snoezelen* avant de lui en proposer une. Cependant, cela ne me dérangeait pas. Je pouvais me laisser aller, me laisser guider par cette dame qui connaît cette salle depuis novembre 2014.

b- L'anamnèse

Madame M. est née en février 1950, en France. Elle a soixante-cinq ans lorsque je la rencontre. Elle est issue d'une fratrie de deux enfants : elle a une sœur aînée qui vient lui rendre visite de manière très ponctuelle. Elle a été mariée puis divorcée quatre ans plus tard sur sa demande. Elle n'a pas eu d'enfant, à son grand regret. Concernant sa vie professionnelle, Madame était secrétaire administrative. Elle dit qu'elle aimait son métier et que « ça faisait passer le temps ».

Madame M. est arrivée à l'EHPAD géronto-psychiatrique en janvier 2008, il y a maintenant huit ans suite à une désorientation spatio-temporelle et des épisodes d'errance. Elle est atteinte d'une pathologie psychiatrique, la schizophrénie paranoïde. Concernant ses antécédents médicaux, elle a été victime d'un traumatisme crânien à l'âge de dix-sept ans. Elle présente également des troubles psychosomatiques multiples. Madame M. est considérée comme faisant partie de la catégorie GIR 4.

Madame M. est une femme chaleureuse, souriante et disponible pour aider ses voisins. Elle fait preuve d'altruisme. Elle possède une chambre individuelle.

Elle apprécie les différentes animations (poterie, vidéo, restaurant) et les différentes médiations proposées par la psychomotricienne telles que les séances de gymnastique douce et les séances de « détente » dans la salle *Snoezelen*. Elle est très impliquée par rapport à ce qui peut être proposé dans la résidence.

c- L'évaluation psychomotrice

L'évaluation psychomotrice de Madame M. a été effectuée en décembre 2015 sur la même base que le bilan psychomoteur de Madame F.

Sur le plan de la **communication**, Madame M. s'exprime préférentiellement sur un mode verbal avec des phrases bien construites. Le discours est cohérent et informatif. La compréhension est correcte. Au niveau de la communication non verbale, on peut percevoir assez facilement son état émotionnel du moment (sourire, visage triste, fatiguée...)

Sur le **plan tonique**, Madame M possède une capacité de relâchement spontané et volontaire au niveau des membres supérieurs. Une légère participation est observée au niveau des membres inférieurs.

Concernant la **motricité globale** et les **coordinations générales**, Madame M. se déplace seule et a un périmètre de marche d'environ un kilomètre. Le schéma de marche est préservé hormis un manque de ballant au niveau des membres supérieurs. Des petits déséquilibres ponctuels sont présents lors de la marche. Les transferts assis/debout sont adéquats, maîtrisés et sécurés. Cependant, pour les transferts debout/assis, Madame M. a tendance à se laisser aller dans le fauteuil, sans s'aider des accoudoirs pour s'asseoir. Les coordinations nécessitent un certain effort avant d'être mises en place.

Les épreuves de **motricité fine** (pianotage et mouvements alternatifs d'opposition pouce-doigts) révèlent un manque de dissociation digitale au niveau des deux mains.

Les **praxies** idéatoires (utilisation d'objets réels), idéomotrices (pantomime) et visuo-constructives (écriture et copie de formes géométriques) sont préservées et mobilisables.

Au niveau du **schéma corporel**, les somatognosies (connaissance des différentes parties du corps) sont connues sur soi et sur autrui. La reproduction de gestes des bras, des mains et des doigts est possible en pièce à pièce mais n'est pas toujours précise. On note une difficulté de perception au niveau de la distinction des différents doigts. L'orientation des mains n'est pas toujours bien perçue.

Au niveau de l'**image du corps**, Madame M. perçoit son corps comme une source de nombreuses douleurs. On note également une dévalorisation d'elle-même même si elle semble prendre soin de son apparence physique (elle est coquette, aime se maquiller et se parfumer).

Sur le plan du **repérage spatio-temporel**, Madame M. est capable de se repérer au sein de la résidence et de se repérer dans le temps vécu (jour de la semaine, mois de l'année, saison). La date du jour est connue avec aide (par exemple « quel jour fait-on la gymnastique douce ? »). Elle se repère bien dans la chronologie de la journée. Les notions de « avant-après » sont préservées. Madame M. présente un faible investissement spatial durant la journée. Ses déplacements sont peu variés.

Durant le bilan, on note un manque d'initiatives. Lorsque je lui donne le choix, elle me répond « comme vous voulez ». Elle semble avoir du mal à s'engager psychocorporellement. Un manque de confiance en elle est également repéré. A la fin de ce bilan, elle nous fait part de sa tristesse de ne pas avoir eu d'enfant. A ce moment, son visage s'est fermé et son regard s'est abaissé.

Conclusion du bilan psychomoteur :

Suite à cette évaluation, on note un léger trouble de l'équilibre, une difficulté de perception et de dissociation au niveau de la motricité fine et un manque d'initiatives motrices. Ceci pourrait réduire son autonomie dans les actes de la vie quotidienne et se traduit déjà par le manque d'investissement spatial au sein de son pavillon. On remarque également que Madame M. présente une fragilité au niveau de son image du corps qui est souvent dévalorisée et négative.

Il serait donc intéressant de poursuivre l'accompagnement psychomoteur en *Snoezelen* à raison d'une fois par semaine durant quarante-cinq minutes afin d'affiner la proprioception, de favoriser la détente et le bien-être par la sensori-motricité tout en prenant en considération son ressenti douloureux. L'objectif sera également de favoriser l'expression de ses ressentis corporels. Durant cette (re)découverte corporelle, les notions d'enveloppes, de contenance, de portage seront présentes. Parallèlement à cette attention portée au corps, il s'agira d'encourager Madame M. à avoir des initiatives dans son accompagnement sensori-moteur.

d- L'évolution au sein de l'accompagnement en *Snoezelen*

- Le cadre thérapeutique avant mon arrivée dans la structure

La mise en place de séances en *Snoezelen* s'est faite en novembre 2014 suite à des changements brusques d'humeur, des pleurs et des douleurs immotivés et non expliqués (souffrances psychologiques). Cet accompagnement visait donc à la détente, au bien-être psychocorporel afin de (re)découvrir un corps source de plaisir et à l'ouverture à la relation à l'autre.

Madame M. bénéficiait de cet accompagnement toutes les deux semaines durant quarante-cinq minutes. Lors de la séance découverte en novembre 2014, arrivée dans la salle multi-sensorielle, elle s'est exprimée en disant « c'est joli ! ». Elle trouvait cette salle intéressante mais n'a pas manifesté davantage de réactions. A la fin de cette première séance, elle exprima un bien être. Quelques jours après, Madame M. disait que cette salle ne servait à rien lorsque la psychomotricienne lui en parlait. Au fur et à mesure, une relation de confiance s'est installée et Madame M. manifestait une certaine satisfaction lors des séances dans cette salle multi-sensorielle.

Suite au bilan psychomoteur, j'ai pu apporter quelques modifications dans le projet thérapeutique en psychomotricité (cf. conclusion du compte rendu de bilan).

- L'accompagnement sensori-moteur

Ce premier mercredi de stage, j'ai rencontré Madame M. lors de la gymnastique douce du matin. Nous avons convenu que j'animerai, toujours en présence de la psychomotricienne, la séance « de détente » (appelée comme cela par Madame M.) de l'après-midi.

L'heure du départ de l'EHPAD est arrivée. Je me dirige vers la chambre de Madame M., je frappe à sa porte, elle me répond et m'invite à entrer dans sa chambre. Je me représente en lui rappelant que nous nous étions rencontrées le matin. Elle acquiesce mais par ces expressions faciales, je perçois qu'elle ne sait pas pourquoi je suis venue la voir. Je lui rappelle donc que je suis venue la chercher pour la séance de détente. Elle ne me laisse pas finir ma phrase et me dit qu'elle est fatiguée, qu'elle ne viendra pas. A ce moment, la psychomotricienne nous rejoint dans la chambre. Madame M. la reconnaît et accepte volontiers de la suivre pour la séance de détente. Madame M. prend son sac (elle se déplace toujours avec son petit sac à main en tissu au sein de la résidence) et part avec la psychomotricienne en lui tenant le bras.

Durant le trajet, je lui demande « qu'est-ce qu'il y a de particulier dans la salle *Snoezelen* ? ». Elle me répondit en faisant beaucoup de comparaison avec la mer et le bateau « je m'allonge sur un matelas, ça bouge comme sur un bateau » me dit-elle. Elle rajoute quelques instants plus tard « ça me fait du bien ».

Une fois arrivées, nous ouvrons la salle et allumons l'ensemble des lumières, mettons la musique afin que Madame M. soit directement plongée dans cet environnement sensoriel. Lorsqu'elle entre, elle s'exprime en disant « c'est joli toutes ces lumières ». Ses yeux sont grands ouverts et regardent tout autour d'elle les tâches lumineuses qui se déplacent sur le mur. Elle se met à l'aise spontanément et s'allonge directement sur le matelas à eau. Je m'assieds à sa droite. Elle réajuste sa position et s'allonge sur le côté gauche, les jambes très légèrement fléchies et les bras devant elle. Madame M. ferme les yeux. J'avais l'impression qu'elle m'offrait son dos. Elle semblait attendre quelque chose. Je décide de prendre l'araignée pour réaliser une stimulation tactile au niveau du dos. Je dessine des mouvements circulaires ou rectilignes en fonction de la musique. Au fur et à mesure, son dos se dépose sur le matelas. A ce moment-là j'arrête la stimulation au niveau du dos et je me dirige vers une autre partie du corps (jambes, bras). Entre chaque stimulation corporelle différente, je lui laisse un temps pour qu'elle prenne conscience de la zone corporelle sollicitée pour qu'elle intègre cette nouvelle expérience sensorielle.

A la fin de la séance, elle est allongée sur le dos. Lorsque je lui signifie la fin de la séance verbalement et par mon toucher, elle ouvre les yeux et commence à remettre son corps en mouvement. Elle s'étire sur les conseils de la psychomotricienne. Madame M. est souriante, manifeste un bien-être et apparaît sensible aux compliments qu'on lui fait sur sa tenue vestimentaire. Elle me précise qu'elle s'est « laissée bercer par la musique ». Lors du retour à l'EHPAD, Madame M. fait de nombreux compliments à la psychomotricienne notamment sur ses yeux, ses cheveux et sa conduite. On remarque que Madame M. transpose les compliments qui lui sont adressés sur la psychomotricienne. Il y a comme un effet miroir.

Les séances suivantes se déroulèrent en fonction de cette même organisation. Durant ces séances, elle ne pouvait pas me dire précisément les parties du corps sur lesquelles j'avais passé l'objet et avait un vécu corporel douloureux et négatif. Puis, à partir de janvier, nous notons :

- un changement au niveau de **l'investissement relationnel** : lors des déplacements, elle semblait avoir le besoin d'être tout près de moi. Elle me demandait si elle pouvait me tenir le bras pour marcher à côté de moi. Cette proximité corporelle la contenait, la soutenait dans ses déplacements peu sûrs (présence de quelques déséquilibres).
A chacune des séances, elle me disait « c'était bien la gymnastique ! ». Cette séance de gymnastique que j'animais a permis de créer un lien entre elle et moi. Ainsi, elle pouvait davantage s'investir dans cette nouvelle relation.
- un **affinement de la perception corporelle** : au fur et à mesure des séances, Madame M. avait une perception corporelle plus précise. Lors des premières séances, les stimulations tactiles étaient particulièrement présentes au niveau du dos et des épaules puisqu'elle m'avait exprimé des douleurs à ce niveau. Toutefois, elle percevait cette stimulation au niveau de l'ensemble du bras. Quelques séances plus tard, j'ai été amenée à reproduire cette séance en me focalisant de nouveau sur le dos et les épaules. Cette fois-ci, elle me nomma clairement « les épaules ». En fin de séance, elle verbalisait un ressenti positif, de bien-être. Elle disait souvent « ça fait du bien » mais n'arrivait pas à développer davantage son ressenti après l'expérience vécue. Elle avait pris conscience que son corps pouvait être source de plaisir, de détente, de bien-être.
- une **attention particulière à l'environnement sensoriel** qui lui est proposé : un jour, pour la première fois avec Madame M., nous avons allumé le diffuseur d'huiles essentielles. A la fin de la séance elle m'a dit « dans la salle, ça sentait la pommade ; c'était agréable ! ».

A chaque fois que je venais la chercher dans sa chambre pour la séance de « détente », elle me disait « je vais encore m'endormir » (malgré une sieste entre le déjeuner et la séance *Snoezelen*). J'avais l'impression qu'elle s'en excusait d'avance. Je la rassurais en lui disant qu'elle avait le droit de s'endormir pendant la séance et que je resterais à ses côtés quoiqu'il arrive. Afin qu'elle ne s'endorme pas, qu'elle soit davantage active durant sa séance, je lui ai proposé une séance un peu plus dynamique qui lui permettait de prendre des initiatives, de choisir les objets qu'elle aimerait que j'utilise. En

vain, cette séance n'a pas pu être menée comme je l'imaginai. Madame M. n'était pas prête à se changer et avait encore besoin d'être guidée.

Cet accompagnement sensoriel a permis à Madame M. de prendre conscience de son corps, de son environnement et de l'Autre. Tout au long de l'accompagnement, nous avons observé une transformation de sensations négatives du corps (douleurs) en sensations positives. Cette sensation de bien-être est d'ailleurs spontanément verbalisée dès l'installation sur le matelas à eau et à la fin de la séance, sur le chemin du retour.

DISCUSSION

I- **La place spécifique de la médiation psychocorporelle en géro-psycho-geriatrie**

Dans cette partie, j'axerai ma réflexion sur l'intérêt de la psychomotricité par son approche psychocorporelle dans le milieu géro-psycho-geriatrie. Nous verrons qu'une approche selon une médiation psychocorporelle (dont fait partie le *Snoezelen*) tente de pallier la défaillance des enveloppes psychocorporelles (troubles de la perception du corps, angoisses de morcellement, troubles des enveloppes tonico-émotionnelles et troubles relationnels).

1) **Définition de la géro-psycho-geriatrie**

A travers mes recherches de documentation, je me suis rendue compte que la géro-psycho-geriatrie était une discipline relativement nouvelle. Cette discipline s'intéresse à la pathologie et aux traitements des personnes âgées ayant des troubles d'ordre psychiatrique, qu'ils soient inauguraux ou non. « La psychiatrie de la personne âgée est une surspécialisation de la psychiatrie en plein essor, compte tenu du vieillissement croissant de la population et de la nécessité de proposer une offre de soins spécifiques »³⁶. Cette spécialisation concerne les personnes âgées de plus de soixante ans.

La géro-psycho-geriatrie permet de prendre conscience de la complexité de la problématique de prise en soins qui associe processus de vieillissement et troubles psychiatriques. La confrontation de plus en plus fréquente des psychiatres au vieillissement a permis de faire les observations suivantes :

- De nouvelles pathologies psychiatriques peuvent se déclarer au cours du vieillissement
- Les symptômes des maladies psychiatriques prennent des aspects différents de ceux observés chez les sujets plus jeunes
- Les maladies neurodégénératives actuellement en augmentation s'accompagnent fréquemment de pathologies, symptômes ou troubles du

³⁶ COHEN L., DESMIDT T., LIMOSIN F., 2014, p 1

comportement dont la prise en charge fait appel à une compétence psychiatrique

- Les problèmes psychiques et somatiques deviennent indissociables avec l'âge : toute pathologie organique peut induire des troubles mentaux et réciproquement

2) Les apports d'une approche psychocorporelle dans le domaine géro- psychiatrique

J'illustrerai mes propos par des vignettes cliniques de Madame F., Madame M., et Monsieur J..

J'ai rencontré Monsieur J. lors des séances de gymnastique douce. Il a soixante-cinq ans. Il présente une schizophrénie paranoïde.

a- Les troubles psychomoteurs de la personne âgée schizophrène

Les troubles psychomoteurs correspondent à « des comportements moteurs anormaux qui ne relèvent pas d'une atteinte neurologique manifeste mais demeurent effectivement en prise avec des déterminants émotionnels, affectifs ou cognitifs »³⁷. La personne âgée schizophrène présente des troubles liés à sa pathologie psychiatrique mais également des troubles psychomoteurs liés au vieillissement organique normal. Plusieurs troubles psychomoteurs sont observables chez ces sujets tels qu'un trouble du schéma corporel et de l'image du corps, un trouble au niveau du tonus, de l'ajustement postural et de la motricité ainsi qu'une désorientation spatio-temporelle.

- Schéma corporel et image du corps

Le schéma corporel et l'image du corps se développent simultanément. D'un point de vue théorique, la différence entre ces deux notions est nette. En réalité, la distinction est parfois difficile.

Nous considérons le **schéma corporel** tel que l'a défini J. de AJURIAGUERRA : « Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma

³⁷ HENRY JM., VEIDE C., WITJAS T. et al, 2006, p 1

corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »³⁸. Le schéma corporel est lié à la notion d'espace corporel. Il nous permet de localiser les différentes parties de notre corps. Cette connaissance est donc objective et consciente et nous permet d'avoir un sentiment d'unité corporelle et de continuité d'être.

L'**image du corps** correspond, selon SCHILDER, à « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit ». E. PIREYRE ajoute « l'image du corps est de nature profondément subjective [...] C'est une forme de mémoire inconsciente du corps en relation »³⁹. Autrement dit, c'est l'image que l'on a de soi qui se construit dans les expériences psychocorporelles et qui met le sujet en relation. Elle évolue tout au long de la vie.

L'ensemble des modifications liées à l'âge qui touchent le corps entraîne ainsi une modification du schéma corporel et de l'image du corps. Avec l'âge, la personne aura davantage de difficultés à s'adapter aux différents changements corporels qui peuvent survenir (douleurs, diminution de l'amplitude articulaire, fonte musculaire, vieillissement sensoriel...) et à les intégrer pour établir une nouvelle image du corps.

Les troubles du schéma corporel chez le sujet schizophrène se caractérisent par une méconnaissance partielle ou totale des parties du corps. Selon V. DEFIOLLES-PELTIER, « le schéma corporel subit les assauts des hallucinations cénesthésiques et s'en trouve modifié, transformé ou amputé »⁴⁰. La segmentarisation du corps est une problématique corporelle chez le sujet schizophrène. Chaque partie est vécue indépendamment des autres. C'est ainsi qu'apparaît un trouble de l'image du corps. La personne âgée schizophrène aura des difficultés à percevoir un corps avec des limites puisque l'image du corps n'est pas unifiée mais plutôt morcelée, dissociée.

→ *Monsieur J. me dit avant la séance de gymnastique douce « lorsque je me promenais tout à l'heure, j'avais les jambes coupées du reste du corps ».*

Ici, il exprime un corps dissocié, un défaut de lien entre le haut et le bas du corps.

³⁸ De AJURIAGUERRA J. cité par PIREYRE E., 2011, p 120

³⁹ PIREYRE E., (2011), p 120

⁴⁰ DEFIOLLES-PELTIER V., 2000, p 160

- **Tonus, ajustement postural et motricité**

Selon M. JOVER, « le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales »⁴¹.

Avec l'âge, les muscles de l'organisme s'atrophient et on observe une fonte musculaire significative, réduisant ainsi l'agilité et la force de la personne. La personne atteinte de schizophrénie présente des particularités dans l'ajustement postural et la régulation tonique. Ces particularités peuvent être dues aux effets indésirables des neuroleptiques. Ces derniers peuvent entraîner des symptômes parkinsoniens associés (akinésie, rigidité extrapyramidale, tremblements au repos).

→ *Durant plusieurs séances, Monsieur J. nous formule de nombreuses plaintes telles que « mes jambes flageolent », « mes mains tremblent toutes seules constamment ».*

On observe chez ces personnes une hypertonie constante dans les activités spontanées. Selon A. Le BARS, « l'hypertonie semble revêtir une double fonction : se sentir exister, se sentir présent à son corps et se protéger »⁴². Il y a création d'une carapace tonique. Or, rappelons que la fonction tonique est le support de l'expression, de l'émotion et de la communication non-verbale (dialogue tonique-émotionnel). Le sujet schizophrène ayant des difficultés de régulation tonique aura des difficultés à exprimer ses émotions.

Concernant l'ajustement postural, le sujet âgé schizophrène aura une posture en enroulement avec la tête et les épaules en anté flexion et la présence d'une cyphose dorsale.

Les troubles du schéma corporel, de l'image du corps, de la régulation tonique liés à la fois au vieillissement et à la pathologie psychiatrique vont entraîner des troubles de la motricité et des coordinations générales. La personne âgée schizophrène aura des difficultés à organiser spatialement son geste par rapport à ses repères corporels qui ne sont pas fiables.

⁴¹ JOVER M., 2000, p 17-18

⁴² Le BARS A., 1994, p 65

- Espace et temps

J. PIAJET disait que « le temps constitue avec l'espace un tout indissociable ». Ce sont des données indispensables et fondamentales dans l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatio-temporelle permet à l'homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un espace et un temps donnés. Rappelons que dans son développement psychomoteur, l'enfant va d'abord organiser, structurer son espace en prenant comme repère son propre corps.

Compte tenu de l'altération des capacités mnésiques et d'attention liée à l'âge, la personne âgée sera susceptible de présenter une désorganisation spatio-temporelle concernant l'adaptation, l'orientation et la structuration spatio-temporelle. La personne schizophrène présente déjà une dérégulation importante des rythmes veille/sommeil, faim/soif. La discordance, la dissociation psychomotrice, les troubles du schéma corporel, de l'image du corps, ne permettent pas au sujet schizophrène de prendre son corps comme un repère spatial stable et fiable. Ainsi, la personne âgée schizophrène présentera une désorientation spatio-temporelle plus ou moins marquée et plus ou moins différente de la personne âgée ordinaire ou de la personne âgée démente.

→ *Un jour, vers 14h-15h nous retrouvons Madame F. dans le couloir de son pavillon. Elle s'était mise en pyjama et déambulait ainsi.*

Elle ne semblait pas avoir conscience que ce n'était pas encore l'heure du coucher.

En somme, le schizophrène vieillissant présentera un ralentissement psychomoteur. Celui-ci se traduit par une bradykinésie (lenteur gestuelle) et par une bradypsychie (lenteur psychique). Ces deux caractéristiques sont présents à la fois dans le vieillissement normal mais aussi dans la clinique de la schizophrénie.

Selon moi, tous ces troubles sont intriqués les uns aux autres et découlent des uns des autres. Ils semblent avoir tous pour origine les expériences du corps morcelé, amimique et empreint d'hallucinations.

b- La médiation psychocorporelle en psychomotricité

« Le corps reste le lieu dans lequel chaque sujet humain habite. Maladie mentale ou non, il est le support de nos sensations agréables et désagréables. » P. DELION⁴³

Les troubles de la perception du corps, les angoisses psychocorporelles de morcellement, les troubles du tonus... peuvent nécessiter une approche par une médiation corporelle. Ainsi, le psychomotricien va stimuler les patients en se basant sur des médiations psychocorporelles qui mettent en jeu le corps physique mais également psychique.

Ces médiations ont pour objectifs de :

- Favoriser l'expression et la structuration psychocorporelle du patient
- « Proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ;
- Aider à la transformation des éprouvés en représentations »⁴⁴

Ces médiations permettent de prendre conscience des limites corporelles, de réinvestir des zones corporelles délaissées, oubliées afin d'habiter ce corps, de s'adapter à l'environnement et de créer une relation avec l'Autre. En effet, « les thérapies corporelles n'ont pas l'ambition de (re)modeler ou de (ré)adapter un corps conforme à un modèle social ou culturel. Elles ont le simple et difficile projet de (re)donner corps »⁴⁵. Le patient, en percevant et vivant mieux son corps, pourra le prendre comme référence pour organiser ses mouvements dans un cadre spatio-temporel et s'adapter, interpréter la réalité de son monde environnant. C'est par une redécouverte du corps et par des expériences sensori-motrices répétitives et variées qu'il y aura une tentative de 'réappropriation' des limites corporelles et des sensations. Le schéma corporel pourra alors se réunifier car le patient aura une meilleure connaissance de lui.

Concernant les troubles toniques, les médiations psychocorporelles ont leur rôle à jouer. Pour la personne schizophrène, la contraction du muscle permet de percevoir et de se représenter ce muscle.

⁴³ DELION P., 2012, n°169

⁴⁴ POTEL C., 2012, p 367

⁴⁵ MORNET J., 2012, n°169

→ *Durant une des séances de gymnastique douce, Monsieur J. m'a fait part d'une douleur musculaire au niveau du biceps. Je lui recommande alors de faire des mouvements de faible amplitude et de s'arrêter lorsqu'il ressent la douleur. Surpris, il me répond alors « ah non, il ne faut pas arrêter le mouvement, il faut que je contracte jusqu'au bout pour ressentir le muscle ».*

Ici, on remarque que Monsieur J. perçoit, ressent son corps à travers des sensations douloureuses. Celles-ci semblent le rassurer.

Toutefois, lorsque le muscle est en contraction permanente il existe un phénomène d'habituation qui atténue la perception. « L'hypertonie finit par couper la personne des sensations de son corps en même temps qu'elle en entrave la mobilité »⁴⁶. A travers le dialogue tonique (peau à peau si ce contact est possible pour la personne schizophrène ou alors au travers d'un objet médiateur), la personne schizophrène pourra expérimenter et prendre conscience qu'il existe différentes nuances et degrés de tonus.

Durant cette année d'expériences, c'est à travers le concept *Snoezelen*, via la multi-sensorialité, que nous (le résident et moi) avons tenté de créer, de rassembler « les conditions nécessaires pour qu'une rencontre entre le patient et son corps puisse se faire »⁴⁷.

Je me suis alors interrogée sur l'apport spécifique du psychomotricien lors de l'accompagnement en *Snoezelen*. Sa formation tant sur le plan psychique que corporel permet au psychomotricien d'avoir un regard global de la personne. Le psychomotricien dispose de nombreux outils d'interprétation du langage du corps de par son investissement psychocorporel personnel lors de ses prises en soin et notamment par le dialogue tonico-émotionnel et par sa qualité du toucher sensible aux différentes fonctions du Moi-Peau.

De plus, sa fonction de thérapeute transforme la salle *Snoezelen* en médiation thérapeutique. Le psychomotricien va « travailler » sur le contenant, sur l'enveloppe et ses limites psychocorporelles en mettant des mots sur les éprouvés sensori-moteurs du patient en fonction de ce que le thérapeute ressent, perçoit du corps, des mimiques du patient. Cet accompagnement thérapeutique sera donc différent de celui proposé par d'autres soignants. Le psychomotricien met en place un cadre thérapeutique dans lequel il propose une médiation en fonction des besoins du patient. Suites aux expériences psycho-sensori-motrices du patient, le psychomotricien va mettre en résonance la contenance réciproque

⁴⁶ CAUT I., 2000, p 45

⁴⁷ ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., 2004, p 172

des différentes enveloppes (spatiale, temporelle, sensorielle, relationnelle et corporelle) créées autour du patient. C'est l'ensemble matériel-proposition d'activité qui va faire de la salle *Snoezelen* une médiation thérapeutique.

II- Trouver sa place dans « le monde du schizophrène »

Durant mes différents stages, j'ai dû trouver ma place de stagiaire en psychomotricité au sein de la structure, de l'équipe pluridisciplinaire mais surtout auprès du patient. Lors de ce stage de troisième année, c'était la première fois que je rencontrais des personnes âgées psychotiques. Au cours de la première période de stage (d'octobre à décembre 2015), ma relation avec les résidents n'était pas aisée. Puis, de janvier à mai 2016, j'ai pu noter une évolution à ce niveau. Une relation de confiance c'était créée. Selon moi, de nombreux facteurs ont permis la création de ce lien thérapeutique, à savoir : la mise en place d'un cadre thérapeutique, une distance relationnelle adaptée à chaque résident, l'accompagnement de certains résidents en *Snoezelen*, ainsi que les moments informels durant lesquels nous étions ensemble simplement. Tous ces éléments ont permis aux patients d'adhérer à leur prise en soin.

1) Le cadre thérapeutique

Il est défini par C. POTEL comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »⁴⁸. Le cadre thérapeutique désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui sont mises en place en fonction des besoins du patient pour permettre un accompagnement thérapeutique adapté. Ce cadre à la fois physique et psychique ne s'appuie pas seulement sur l'apport d'un soin thérapeutique cohérent mais délimite un cadre spatio-temporel durant lequel thérapeute et patient peuvent « vivre ensemble » une expérience quelle qu'elle soit.

En gériatrie-psychiatrie, l'établissement de ce cadre thérapeutique est un élément essentiel dans l'accompagnement des patients afin de leur donner des repères fiables et stables compte tenu de leur désorientation spatio-temporelle.

Durant mes années de formation, j'ai réellement pris conscience que le cadre thérapeutique se devait d'être à la fois rigide et souple, délimité sans être limité, proche

⁴⁸ POTEL C., 2012, p 321

mais non intrusif. En effet, de toutes ces qualités émergent la contenance, la bienveillance, la sécurité et la stabilité dont ont besoin les personnes âgées psychotiques. Ces qualités peuvent faire naître une relation de confiance, l'expression d'émotions, ainsi que la pensée.

Cette année, durant mon stage, il m'est arrivé de me demander « à quel moment faut-il dire 'oui' à certains souhaits ? ». Il faut à la fois garantir la stabilité du cadre mais également le réajuster en fonction des besoins et de l'état émotionnel (du jour mais également des jours précédents) de la personne. Il est important de prendre ces décisions après échanges avec l'équipe pluridisciplinaire.

→ Début janvier, Monsieur J. est venu dans la salle de psychomotricité pour nous formuler une demande. Compte tenu de ses troubles de la marche (déséquilibres et tremblements au niveau des membres supérieurs et inférieurs), il souhaitait bénéficier de séances en Snoezelen. Dans l'absolu, nous aurions pu répondre favorablement à cette demande. Cependant, après échanges avec la psychologue de l'EHPAD, il a été convenu que Monsieur J., suite à quelques comportements inadaptés lors des fêtes de fin d'année, pourrait faire ces séances de détente dans un mois.

Un mois plus tard, nous avons convenu avec lui trois séances de détente (qui s'inspirent de la méthode de JACOBSON) en salle Snoezelen, à la MAS. Ces séances dureraient trente à quarante-cinq minutes et seraient menées par moi.

Le cadre thérapeutique était posé. Celui-ci a permis à Monsieur J. de nous faire part de ses ressentis corporels, ses angoisses et de ses ressentis par rapport à son vécu au sein de la résidence.

2) L'alliance thérapeutique dans l'accompagnement psychomoteur

L'alliance thérapeutique fait partie intégrante du cadre thérapeutique puisqu'elle permet d'établir une relation de confiance entre le thérapeute et le patient et ainsi, l'adhésion au projet de soin par le patient. Cette alliance dépendra de la distance relationnelle, de notre capacité d'empathie et de non jugement.

a- La distance relationnelle

Trouver la juste distance dans l'accompagnement thérapeutique est une notion parfois complexe et subtile à trouver quel que soit le soignant ou le thérapeute. « En psychiatrie, les soins relationnels représentent un support thérapeutique, car le soin se réalise 'dans et par la relation' »⁴⁹. Rappelons que la problématique relationnelle du sujet est un des critères principaux de la schizophrénie. En effet, le lien à l'autre peut être perçu, vécu comme une menace, comme une source d'angoisses. La création d'une relation de confiance est donc un facteur primordial dans la prise en soin de ces personnes. Il nous faudra donc trouver la juste distance acceptable par notre patient afin que cette rencontre ne soit pas intrusive. Pour cela, nous devons apprécier à quel niveau se situe la kinesphère de l'autre.

L'anthropologue américain ET. HALL décrit en 1957 les notions de « proxémie* » et de « bulle » entourant chaque homme. Ces bulles correspondent à notre « kinesphère ». « Elles sont la résultante de deux facteurs : la perception de l'espace et la variable psychosocio-culturelle individuelle »⁵⁰. Etymologiquement, ce terme vient du grec *Kinêsi* signifiant « mouvement » et du terme grec *Sphaira* faisant référence au sens propre à une surface fermée dont tous les points sont situés à égale distance d'un point donné. Ainsi, la kinesphère est l'espace délimité par l'extension plus ou moins complète des bras et des jambes dans toutes les directions, sans déplacement du point de référence. Celle-ci peut s'étendre ou se rétrécir en fonction des situations, de la disponibilité psychocorporelle de la personne et de son rapport à l'autre dans la relation. La kinesphère est donc une enveloppe spatiale dans le rapport des corps en présence qui nécessite un ajustement psychorelationnel des partenaires de la relation pour former l'enveloppe relationnelle (verbale et non-verbale).

Savoir à quelle distance on se place par rapport à l'autre nécessite une bonne connaissance de soi et de l'autre afin que cette rencontre se déroule dans les meilleures conditions. De mon côté, au cours des groupes de conscience corporelle, j'ai pu faire l'expérience de ma kinesphère et ainsi j'ai pu prendre conscience de mes capacités à accueillir l'autre dans mon espace intime mais également, de mes limites relationnelles.

L'accompagnement en psychomotricité via la médiation multi sensorielle proposée dans le concept *Snoezelen*, m'a permis d'apprécier, de mesurer de manière quantitative

⁴⁹ BOURGEOIS F., 2012, p.49

⁵⁰ Issue du cours de Psychomotricité, PAVOT C., 2013-2014

mais aussi qualitative, la kinesphère de Monsieur C., Madame F. et Madame M.. Ceci n'a pas été chose facile. Au début, je me mettais des barrières dans mon investissement corporel. En effet, compte tenu de la pathologie mentale, je craignais que mon toucher soit intrusif, mal vécu par la personne psychotique. Au fur et à mesure des séances, mon investissement psychocorporel a évolué et j'ai pu ainsi me rendre compte de la distance relationnelle tolérée et/ou nécessaire pour chacun d'entre eux. Je me suis alors adaptée en respectant ces deux kinesphères (la leur et la mienne) qui allaient se rencontrer dans cet espace particulier.

J'ai pu remarquer que leur kinesphère s'ouvrait, s'élargissait lorsqu'on entrait dans la salle. Cet environnement sensoriel, contenant a permis à ces personnes d'abandonner leur protection pour aller à la rencontre de quelqu'un : « être avec l'autre » et non plus « être à côté de l'autre ».

→ *A la fin de la gymnastique douce, un temps calme est proposé. La psychomotricienne passe la balle à picot sur le dos de chacun des résidents afin qu'ils prennent conscience de cette zone corporelle non visible mais source de douleurs pour certains. Madame F. refuse toujours. Elle ne souhaite pas qu'on la touche. Cependant, lors de ses séances en Snoezelen, elle accepte cette stimulation tactile et semble en avoir besoin.*

En dehors de la salle *Snoezelen*, il n'est pas possible d'avoir cette proxémie physique. Pour cela, il est nécessaire de développer une qualité d'empathie.

b- L'empathie

L'empathie correspond à « la faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent »⁵¹ et ce, sans être contaminé par l'émotion. Cette capacité est un ingrédient pour la création d'une relation de confiance. Par notre empathie, notre écoute psychocorporelle de l'autre (à travers l'expression verbale mais également non verbale via le dialogue tonico-émotionnel) nous lui signifions notre disponibilité physique et psychique. Nous sommes disponibles à accueillir toute émotion, angoisse difficile à contenir pour la personne âgée psychotique.

⁵¹ ROBERT P., 2013, p 852

→ *Un matin, je vais chercher Madame M. pour notre séance de gymnastique douce. Elle se lève de sa chaise puis se met tout d'un coup à pleurer. Elle baisse son regard. Je lui demande ce qui lui arrive. Elle me répond « rien ». Je pose ma main sur son épaule puis sur son avant-bras. A ce moment, elle redresse la tête et capte mon regard.*

J'avais l'impression qu'elle attendait que je (ou quelqu'un d'autre) sois là pour pouvoir pleurer, libérer cette émotion. Elle savait que je pouvais l'accueillir. Par mon toucher enveloppant et mon regard bienveillant, je lui ai signifié ma disponibilité en faisant preuve d'empathie.

c- Le non-jugement

Cette notion d'empathie est intimement liée à celle du non-jugement. Ce dernier est indispensable dans la mise en place de l'alliance thérapeutique. Effectivement, le patient qui se sent jugé ne pourra pas créer une relation de confiance. Le non-jugement est d'autant plus nécessaire que l'on retrouve dans la psychose des délires de persécution, ainsi que de fausses interprétations. Lors des séances de « détente » selon l'approche *Snoezelen*, le patient s'allonge. Dans le cas de Madame F. et Madame M., elles s'allongeaient sur le côté et me donnaient leur dos. Dans cette position, la personne se met davantage dans une position de vulnérabilité. Elle accepte notre accompagnement en baissant sa garde, son niveau de vigilance. Le dos est une zone de point aveugle. La personne ne voit pas ce qu'il s'y passe. Ainsi nous nous devons de respecter cela en restant à leur écoute et en ayant une attention bienveillante et contenante à leur égard.

Pour conclure, une distance relationnelle adaptée, une capacité d'empathie et de non-jugement facilitent l'élaboration d'une relation interpersonnelle qui permet un rapprochement progressif avec la personne schizophrène. Toutes ces notions doivent être expliquées au patient et mises en mots simplement par le thérapeute. Ceci passe donc par la communication verbale mais peut également prendre sens dans le silence.

3) La communication et le silence

Selon V. DEFIOLLES-PELTIER, « mettre des mots sur le corps est une indispensable étape de la démarche clinique en thérapie psychomotrice »⁵². La force du psychomotricien est de mettre des mots sur ce que le corps exprime afin que le patient intègre ces sensations perceptibles par l'autre, dans le cas où le patient n'est pas capable de verbaliser et mettre du sens sur ses sensations.

→ *Avec Monsieur J., l'accompagnement psychomoteur en Snoezelen se basait davantage sur des échanges verbaux. Ce Monsieur n'était pas en accord avec un accompagnement corporel utilisant le toucher.*

La communication infra verbale, indissociable de la communication verbale, est très importante lorsque le vécu psychocorporel est difficile à élaborer, à mettre en mots par le patient. Les réactions toniques, les postures, les mimiques faciales des deux partenaires de la relation prennent sens en s'étayant les uns sur les autres dans un dialogue tonico-émotionnel.

→ *Lors d'une séance dans la salle Snoezelen, je propose à Madame M un toucher-massage selon la méthode de J. SAVATOFKSKI⁵³ au niveau de la main. Je commence par la main droite. Après dix minutes de toucher-massage, elle ouvre les yeux, me sourit et me dit « Merci », puis referme aussitôt ses yeux.*

Au travers de ce toucher, ont été véhiculés mon état de détente et ma chaleur. Ils ont été perçus par Madame M. et ont été intégrés comme une source de plaisir qu'elle exprime en me remerciant pour ce moment de bien-être.

L'espace que crée le silence permet un temps d'échanges basés sur nos sens. Un espace d'échanges primaires se met en place entre les partenaires de la relation. On se regarde, on se sent, on se touche.

Nous pouvons également communiquer en silence... par écrit ! Je vais vous faire part de cette expérience à travers la vignette de Madame F. :

⁵² DEFIOLLES-PELTIER V., 2013, p.194

⁵³ J. SAVATOFKSKI, diplômé d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute est le directeur et fondateur de l'Institut de Formation Joël Savatofski (école européenne du Toucher-massage).

→ Un jour, Madame F. entre dans la salle de psychomotricité. A ce moment-là, je suis seule dans le bureau. Elle me demande si elle peut s'asseoir et rester avec moi. Je l'invite à prendre une chaise qu'elle place en face de moi. Le bureau nous sépare l'une de l'autre. Elle me demande si elle peut écrire quelque chose. Je lui tends une feuille et un stylo. Elle se met à écrire puis me tend en retour la feuille. Il était inscrit « Je m'appelle '...'. Qu'est ce qui se passe. »⁵⁴. Sans dire un mot, je lui réponds à l'écrit « il ne se passe rien ». Elle reprend la feuille et inscrit après un certain temps de latence : « je vous aime bien ».

L'écriture a permis à Madame F. de mettre une distance dans la relation, dans l'expression de ses émotions. L'écriture permet d'avoir un temps plus important dans le choix des mots. En même temps, avec le symbolisme de la lettre, cet écrit peut devenir intime par l'expression de certaines émotions. Ce jour-là, elle m'a manifesté son attachement. Elle m'a également fait savoir qu'elle aimait bien écrire des cartes à sa famille notamment lors des fêtes de fin d'année. C'était la première fois qu'elle évoquait sa famille.

J'ai dû adapter mon mode de communication en fonction du mode d'expression, de la capacité d'expression et de compréhension de chaque résident sachant que les communications verbale et infra verbale sont indissociables en réalité. Je me suis rendue compte que je ne pouvais pas tout comprendre et tout maîtriser dans la communication, l'expression des émotions, des angoisses, d'autant plus dans le cas d'une pathologie mentale. Mon objectif était de m'adapter au mieux en fonction de mes ressentis, de la connaissance que j'avais de moi et du patient.

C'est au travers de tous ces outils que j'ai réussi à créer une relation avec cette population. Maintenant que je suis entrée dans « leur monde », il faudra penser à ma sortie...

Un mois avant mon dernier jour de stage, j'ai commencé à leur rappeler ma qualité de stagiaire : je n'étais que de passage et je serai amenée à partir bientôt. Chacun a réagi à sa manière :

- Madame F. n'a pas manifesté de réaction particulière. Elle a gardé son regard fixe.
- Madame M. a souri, m'a demandé si c'était vrai puis m'a souhaité plein de réussite.

⁵⁴ Cf. Annexe n° 4

- Monsieur J. m'a demandé ce que j'allais faire après. Puis, après un moment de silence, il m'a dit « en fait, pour faire votre métier il faut avoir beaucoup d'imagination ».

Régulièrement en fin de séance, je leur formule mes remerciements pour leur participation et pour ce qu'ils ont pu m'apporter en tant que future psychomotricienne. Ils semblent ainsi touchés par la reconnaissance de leur rôle dans ma formation.

III- Les particularités de l'accompagnement en *Snoezelen*

1) Le lâcher-prise du psychomotricien

→ Lors des trois premières séances d'accompagnement dans la salle Snoezelen, j'étais constamment obligée de changer de posture, de main (lors des stimulations tactiles). Je n'arrivais pas à trouver une posture confortable dans laquelle je pouvais être détendue.

Puis un jour, je me suis surprise à constater que mon niveau de vigilance s'était abaissé. Cette détente était en lien avec l'ambiance sensorielle créée. A ce moment, j'étais dans une ambivalence :

- *D'un côté, je me disais « resaisis-toi pour observer ce qui se passe, pour être à l'écoute du résident ! »*
- *D'un autre, je me disais qu'en me détendant, je pourrai aider l'autre à se détendre à son tour.*

Ces séances de psychomotricité selon l'approche *Snoezelen* correspondent à un véritable accompagnement en fonction de ce que souhaite, de ce qu'a besoin le résident à un moment précis. J'ai donc appris et accepté que je ne pouvais pas maîtriser, diriger la séance en fonction d'objectifs précis à atteindre absolument. Ce que j'avais de mieux à faire : écouter l'autre à travers mes ressentis, mon corps, mes mains et m'adapter afin de l'accompagner vers de nouvelles expériences sensori-motrices. La difficulté de cet accompagnement réside effectivement dans la capacité à être présent à l'autre tout en restant présent à soi. Nous devons avoir cette double écoute, cette double attention pour que l'échange soit réciproque.

Par mon état de détente, je pouvais rencontrer l'autre autrement. Par mon regard, mon toucher, ma voix, par la musique, les temps de silence, je me suis rendue compte que je pouvais toucher l'autre tant corporellement que psychiquement. Le *Snoezelen* est un temps, un espace de relation privilégiés, durant lesquels une interaction réciproque se met en place lors de propositions sensorielles agréables adaptées aux besoins du patient dans l'Ici et le Maintenant.

2) Un accompagnement « à la carte »

Cette liberté dans la structuration de l'accompagnement en *Snoezelen* en fonction du résident, de son histoire de vie et de son état psychocorporel, constitue la richesse et la difficulté de cette médiation.

En effet, cette liberté est une richesse car elle permet au patient de s'exprimer sur le plan physique et psychique, de prendre des initiatives. Il va créer son environnement, sa bulle sensorielle dans laquelle il se sent à l'aise, dans laquelle il se sent exister en tant que personne. Il pourra faire de cette séance la sienne. Même dans la répétition, chaque séance naîtra de sa création et sera ainsi différente.

Ce manque de structuration dans l'accompagnement peut être perçu par le professionnel comme une faiblesse ou alors une facilité. Effectivement, le psychomotricien et le résident peuvent faire jouer leur créativité et les mettre en commun afin de faire naître ensemble quelque chose qui va constituer ainsi la séance. La spontanéité est reine dans l'accompagnement en *Snoezelen*. Nous ne pouvons pas calculer, prévoir ce qu'il va se passer dans une séance. « C'est l'observation des patients au cours des séances qui s'est avéré riche d'enseignement. Leur comportement dans l'espace *Snoezelen* a permis de démontrer que l'affectivité primait sur l'effectivité : ce lieu est devenu, pour un temps, l'espace où le possible se réalise, où le plaisir des sens et les envies jaillissent, où l'expression du corps (...) traduit des émotions, où l'observation et la communication sont ravivées à travers des canaux sensoriels divers. »⁵⁵

L'intérêt de cette médiation est également de laisser une initiative au patient qui sait plus ou moins consciemment ce dont il a besoin pour aller mieux. Précédemment, nous avons abordé la mise en place de l'accompagnement en *Snoezelen* de Monsieur J.. Ce résident avait pratiqué dans le passé cette médiation et un jour, il nous a demandé s'il pouvait à nouveau faire des séances car celles-ci avaient été bénéfiques pour ses

⁵⁵ Dr. LEHNHART G. cité par BERBIGIER ESCHAUZIER L., 2012, p 51

tremblements. Avec Monsieur J., je faisais « un travail » autour de la conscience du corps, des zones de tension afin qu'il soit en mesure de réguler, de contrôler ces tensions de manière autonome. Il était demandeur de cette prise d'indépendance lors de l'accompagnement.

3) Des « progrès » non mesurables

Durant mes accompagnements en *Snoezelen*, je me suis de nombreuses fois questionnée par rapport à l'intérêt de cette médiation. Je me suis alors fait une fiche d'observations⁵⁶ de la séance afin de tout noter. Sur le coup, je ne percevais pas d'« évolution » directe. J'avais l'impression de faire toujours la même chose sans avoir la preuve de l'utilité et de l'efficacité de cet accompagnement. Après discussion avec la psychomotricienne, j'ai réellement pris conscience de l'intérêt de cette médiation et de l'utilité de la régularité et de la répétition des séances. Ce cadre stable, répétitif devenait un repère favorable à l'installation d'une relation de confiance qui est indispensable pour que la personne se livre sur son histoire personnelle, ses émotions, son vécu.

L'objectif majeur de la prise en soin en psychomotricité de la personne âgée n'est pas le progrès, mais plutôt le maintien des capacités psychomotrices afin de favoriser l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne. Ainsi, le but du projet thérapeutique n'est pas de quantifier une évolution, de progresser mais plutôt d'apporter au patient un mieux-être à un instant précis de sa journée. Par la suite, grâce à la répétition des séances, à la mise en place de l'alliance thérapeutique et à l'adaptation du psychomotricien en fonction des besoins du patient, d'éventuels progrès vont commencer à émerger. Notre accompagnement en psychomotricité dépendra donc de leur demande, de leurs besoins à cet instant de la journée.

« En *Snoezelen*, il n'y a pas d'échec. Une séance n'est ni un apprentissage, ni un soin. Chacun investit l'espace relationnel à son rythme, en toute liberté. »⁵⁷

⁵⁶ Cf. Annexe n° 5

⁵⁷ BERBIGIER ESCHAUZIER L., 2012, p 64

4) Mon vécu, mes doutes, mes questionnements par rapport au *Snoezelen*

La première fois que je suis entrée dans la salle *Snoezelen* en fonctionnement, je suis restée un instant près de la porte à observer pour découvrir cet univers sensoriel. Séances après séances, j'avais toujours cette même réaction. J'avais besoin de ce temps pour ma propre préparation psychocorporelle afin de rencontrer le résident que j'accompagnais et lui proposer un cadre contenant, sécurisant. Cette capacité à prendre conscience de ma disponibilité psychomotrice est le fruit de ces trois années de formation. Je me suis rendue compte lors de mes accompagnements en *Snoezelen* que j'étais davantage sensibles aux stimulations auditives et tactiles.

Après quelques expériences sensori-motrices, je me sentais apte à garantir ce cadre contenant et sécurisant que nous avons mis en place avec la psychomotricienne. Toutefois, ce sentiment pouvait se trouver fragilisé en fonction de l'humeur, de la disponibilité, des expressions, des émotions de chacun d'entre nous.

→ *Au cours d'une séance dans la salle multi-sensorielle, Madame M. me dit « ah, ça ressemble à une boîte de nuit ! ».*

A ce moment, j'ai douté de mon cadre sensoriel. Il y avait-il trop de stimulations visuelles, auditives ce jour pour cette résidente ? Je lui demande alors comment elle se sent dans cette salle pour évaluer son état d'esprit et ses éventuelles angoisses. Elle me répond « je suis bien, ça me fait penser à la danse ». J'étais rassurée.

Compte tenu de la sémiologie des troubles présents dans la schizophrénie et dans la psychose plus généralement, la question de l'indication et de la contre-indication de l'accompagnement thérapeutique en *Snoezelen* doit se poser. La stimulation multi-sensorielle en *Snoezelen* risquerait-elle d'alimenter le délire par la création de cet univers un peu hors du réel ? C'est une question que je me suis posée lorsque la psychomotricienne m'a présenté les différentes médiations qu'elle proposait aux résidents. Suite à cette expérience en *Snoezelen* auprès d'une population psychotique, je ne pense pas que ce soit une contre-indication stricte. Comme tout accompagnement, il doit être adapté à la pathologie du patient. Le psychotique peut avoir accès à cette médiation dans un cadre précis, contenant, sécurisant dans lequel on n'alimente pas le délire. Selon l'approche en *Snoezelen*, le psychomotricien propose un contenant, des enveloppes psychocorporelles fiables selon une approche corporelle, sensorielle (respectueuse du profil sensoriel du sujet) et non-verbale (dialogue tonique, mimiques...).

Mes observations m'ont amenée à conclure que cette médiation était appropriée à la population psychotique dans un cadre thérapeutique précis.

La reconnaissance des patients au cours des séances a été pour moi une grande émotion et m'a permis d'avoir davantage confiance en moi. Ces séances étaient pour moi un réel moment d'expériences, de partage, d'émotions, de relation humaine.

Conclusion

Les patients âgés schizophrènes présentent diverses problématiques psychocorporelles liées à la fois à la pathologie mentale mais également au vieillissement. Dans ce mémoire, nous nous sommes particulièrement intéressés aux enveloppes défaillantes qui limitent et entravent les capacités relationnelles de la personne âgée schizophrène.

Durant cette année, j'ai pu accompagner en psychomotricité Monsieur C., Madame F., Madame M. et Monsieur J., des patients schizophrènes. Il m'est apparu intéressant pour la recherche de conscience corporelle, de bien-être psychocorporel et pour la recherche d'un sens dans la relation à l'autre, de leur proposer un accompagnement autour de la sensorialité. L'accompagnement en psychomotricité de ces patients s'est alors effectué selon le concept *Snoezelen*, dans une salle multi sensorielle.

Tout au long de cet accompagnement, à travers un cadre contenant, enveloppant et des stimulations primaires se basant sur les sens, nous avons constaté des états de détentes qui ont permis à ces personnes d'abaisser leur état de vigilance. Ainsi, elles étaient prêtes et disponibles pour aller à la rencontre de la réalité de l'Ici et le Maintenant, à la rencontre de l'autre.

Avec le temps, la répétition de ces expériences sensori-motrices et relationnelles, la personne âgée schizophrène pourra s'engager dans la relation à l'autre au sein de la résidence et y trouver un sens, un besoin. Ces expériences pourront être facilitées notamment avec la mise en place de la philosophie Humanitude sur l'ensemble de l'EHPAD. Cette philosophie prône en effet les soins relationnels selon une approche psychocorporelle (toucher tendresse, mobilisations douces) et sensorielle (regard, parole, toucher).

« Prendre conscience du bien-être apporté par l'autre est une étape vers la reconstruction de soi. »⁵⁸

⁵⁸ CHRISTODOULOU A., 2006, p 8

Bibliographie

Ouvrages :

ALBARET JM., AUBERT E., (2015), *Vieillesse et Psychomotricité*, Marseille, De Boeck Solal.

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., (2004), *Corps et Psychiatrie*, Paris, Heure de France.

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

BERBIGIER ESCHAUZIER L., (2013), *Snoezelen, la maladie d'Alzheimer et la communication dynamique non directive*, Courcouronnes, Pétrarque.

BESANCON G., (1993), *Manuel de psychopathologie – les psychoses et BDA*, Paris, Dunod.

BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*, Toulouse, Erès.

CHARAZAC P., (2011), *L'aide-mémoire de psycho-gériatrie*, Paris, Dunod.

DEFIOLLES-PELTIER V., (2010), *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, 2ème édition Vernazobres-Grégo.

GEORGIEFF N., (2004), *Qu'est-ce que la schizophrénie ?*, Paris, Dunod.

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

JOVER M., (2000), *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture*, In *Le développement du jeune enfant, idées jeunes et approches actuelles*, RIVIERE J. (sous la direction de), Marseille, De Boeck Solal.

Le BARS D., WILLER JC., (2008), *Plasticité de la douleur : rôle des contrôles inhibiteurs diffus*. Paris, Elsevier Masson Consulte.

MERLEAU PONTY M., (1996), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Verdier.

PIREYRE E., (2011), *Clinique de l'Image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod.

POTEL C., (2012), Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir, Toulouse, Erès.

ROBERT P., (2013), Le petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, Petit Robert.

VAIVRE-DOURET L., (2003), La qualité de vie du nouveau-né, Corps et dynamique environnementale, Paris, Odile Jacob.

WINNICOTT DW., (1989), De la Pédiatrie à la Psychanalyse, Paris, Payot.

Articles :

BOURGEOIS F., (2012), Les sois relationnels, In La revue de l'infirmière, n°180.

CAUT I., (2000), Image du corps et schizophrénie, travail sur le tonus en psychomotricité, In thérapie psychomotrice et recherches, n°123.

CHRISTODOULOU A., (2006), Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie adulte, In Evolution Psychomotrice n°71.

COHEN L., DESMIDT T., LIMOSIN F., (2014), La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives, In Annales Médico-Psychologiques n°172.

DEFIOLLES-PELTIER V., (2013), Silence, schizophrénie et thérapie psychomotrice, In Thérapie psychomotrice et recherches, n°174.

DELION P., (2012), Enjeux actuels du corps en psychiatrie, In Santé Mentale, n°169.

HENRY JM., VEDIE C., WITJAS T. et al., (2006), Sémiologie des troubles psychomoteurs

Le BARS A., (1994), Manifestations schizophréniques et psychomotricité, In Thérapies psychomotrices, n°84.

LIMOSIN F., (2012), Schizophrénie et vieillissement, In Annales Médico-Psychologiques n°170.

MORNET J., (2012), Le corps, lieu de rencontre avec le psychotique, In Santé Mentale, n°169.

Lexique

Aboulie : Diminution ou insuffisante, voire disparition, de la volonté. Le sujet éprouve des difficultés à faire des efforts, à prendre des décisions. Toute activité lui devient pesante ou même impossible (apragmatisme).

Amimie : Réduction de la mobilité faciale et gestuelle alors que le patient ne souffre d'aucune paralysie. Le patient n'exprime aucun sentiment, émotion, idée à travers ses mimiques faciales et gestuelles.

Anhédonie : Incapacité à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes. Fréquemment observée au cours de la dépression et de la schizophrénie.

Anorexie : Trouble des conduites alimentaires avec obsession par rapport à la prise de poids, recherche du contrôle et de la maîtrise. Clivage entre le corps qui est dysmorphophobique et l'intellect qui est surinvesti.

Apathie : Incapacité d'être ému ou de réagir. Affaiblissement de l'initiative et de l'activité, lié à une profonde indifférence affective.

Apragmatisme : Incapacité psychique à réaliser des actes élémentaires dont le sujet possède les moyens instrumentaux de réalisation (aboulie).

Athymie : Trouble de l'humeur caractérisé par une indifférence, une inactivité totale.

Boulimie : Trouble des conduites alimentaires caractérisé par une compulsion irrépressible, ingurgitation en un temps très court d'une grande quantité de nourriture. Souvent suivie de conduites purgatives.

Catatonie : Forme clinique de la schizophrénie caractérisé par un état stuporeux : immobilité, mutisme, maintien de la posture ; par des conduites négativistes : opposition, refus de communiquer, de s'alimenter ; avec survenue de décharges motrices et verbales, stéréotypies gestuelles et verbales, excitation immotivée.

Dépersonnalisation : Sentiment d'étrangeté qui donne au sujet l'impression qu'il n'est pas lui-même, que le monde extérieur et sa propre personnalité ont été modifiés. Il a le sentiment d'une atteinte de son intégrité corporelle, psychique et un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de lui-même. Se rencontre plus souvent dans les accès psychotiques aigus (BDA) et la schizophrénie.

Déréalisation : Sentiment d'irréalité qui touche la perception du monde environnant.

Fading-mental : Arrêt du cours de la pensée : évanouissement progressif du flux idéo-verbal.

Handling : Notion décrite par WINNICOTT. De l'anglais « to handle » : manier, traiter. Se rapporte à la façon dont la mère prend soin de son enfant au quotidien (change, bain, sommeil, alimentation...).

Holding : Notion décrite par WINNICOTT. De l'anglais « to hold » : tenir, maintenir, soutenir, supporter. Fait référence aux attitudes et comportements de maternage au décours des premiers échanges mère/enfant. Le holding ne se rapporte pas seulement au portage physique, il fait également référence au portage psychique.

Hyper sialorrhée : Production excessive de salive, également lorsqu'il n'y a pas de nourriture dans la bouche pour en stimuler sa sécrétion.

Incurie : Indifférence et manque total de soin ou d'application dans l'exercice d'une fonction ou dans l'exécution d'une tâche.

Mégalomanie : Surestimation de ses capacités qui se traduit par un désir immodéré de puissance et un amour exclusif de soi.

Mutisme : Absence d'expression verbale, en particulier d'origine psychiatrique.

Proxémie : Elle correspond à la variation des distances interpersonnelles. Quatre catégories de distance sont distinguées : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique.

Syndrome d'automatisme mental : Fonctionnement automatique, spontané et dissident partiel ou total de la vie psychique du sujet.

Annexe n° 1 : La salle *Snoezelen*



Cette salle est située au milieu d'un long couloir accessible par les professionnels qui possèdent un badge.

C'est une pièce sans fenêtre, les murs de la salle sont blancs et le sol est neutre.

Annexe n° 2 : Les groupes iso-ressources (GIR)⁵⁹

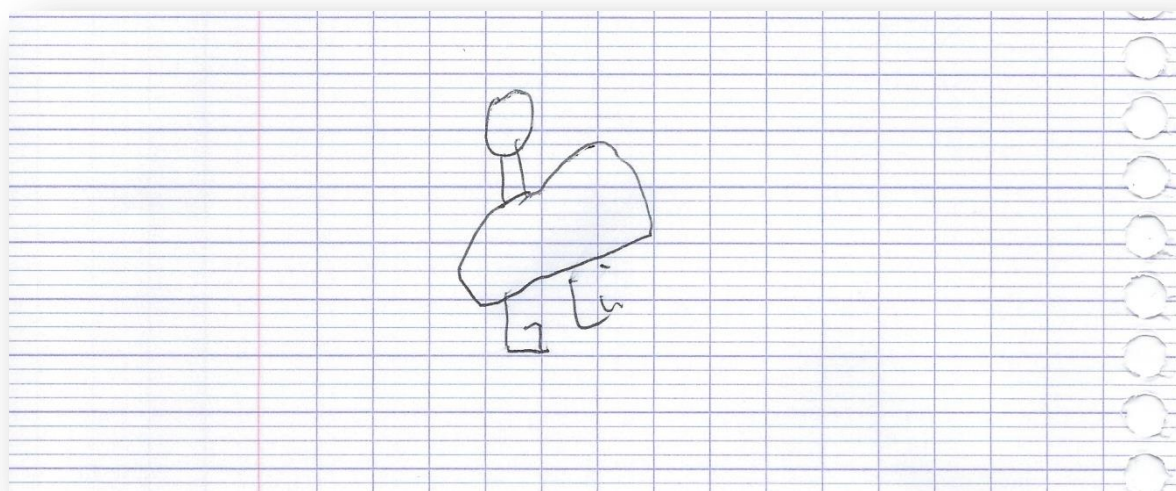
Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ils sont au nombre de six.

Le classement dans un GIR s'effectue en fonction des données recueillies par l'équipe médico-sociale à l'aide de la grille Aggir (Autonomie gérontologie-groupe iso-ressources).

GIR 1	Personnes restant au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.
GIR 2	Deux groupes de personnes dépendantes : - Celles qui restent au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées ; une prise en charge est nécessaires pour la plupart des activités de la vie courante. - Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer ; certains gestes (habillage, toilette...) ne peuvent être accomplis en raison de déficience mentale.
GIR 3	Personnes ayant conservé partiellement leurs capacités motrices, mais qui ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.
GIR 4	Deux groupes de personnes : -Celles qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais qui peuvent se déplacer seules à l'intérieur de leur logement ; une aide peut être nécessaire pour la toilette et l'habillage. - Celle qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.
GIR 5	Personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules, mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, le ménage.
GIR 6	Personnes autonomes dans tous les actes de la vie quotidienne.

⁵⁹ BERBIGIER ESCHAUZIER L., 2013, p 22-23

Annexe n° 3 : Le dessin du bonhomme de Madame F.



Annexe n° 4 : La discussion écrite de Madame F.

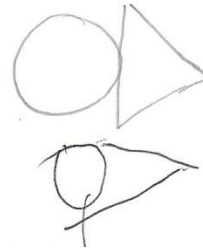
Je m'appelle



qu'est ce que se
pass
il se passe rien Cathrine

Je vous aime

bien



Annexe n° 5 : La grille d'observation de la séance de *Snoezelen*

Nom du résident :

Nom du soignant :

Date de la séance :

Durée de la séance :

<p>Sensibilité du patient aux stimulations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tactiles <input type="checkbox"/> Auditives <input type="checkbox"/> Visuelles <input type="checkbox"/> Vestibulaires <input type="checkbox"/> Olfactives 	<p>Déroulement de la séance :</p>	<p>Communication verbale :</p>
<p>Matériels utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Matelas à eau <input type="checkbox"/> Pouf à billes <input type="checkbox"/> Matelas dur en mousse <input type="checkbox"/> Colonne à bulles <input type="checkbox"/> Rideau de lumière <input type="checkbox"/> Projecteur lumineux mural <input type="checkbox"/> Musique zen <input type="checkbox"/> Instruments à musiques <input type="checkbox"/> Diffuseur d'huiles essentielles <input type="checkbox"/> Balles (molle, picots, araignée...) 	<p>Comportements du résident :</p> <p>Avant :</p> <p>Pendant :</p> <p>Après :</p>	<p>Communication non verbale :</p>

Document rédigé par Hortense LEVALOIS

Résumé :

L'accompagnement psychomoteur de la personne âgée psychotique est une pratique qui fait de plus en plus ses preuves sur le plan clinique. Ce mémoire relate mon expérience psychomotrice en établissement géro-psi-chiatrique.

La compréhension des problématiques psychocorporelles de la personne âgée schizophrène, nous permet de prendre conscience qu'un accompagnement sensoriel autour des éprouvés corporels pourrait restituer dans le présent, des enveloppes corporelles contenant et sécurisantes. Plongée dans un bain sensoriel et dans une ambiance calme et sécurisée, la personne âgée schizophrène pourra découvrir de nouvelles expériences sensori-motrices et lâcher-prise. Elle appréciera cet état de détente et se laissera aller à la rencontre de l'autre. Créer une relation de confiance sera un outil indispensable dans l'accompagnement du résident. Tout ceci contribuera au réinvestissement psychocorporel de la personne âgée schizophrène.

Mots-clés :

Psychomotricité - Géro-psi-chiatrie - Schizophrénie - Sensorialité - Relation thérapeutique - *Snoezelen*

Abstract :

The psychomotor support of psychotic elderly people is a practice which becomes visible on the clinical plan. This report deals with my experience as a psychomotrician during my training period in a geriatric psychiatry institution.

Understanding the body-mind problematics of schizophrenic elderly person gets us to realize that sensory support with different corporal experiences, could re-establish body-mind envelopes which are reassuring. In a safe and sensory atmosphere, the schizophrenic elderly person will be able to discover various sensori-motor experiences and let go. She'll appreciate this body-mind well-being and will indulge in meeting others. Building a trusting relationship will be very important in the care of patients. All this will help the schizophrenic elderly person's body-mind reinvestment.

Keywords :

Psychomotricity - Geriatric psychiatry - Schizophrenia - Sensory experience - Therapeutic relationship - *Snoezelen*