



Association pour la Recherche et la  
Formation des Infirmiers et infirmières

arfi@chu-st-etienne.fr

## 4<sup>ème</sup> Colloque national en soins infirmiers Année 2019

Titre de la présentation	<b>A la rencontre des personnes âgées par la médiation sensorielle</b>
Établissement	EHPAD Buisson – CCAS Ville de Saint-Etienne
Adresse	8 rue Etienne Dolet 42000 Saint-Étienne
<u>Personnes ressources</u> : grade, téléphone, mail...	CHEMAMI Dallal, IDE: dallal.chemami@saint-etienne.fr LEROY Adeline, psychologue : adeline.leroy@saint-etienne.fr  Téléphone Résidence Buisson : 04 77 32 60 53

**ATTENTION!**

Le contenu de ce sujet appartient à l'équipe qui le présente.  
Toute reproduction est interdite sans l'autorisation des auteurs.

Aux résidents de Buisson, sans qui nous ne serions pas là.

Merci à la direction de Buisson et du CCAS de Saint-Etienne de nous soutenir dans notre projet.

Merci aux membres de l'ARFI de nous avoir accompagnées dans l'élaboration de cette présentation.

*« Vieillir est aussi un devenir, même si c'est sans doute devenir moins, jusqu'à cesser d'être.  
Encore que l'affaiblissement de nos ressources vitales n'implique pas une diminution de notre  
puissance d'exister, de la réalité de notre être en soi. »*

Philippe Barrier

## **I. Introduction**

Nous sommes, IDE, AS, AMP, psychologue. Nous travaillons à l'EHPAD Buisson à St Etienne. Cette résidence municipale accueille 78 personnes, dont 24 atteintes de maladie de type Alzheimer, au sein de 2 Unités de Vie Protégées (UVP).

Une UVP est définie par un lieu individualisé, réservé à des personnes présentant une démence, doté d'un personnel formé, dans un environnement adapté, intégrant la participation des familles et ayant un projet de soins spécifique prenant en compte la qualité de vie, la dignité, le confort.

Poussons ensemble la porte de l'une de ces unités, mais, doucement une résidente se trouve peut-être derrière... Nous traversons ensemble le long couloir rose pâle, bordé par les chambres des 10 résidentes. Nous croisons Mme S. qui marche, comme à son habitude, en frottant le mur de sa main. Elle se déplace parfois à quatre pattes au milieu du couloir. Nous la saluons. Sa réponse est toujours la même : un « **OUI** » franc et ferme, ou alors elle ne répond pas. Nous parvenons à capter son regard. Elle nous prend la main et nous entraîne avec elle jusqu'à la salle commune.

L'après-midi touche à sa fin, l'atmosphère est électrique.

Le regard de Mme S. se dirige vers une autre résidente qui a tendance à marmonner et répéter inlassablement les mêmes mots, les mêmes questions... comme une litanie. Mme S. s'agace de ses bruits. Son visage se crispe. Ses yeux s'écarquillent. Il va falloir l'éloigner avant qu'une gifle ne parte. En même temps une résidente nous agrippe, le corps tendu et le regard fixe en un appel silencieux. Et puis il y a cette autre dame, qui ne parle plus guère, mais qui nous adresse un signe de la main. Une autre encore qui reste assise dans son coin, apathique. Une autre qui s'assoit, se lève, tourne dans le service et revient s'asseoir, encore et encore.

Que faire ? Que dire ? Comment être ? Dans cette ambiance oppressante, avec cette impression d'être débordées, contaminées par toutes les émotions, l'angoisse qui vibre dans l'air ?

## **II. Naissance de la démarche : difficultés et questionnements**

En côtoyant au quotidien des personnes âgées présentant des troubles apparentés à la maladie d'Alzheimer et face à nos difficultés de communication avec elles et de prise en charge, nous en sommes venus à nous questionner et à réfléchir sur la manière de les accompagner au mieux.

Malgré nos formations, notre expérience, la rencontre avec les résidents atteints de démence nous touche dans notre identité personnelle et professionnelle.

D'où une certaine lassitude et un essoufflement des équipes qui se ressentaient au sein même des UVP. Les soignants exprimaient lors des réunions d'équipe des sentiments négatifs : frustration, impuissance, dévalorisation, incompréhension, perte de sens du travail, solitude, culpabilité, honte... Comment les protéger des impacts de la maladie ?

C'est ainsi qu'en septembre 2016, un travail sur le projet de service des UVP est lancé. Des rencontres sont organisées avec l'ensemble du personnel des UVP, le Médecin Coordinateur, la Cadre de Santé et la psychologue. Il apparaît alors que l'essentiel est avant tout de pouvoir créer du lien avec la personne âgée. D'où la mise en place de plusieurs sessions de formation interne assurée par le médecin coordonnateur, la psychologue et la CDS intitulée : « *La relation avec les personnes âgées démentes* ». Cette formation est proposée à l'ensemble du personnel et est adaptée pour les familles et les bénévoles.

A la suite de ces formations nous nous sommes questionnés au sein de l'équipe soignante sur les moyens d'entrer en relation avec ces personnes. Notre idée principale : solliciter tout ce qui est préservé chez la personne malgré les altérations cognitives, à savoir le domaine affectif, les émotions, l'empathie. Il s'agit donc de maintenir une communication en établissant avec la personne, un ajustement, un accordage affectif.

### **III. Éléments théoriques**

#### **A/ Sensorialité et construction de l'identité**

Les diverses expériences sensorielles que l'individu fait dès le début de sa vie vont peu à peu lui permettre d'accéder à une unité corporelle et au sentiment d'identité.

A la naissance le vécu du nourrisson est morcelé, c'est-à-dire que les diverses informations sensorielles reçues ne sont pas reliées entre elles. Puis au fil du temps, ces différentes expériences corporelles soutenues et mises en sens par l'environnement maternel, ne seront plus isolées, c'est-à-dire que l'enfant va pouvoir les associer. Ainsi va progressivement se constituer une image unifiée, unique de qui nous sommes sur les plans physique, psychologique, émotionnel et sur le plan de la représentation. L'enfant pourra donc accéder à une unité corporelle, support de l'individuation et du sentiment d'identité.

Ce travail d'unification des différentes expériences sensorielles nécessite la présence d'un Autre. En effet, toute personne a besoin, pour se développer, grandir et s'épanouir, d'entrer en relation avec d'autres individus, et c'est par le corps que s'établissent les premiers échanges.

La notion d'*enveloppe corporelle* est essentielle dans le développement de l'être humain : l'idée de contenant et de contenu se constitue en lien avec l'acquisition de la notion de limite. Ce sentiment d'enveloppe contenante qui maintient, va s'élaborer dès la naissance au travers notamment des contacts tactiles lors des premiers soins maternels (*handling* maternel, D.W. Winnicott) et du portage de l'enfant aussi bien physique (portage dans les bras) que psychique (*holding* maternel, D.W. Winnicott).

Ainsi, en appui sur l'enveloppe corporelle se construit l'enveloppe psychique, entre autre théorisée par Didier Anzieu avec le concept de *Moi-peau*.

Comme la peau en tant qu'enveloppe corporelle permet tout à la fois à l'individu de recevoir des informations sensorielles de l'extérieur et de le protéger des stimulations excessives, le *Moi-peau* en tant qu'enveloppe psychique permet de recevoir des stimuli et de s'en protéger : *fonction de pare-excitation*. 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.

Le toucher de la peau va contribuer à la construction de l'individualité. En effet, les touchers et soins corporels accompagnés par le bain de langage de l'environnement maternel, que reçoit le bébé lui permettent de construire peu à peu son sentiment d'exister et de réagir à son environnement : c'est ainsi que se constitue la sécurité de base.

Le bain sensoriel dans lequel est plongé l'enfant durant tout son développement participe donc à la formation d'une première enveloppe unifiée, contenante et relationnelle. C'est ainsi que la sensorialité, sollicitée par des soins corporels ajustés et mis en mots par l'environnement maternant participe au bon développement psychocorporel et au socle de la construction de l'identité et du sentiment de continuité d'exister. La sensorialité constitue la base de notre identité car elle permet peu à peu la prise de conscience que JE suis différencié du reste du monde.

« *Le sentiment d'identité repose sur le corps, y compris lorsqu'il se défait* » P-M. CHARAZAC

### **B/ Sensorialité et maladie d'Alzheimer**

Avec l'avancée en âge et les poly-pathologies, la sensorialité, la perception du corps et du monde environnant sont modifiées, donc le sentiment d'identité se transforme aussi. D'autant plus dans la maladie d'Alzheimer car ce n'est pas juste oublier des choses mais c'est aussi oublier qui on est, ce qu'on est. Il y a un effacement progressif de son histoire, de sa singularité, un rétrécissement progressif de la vie subjective de l'individu, qui continue pourtant d'exister.

P.-M. Charazac rappelle à ce sujet l'importance de l'inscription de l'identité dans le corps : « *L'atteinte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer ne se joue pas seulement dans la pensée mais aussi dans le corps, au double niveau du schéma corporel et de l'image du corps.* ».

Lorsque les mots viennent à manquer, lorsque la pensée même échappe, il ne reste que le corps pour exister encore.

Les troubles cognitifs entraînent un impact sur la vie quotidienne, ainsi que des variations de l'humeur, notamment l'apparition d'angoisse face à des situations d'échec, de désorientation, etc. Par ailleurs, la personne peut avoir du mal à s'exprimer avec des mots. L'expression de son désarroi de ne plus comprendre comme avant le monde qui l'entoure, de souffrir, de devoir dépendre des autres, l'expression de la douleur, de ses inquiétudes et angoisses et plus globalement de ses émotions et ressentis peut alors passer au niveau corporel et comportemental.

Les troubles du comportement sont donc un moyen d'expression, qu'il nous faut chercher à comprendre ou tout au moins chercher à proposer des hypothèses de compréhension

Associée à ces troubles, la dimension intersubjective de la relation est également altérée. Face aux troubles du langage, de la mémoire, de la compréhension sur quoi s'appuyer encore ? Malgré la présence de troubles cognitifs, les émotions, les ressentis demeurent. Aussi le maintien d'une relation reste possible, notamment par la médiation sensorielle.

#### **IV. Mise en œuvre de la démarche**

##### **A/ Comment se rencontrer encore ?**

Grâce aux concepts précédemment développés, on mesure l'importance du toucher et du contact relationnel avec des personnes en grande dépendance.

A partir de nos observations des comportements et attitudes des résidents, nous avons cherché d'autres moyens « pratico-pratiques » pour alimenter la relation. En lien avec les projets personnalisés, les soignants proposaient déjà des bains thérapeutiques, des sorties individuelles, l'intervention d'une socio-esthéticienne...

Observer Mme S. froter le mur, ou une autre résidente s'apaiser en pliant du linge ou en nous caressant la main, nous a emmenées sur la piste de la sensorialité.

Pour solliciter la sensorialité, nous avons d'abord pensé fabriquer notre matériel et nous installer dans une salle d'inspiration Snoezelen. Mais l'architecture du bâtiment ne le permettait pas. Et tant mieux car notre idée principale était plutôt de trouver quelque chose de mobile, flexible, et disponible. Nous nous sommes donc arrêtées sur un chariot mobile pour nous déplacer dans les chambres et les différents secteurs de l'établissement. Mais surtout pour aller à la rencontre des résidents au moment où ils en ont besoin.

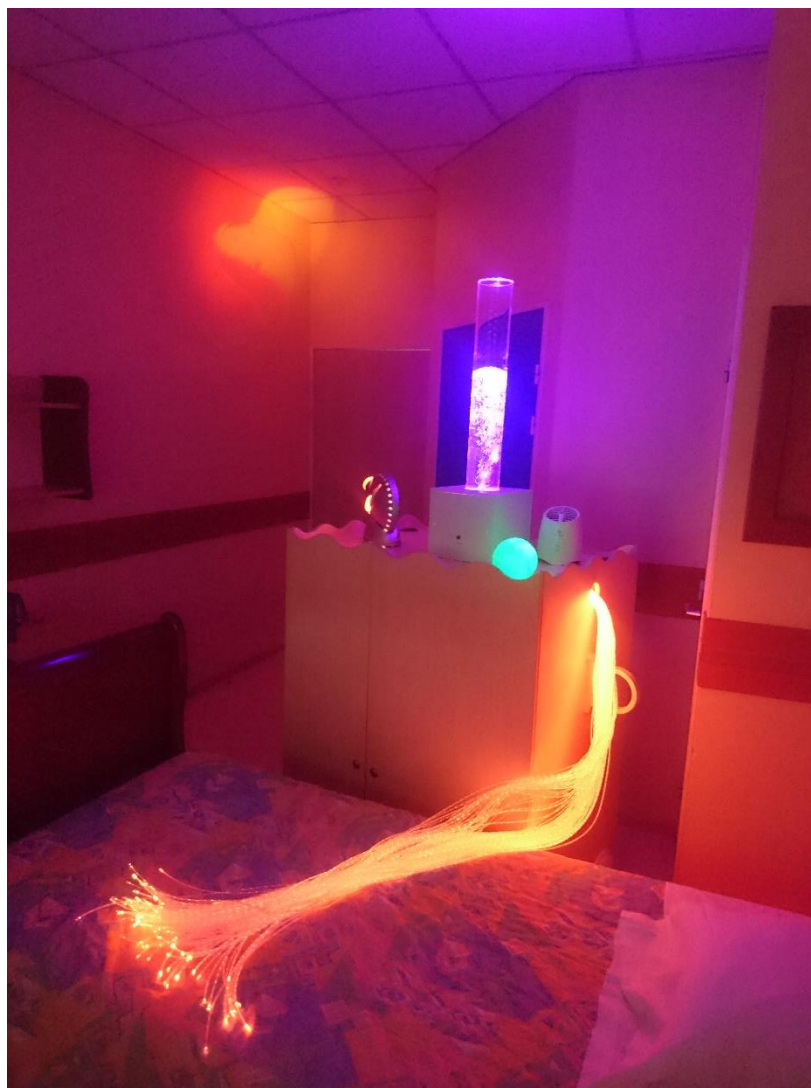
Nous avons opté pour l'achat de deux chariots que nous avons nommés chariots de médiation sensorielle.

##### **B/ Le chariot de médiation sensorielle**

Chariot compact et mobile en bois, il contient :

- une colonne à bulles
- un diffuseur d'huiles essentielles
- un projecteur spatial
- des fibres optiques avec source lumineuse interactive
- un système de musique Hifi avec lecteur CD / DVD, haut-parleurs intégrés



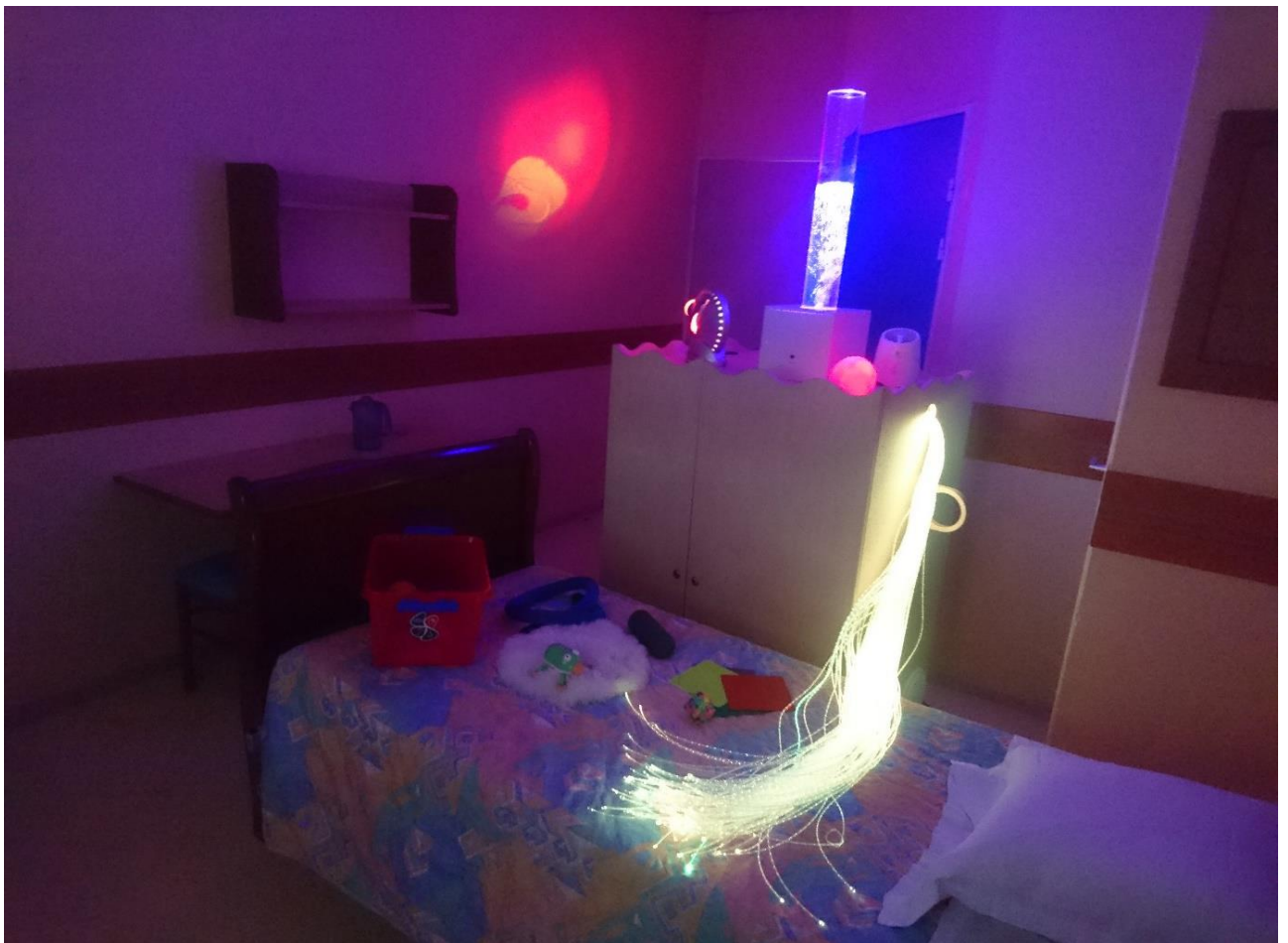


Les 4 boîtes de rangement colorées comportent des produits de stimulation sensorielle, triés par sens (vue, ouïe, toucher et l'odorat).



*Caisse jaune : la vue*

- 3 foulards : violet  
jaune et rose
- Balle qui clignote
- Gants + lampe ultra  
violet
- Baguette magique  
lumineuse
- 4 tubes étoilés
- 1 lampe veilleuse
- 6 miroirs de couleur : vert rouge jaune violet bleu et argent



## **V. La médiation sensorielle**

### **A/ Qu'est-ce qu'une médiation ?**

Une *médiation* est un moyen qui à la fois soutient la relation singulière entre une personne et un soignant et en constitue un des modes d'échange et de communication intersubjective consciente et inconsciente. La médiation a une fonction de tiers entre la personne et l'accompagnant, que tout à la fois elle relie et sépare.

### **B/ Qu'est-ce que la médiation sensorielle ?**

La médiation sensorielle consiste à utiliser la sensorialité pour entrer en contact, en relation avec l'autre, pour communiquer. La stimulation sensorielle est l'occasion de ressentir de nouveau son corps, de le réhabiter autrement que dans la douleur. Elle permet parfois de restaurer le sentiment d'identité et de retrouver une image positive de soi, bien atteints par le vieillissement et la maladie d'Alzheimer. Mme B. mal-voyante fait le choix de rester dans sa chambre hormis pour les repas. A la fin d'une séance de médiation elle témoigne « *ça fait longtemps que je n'ai pas ressenti une immense sérénité comme ça* ».

La médiation sensorielle a aussi pour but de solliciter une mémoire corporelle et affective, parfois oubliée. Par exemple, en touchant différents tissus, Mme B. se remémore avec émotion son chien disparu. Mme G, quant à elle, atteinte d'une démence à corps de Lewy, réclame constamment une présence. Durant une séance, alors qu'elle est déjà bien détendue et que les fibres optiques se colorent en bleu elle pense être au bord d'un lac avec son époux à pêcher des brochets. Elle re-vit ce souvenir doux, agréable et sécurisant, ce qui l'apaise durablement. En effet reconvoquer la présence de son mari lui permet de mieux supporter la solitude.

D'inspiration Snoezelen, cette médiation comporte :

- un versant apaisant : il s'agit d'un mode passif, qui fait appel à l'émotion et à l'affectif Il apporte confort, détente et relâchement ;
- un versant stimulant : il s'agit d'un mode plus actif qui fait appel à l'exploration et à la motricité. Cela favorise la motivation à l'action (agréable on continue, désagréable on arrête).

Il s'agit donc d'une exploration sensorielle dans le bien-être et l'apaisement : accompagner la personne à faire la découverte de son environnement et faire de ses expériences sensorielles une expérience positive, un moment de satisfaction.

La séance de médiation n'est pas un atelier occupationnel ou une activité passe-temps. Il n'y a pas d'échec, la séance n'est ni un apprentissage, ni un soin « technique ». Chacun investit l'espace relationnel à son rythme en toute liberté. C'est d'abord la rencontre entre deux personnes. La médiation est un outil au service de la relation, ce n'est pas une fin en soi. Elle se situe dans le « prendre soin », dans une approche humaine et positive. L'accent est mis sur les capacités restantes physiques, intellectuelles et surtout affectives, émotionnelles et relationnelles.

### **C/ Attitude du soignant : comment être ?**

Au-delà de la stimulation sensorielle, c'est d'abord le contact inter-personnel entre la personne et le soignant qui est essentiel. Il s'agit avant tout de trouver une attitude, une façon d'être ensemble. C'est ce que nous allons illustrer avec Mme P.

Mme P était atteinte des maladies d'Alzheimer et de Parkinson. Les derniers mois de sa vie, elle avait besoin d'une aide totale au quotidien. La communication verbale était quasi-inexistante mais elle avait un visage et un regard très expressifs. Par ailleurs elle a toujours beaucoup apprécié le contact physique avec les soignants (massages, soins du corps...).

Dans le contexte de sa fin de vie Mme P restait alitée. Elle était inconfortable, douloureuse et angoissée. En attente de la visite des soins palliatifs nous lui avons proposé une séance de médiation sensorielle, dans l'optique de l'apaiser. En tant qu'AMP, j'ai réalisé cette séance en binôme avec la psychologue. Nous étions installées chacune d'un côté du lit de Mme P.

Avant tout contact physique, la psychologue commence à lui parler de façon douce et apaisante. L'intonation de sa voix fait écho à mes gestes, mes effleurages. C'est là tout le travail d'accordage affectif, d'abord entre nous puis avec Mme P. Par l'accordage le soignant en présence de la personne démente permet l'expression des affects jusque-là restés inexprimables. C'est une chorégraphie, où chacun s'ajuste à l'autre au fur et à mesure.

Mme P. recherche le contact visuel et s'agrippe aux objets proposés et à nos corps. On sent dans son regard qu'elle aimerait lâcher prise mais elle n'y parvient qu'entre deux spasmes de douleur. Elle serre alors ce qu'elle a dans les mains : les fibres optiques, les balles, nos mains, nos bras. Et puis le regard de Mme P. s'accroche au mien pour un long et intense moment d'échange. L'échange est silencieux mais chargé d'émotions.

Nous ne sommes pas dans le « faire » mais dans l'« être », dans le « ressentir ensemble ».

Et peu à peu ses mains se font caressantes sur mon visage, comme si elle voulait rendre l'attention qu'on lui porte.

Nous accueillons tout ce qui arrive : ses mouvements incontrôlés face à la douleur, la crispation de son visage, son regard emplis de reconnaissance. Notre présence semble l'aider à supporter la douleur.

Nous lui offrons dans ce moment notre pleine et entière disponibilité et notre écoute attentive. Son regard et ses caresses témoignent de cette qualité de présence, partagée dans l'ici et maintenant.

### **D/ Déroulement d'une séance**

Chaque séance est unique et doit être adaptée à la personne, à ses besoins, à ses capacités, à sa situation du moment. Parfois la médiation sensorielle n'est pas adaptée, la personne n'est pas réceptive ou pas intéressée. Cela est proposé ou non en lien avec sa personnalité. Nous sommes notamment prudentes quant à l'utilisation de la médiation sensorielle auprès des personnes présentant des troubles psychotiques.

Les séances sont réalisées par des soignants (AS, AMP, IDE), la psychologue, seul ou en binôme.

Nous vous proposons un déroulement type d'une séance.

- *La préparation*

Le soignant réfléchit à ce qui va être proposé durant la séance, en lien avec les capacités, les goûts, les envies, le projet personnalisé de la personne.

Préparation de l'espace : où s'installer ? Comment installer le matériel, le résident ?

Préparation du chariot : vérifier que tout est disponible, en état de fonctionnement

Préparation du soignant : se rendre disponible, ne pas être stressé, téléphone posé ou mis en silencieux avec information aux autres soignants.

- *La phase d'acclimatation*

Il s'agit de créer un climat suffisamment sécurisant pour permettre exploration et/ou détente.

- *La phase d'invitation*

C'est la séance proprement dite. Il s'agit de :

\* Créer une atmosphère adéquate, chaleureuse, apaisante, sécurisante permettant de se détendre, de prendre plaisir.

- \* Respecter le choix, le rythme de chacun en laissant vivre aux personnes leurs propres expériences. Attention à leur « laisser le temps »
- \* Sélectionner et doser les stimulations sans les imposer : explorer et découvrir l'espace environnant, les autres et son espace personnel.
- \* Accompagner les personnes dans leurs découvertes sensorielles et motrices. En verbalisant (sans excès) et en étant facilitateur non directif.
- \* Exploration libre puis éventuellement exploration dirigée multisensorielle, présentation des différents supports en essayant de cerner ses préférences.

- *La préparation à la fin de la séance*

- \* finir en douceur lorsque l'on voit une baisse d'intérêt, un ennui ; ou que l'on souhaite arrêter la séance.
- \* pour inviter à la fin, l'accompagnant peut utiliser son propre corps (changer d'attitude en se mettant debout, verbaliser, etc.) ou utiliser le matériel (augmenter la luminosité, supprimer la musique de fond, etc.). Il est important de prévenir que l'on va terminer la séance pour que la personne ait le temps d'anticiper ce moment et de s'y préparer dans la mesure du possible.
- \* sortir de la salle (de nouveau normalement éclairée)

- *La phase de réappropriation*

C'est le moment d'échanger avec la personne sur ce qui a été vécu.

- *La phase de débriefing*

Après la séance le soignant a besoin de se retrouver, d'identifier ce qu'il s'est passé, pour lui et pour le résident. Pour le guider dans ce *temps de débriefing*, une fiche d'évaluation et une notice explicative, ont été créées et intégrées à notre logiciel de soins.

## **VI. Évaluation, témoignages**

Certains soignants ne considèrent pas la médiation sensorielle comme un soin, mais plutôt comme une animation et de ce fait ne se sentent pas concernés. D'autres sont mal à l'aise avec la question de la sensorialité auprès des résidents. Une formation interne a été proposée pour les sensibiliser à cet outil et leur permettre de l'utiliser. Ainsi une vingtaine de soignants ont été formés. Du fait des mouvements de personnel, il est nécessaire d'organiser régulièrement de nouvelles sessions de formation.

Actuellement environ 10 soignants utilisent la médiation sensorielle. 35 séances individuelles ont été réalisées. Une vingtaine de résidents ont bénéficié d'au moins une séance individuelle et l'ensemble des résidents des unités protégées ont bénéficié d'au moins une séance collective.

Comme dans tous les établissements médico-sociaux, nous sommes confrontés au manque d'effectif, aux problèmes de planning, qui se traduisent par des difficultés à dégager du temps pour proposer la médiation sensorielle. Aussi nous connaissons des difficultés pour réaliser des séances régulières auprès d'un même résident et ainsi nous inscrire dans une démarche d'évaluation à long terme. En revanche nous notons que la médiation apporte un apaisement à la plupart des résidents et qu'ils demandent parfois une nouvelle séance.

Mme B dit d'ailleurs à la fin d'une séance : *« je me suis sentie vivante »*

Et Mme P témoigne : *« c'est des choses très intéressantes, très agréables [...] du bien-être et de la découverte ».*

Les familles des résidents concernés sont informées lorsque cela nous semble pertinent en lien avec leur projet d'accompagnement. Peu d'éléments du contenu de la séance sont transmis car c'est un moment d'intimité entre soignants et résidents. Les familles sont plutôt enthousiastes de cette proposition.

Les soignants qui utilisent la médiation sensorielle expliquent qu'elle permet de créer une relation privilégiée avec le résident. Elle nous amène à un changement de posture : le soignant est moins directif et se positionne dans un accompagnement « à-côté », où le résident va à son rythme et nous guide. Notre regard sur le résident change, on le découvre autrement, et réciproquement.

*« C'est une démarche au-delà du soin pur, c'est une démarche d'accompagnement. Le résident dirige la séance alors que d'habitude, c'est le soignant qui dirige. Là le soignant est à l'écoute. Le résident dit des choses qu'il ne dirait pas dans une situation de soin classique.*

*Au quotidien, on est très vite submergés par les gestes répétitifs comme la toilette, l'habillage..., le chariot a été un moyen de changer le regard qu'on a sur les résidents... il permet de les voir sous un autre angle qui change le quotidien. Ce temps autre que les soins m'a appris à avoir une autre vision des choses... » Yamina, AMP.*

La médiation sensorielle apparaît comme un « temps hors du temps » qui bénéficie également aux soignants : *« Ce temps sensoriel est un second souffle qui sort de l'ordinaire »* Yamina, AMP.

L'infirmière coordinatrice constate :

*« Une AVS est arrivée en poste de journée, fatiguée, cernée. Elle semblait épuisée dès son arrivée. Elle a fait une séance avec Mme F., et à 16h, elle avait l'air reposée, sereine, détendue, son visage s'était apaisé, illuminé ».*

La médiation sensorielle permet aux soignants de se découvrir autrement :

*« Je ne savais pas comment ça se déroulerait, comment interpréter les émotions, comment les accueillir, les gérer, ça me faisait peur, maintenant, je me sens plus à l'aise, même au quotidien »*, Justine, AMP.

*« On se trouve des qualités on est dans le laisser faire, le respect de l'autre »*, Yamina, AMP.

C'est un autre outil à la disposition des soignants :

*« C'est un véritable joker pour moi car il me permet d'avoir une alternative lorsque je suis au bout de mes possibilités thérapeutiques, c'est une véritable alternative aux traitements médicamenteux. »* Dallal, IDE.

Le partage d'expériences dans la médiation sensorielle renforce la cohésion entre collègues malgré les différentes sensibilités de chacun.

*« Parfois les troubles du comportement deviennent difficiles à gérer et à la longue c'est épuisant. Discuter entre professionnelles d'une séance permet d'avoir un nouveau regard sur le résident. Ça permet de prendre du recul. »*, Justine, AMP.

Le chariot est globalement bien perçu par l'équipe des unités protégées. Il y a moins d'enthousiasme à l'EHPAD même s'il trouve son intérêt dans les accompagnements de fin de vie.

Une aide-soignante explique :

*« Je ne me retrouve pas dans la médiation sensorielle, je préfère accompagner autrement les résidents mais je trouve intéressant que ça leur soit proposé. »*

Une infirmière observe :

*« Je pense que c'est une excellente opportunité pour la prise en charge de patients qui ne peuvent communiquer par le biais de moyens de communication classiques. Les personnes grabataires ou souffrant de démences sont dans un isolement relationnel et physique, le chariot leur permet de raviver des souvenirs, de créer des sensations, tout ça pour leur faire toucher un moment de mieux-être. »*

*« Au quotidien, les moments individuels sont courts et je ne suis pas entièrement disponible pour le résident. La médiation sensorielle m'apporte un nouvel accompagnement. Elle m'a permis de mieux gérer et comprendre les émotions et les angoisses. Les relations lors des séances sont intenses et nous touchent personnellement. Le résident nous guide et nous transporte avec lui. La médiation sensorielle est une nouvelle approche très intéressante. Elle valorise et apporte un nouveau souffle dans mon travail. Elle aide à installer naturellement une relation de confiance, à être plus à l'aise devant les comportements. » Justine, AMP*

## **VII. Conclusion**

Le projet est vivant et évolue encore. Il est né de discussions informelles entre une infirmière et la psychologue il y a un peu plus de 2 ans et s'est lentement mis en œuvre fin 2017 avec l'achat des chariots. Au fil du temps, et malgré les résistances et les craintes des soignants, un certain nombre se l'approprient et l'utilisent au gré des besoins.

Il est employé autrement que dans le projet initial, d'abord pensé pour les résidents des unités protégées, en séance individuelle.

Lors des fins d'après-midi difficiles, comme décrit au début de cet exposé, une séance collective peut être proposée avec une partie « défouloir », bruyante, avec les instruments de musique. Puis une partie de retour au calme avec de la musique douce et une ambiance tamisée, pour les apaiser et préparer le temps du repas.

La médiation sensorielle a pu être utilisée aussi auprès d'une résidente sans trouble cognitif. Elle était en fin de vie et refusait tout médicament malgré la douleur. La séance a permis de la soulager tout en respectant son choix. Elle a ainsi pu se laisser aller et mourir sereinement quelques heures plus tard. Cette proposition a également apaisé les équipes soignantes qui ont été mises à mal par son opposition.

Le chariot a aussi été support de médiation entre soignants, résidente et famille. Lors de la fin de vie de Mme S, ses filles étaient très angoissées et très présentes. Leur angoisse se diffusait auprès de leur maman, qui se montrait alors agitée. La présence de l'infirmière avec le chariot a permis d'apaiser Mme S et ses filles et qu'elles partagent ensemble ce dernier moment sereinement.

Ainsi malgré des médias qui visent à disqualifier les prises en charge en EHPAD et malgré des difficultés réelles de logistique, il est possible, grâce à la motivation des professionnels, de porter des projets innovants.

### **VIII. Bibliographie**

- ANZIEU, D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.
- CAMUS, V., LEMOINE, M. & PERU, N., « Vieillesse, démence et relation intersubjective : approche psychologique et éthique », *Ethique Publique* [En ligne], vol. 10, n° 2 | 2008
- CHARAZAC, P-M., « Point de vue psychanalytique sur la perte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer », *Revue thématique, psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 7, n° 3, 2009, p. 174.
- CYRULNIK, B. (2000), *Les nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob
- FERNANDEZ, L. (2015). « Sensorialité et émotions chez des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer », in Fernandez, L. Bonnet, A. *Psychologie clinique du vieillissement*. Paris : In Press, Fiches de psycho, pp. 59-83.
- PELISSIER, J. (2011), *Ces troubles qui nous troublent*, Toulouse, Erès
- PERRON, M. (2003), *Communiquer avec des personnes âgées*, La « Clé des Sens », Lyon, Chronique sociale
- WINNICOTT, D.W. (1945), « Le développement affectif primaire », in (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 2000, pp. 57-71
- Livret « Espace multi-sensoriel Snoezelen : un monde rempli de sens – dans l'unité spécialisée Alzheimer », Pavillon des Alizés aux Jardins du Castel (35410 Châteaugiron)