

# Mémoire de Projet

sur

## l'Approche Montessori adaptée auprès des personnes âgées



---

### **DU Approche Non Médicamenteuse** **de la Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées**

Anne-France HURET (20605979)

# Table des matières

<b><u>I - L'APPROCHE MONTESSORI</u></b>	<b>4</b>
I.1. Définition .....	4
I.2. Fondements théoriques .....	4
I.3. Objectifs .....	6
I.4. Indications et contre indications .....	8
I.5. Freins réels et imaginaires .....	9
I.6. Enjeux et limites.....	10
I.7. Budget prévisionnel .....	10
<b><u>II- CADRE ET DISPOSITIF</u></b>	<b>10</b>
II.1. Type de projet.....	11
II.2. Lieu du projet.....	11
II.3. Nombre de patients .....	12
II.4. Contraintes spatiales .....	12
II.5. Horaires des séances .....	13
II.6. Fréquences des séances.....	13
II.7. Durée des séances .....	14
II.8. Déroulement type d'une séance (protocole) .....	14
II.9. Thèmes et consignes .....	15
II.10. Matériel utilisé.....	16
II.11. Nombre et Attitude du thérapeute.....	16

<b><u>III- EVALUATION ET DEMARCHE EXPERIMENTALE</u></b>	<b>16</b>
III.1. Durée du projet.....	16
III.2. Objectifs, problématiques et hypothèses .....	17
III.3. Evaluations .....	17
III.4. Résultats en regard des hypothèses .....	18
<b><u>IV- EVALUATION ET DEMARCHE CLINIQUE</u></b>	<b>19</b>
IV.1. Dynamique institutionnelle et relationnelle .....	19
<b><u>V- REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES</u></b>	<b>20</b>
<b><u>VI- ANNEXE</u></b>	<b>22</b>
VI.1. Echelle d'engagement de Menorah Park (MPES) .....	22
VI.2. Article.....	23
VI.3. Productions.....	28
VI.4. Fiches protocole de projet .....	29

## I. L'Approche Montessori

### I.1. Définition

L'approche Montessori, qui a été adaptée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, a pour principe, de solliciter les capacités restantes du résident, au niveau social, moteur, cognitif, émotionnel, de stimuler la mémoire procédurale (implicite) des savoir-faire gestuels ritualisés (automatismes) de la vie quotidienne comme faire sa toilette, s'habiller, se nourrir (préserver l'autonomie) et de stimuler aussi des savoir-faire gestuels en lien avec l'histoire de vie et les activités passées du résident dont les traces mnésiques sont encore présentes (jouer du piano, dessiner par exemple). C'est une méthode positive ou il n'y a pas de mise en échec.

La pédagogie Montessori : « *aide-moi à faire seul* ».

### I.2. Fondements théoriques

Première femme médecin en Italie, puis psychologue, anthropologue et philosophe, Maria Montessori a créé la méthode qui porte son nom au début des années 1900 en observant les enfants.



Elle s'appuie sur les capacités sensorielles, physiques et intellectuelles de l'enfant pour permettre le développement de ses potentiels. Sa méthode s'applique pour les enfants de 3 à 12 ans, c'est à dire de l'école maternelle au primaire mais il existe aussi des collèges et des lycées d'inspiration Montessorienne.

Les concepts de Maria Montessori ont été, ensuite, transposés aux Etats-Unis auprès de la population des personnes âgées et enrichis des connaissances apportées par les neurosciences ces vingt dernières années. En étudiant le rôle des amygdales cérébrales, essentielles dans le décodage des émotions (Ledoux, 1994), groupes de neurones préservés jusque très tardivement chez les personnes atteintes de démence de type Alzheimer, il a été constaté que :

- Si le cerveau rationnel est altéré, le cerveau émotionnel fonctionne.
- Si la mémoire déclarative est altérée, la mémoire procédurale fonctionne.

Le développement de la Programmation Montessori de démence (MPD) a été élaboré par le neuropsychologue américain Cameron Camp (Camp, 2012). Après avoir utilisé cette approche dans l'éducation de ses enfants (l'un deux présentait des troubles d'apprentissage) et observé les effets bénéfiques, il a voulu aller plus loin dans ses travaux de recherche et eu l'idée d'adapter cette méthode aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et en observer, ainsi les effets.

Les résultats observés des différentes recherches (Camp et Stevens, 1996, Lin and al, 2009, Camp, 2012 ; Van der Ploeg, Eppingstall, Camp, Runci, Taffe J et O'Connor, 2012 ; Giroux, Robichaud et Paradis, 2010) mettent en évidence des effets bénéfiques tels que :

- ✓ une amélioration de l'humeur et de l'intérêt pour l'activité,
- ✓ une diminution des troubles du comportement telles que l'agitation, l'agressivité, l'apathie,
- ✓ une réactivation de la capacité du lien social,
- ✓ une amélioration de l'autonomie et activités de la vie quotidienne,
- ✓ une revalorisation et estime de soi,
- ✓ un apaisement des familles et des soignants (impact positif),
- ✓ une réappropriation et ré humanisation de l'environnement (André Quadéri, nous parle de « *sentiment de familiarité* » que les résidents en institution doivent ressentir dans leur environnement qui procure apaisement et sentiment de sécurité).
- ✓ de procurer du plaisir (selon Lesniewska Katia (2013), psychologue clinicienne et art-thérapeute, « *le plaisir est une notion souvent oubliée dans nos institutions gériatriques* »).

Camp et ses collaborateurs, ont créée l'échelle d'engagement « *MPES – Menorah Parc engagement Echelle* » afin de définir le niveau de connexion social et physique de cette population avec l'environnement (engagement constructif, passif, auto ou hétéro; cf.annexe.1.page.22).

De même résultats ont été observés, pour les rencontres intergénérationnelles ou les activités proposées par les personnes âgées atteintes de démence aux jeunes enfants leur permettent d'utiliser leurs expériences et compétences restantes afin de les transmettre avec plaisir d'une génération à l'autre (Camp, Lee, Malone, 2007 ; Camp et Lee, 2011).

### I.3. Objectifs

Les objectifs de cette méthode pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées sont les suivants :

- ✓ permettre aux personnes présentant des troubles cognitifs, même sévères, d'interagir positivement avec leur environnement, en s'engageant dans des activités porteuses de sens (**la Médiation**, un des axes de l'ANM) et qui leur offre un rôle social (cf. annexe.2.p.23.La santé de l'homme. Dossier : les personnes âgées : restaurer le lien social. N°363 – janvier/février 2003).
- ✓ diminuer les différents troubles du comportement (apathie, agitation, déambulation, agressivité, cri, troubles de l'humeur, du sommeil, psychotiques) en apportant des solutions avec un environnement et des activités adaptées à chaque résident.
- ✓ stimulations cognitives régulières, d'échanges et de participation sociale, travailler aussi bien sur la communication verbale que la communication non-verbale (**la Relation**, un des axes de l'ANM).

Comme je l'ai mentionné dans mon mémoire du D.U de Gérontologie en 2013, concernant les personnes âgées atteintes de MATA, « *la communication non verbale est un facteur de lien social autant que la communication verbale entre deux personnes. Un résident peut toucher le bras d'un autre résident, échanger un regard qui crée un lien social, une interaction. Le « rôle social » est en jeu ici car le premier résident va se sentir utile auprès de cet autre résident atteint de la MA, par exemple, apaisé par ce regard et touché ».*

Avec *Madame R*, selon le discours entendu par la résidente (confusion entre souvenirs anciens et événements récents, désorientation dans le temps), j'évite la mise en échec et je contourne la réalité par moment pour ne pas l'angoisser.

Par exemple : au moment où elle me parle de sa mère (décédée il y a 20 ans), je ne la confronte pas à la réalité de la mort (source d'angoisse et d'effroi) mais je valide ses propos en axant sur les sentiments « *Vous l'aimiez beaucoup ? Comment était votre mère ?* ». Ce sont des questions pertinentes et valorisantes parlant de son vécu.

Ou encore, si elle me dit que nous sommes au printemps, je lui réponds, « *Moi aussi, j'ai hâte d'y être, la température est bonne en cette saison mais nous devons patienter un peu car nous sommes encore en hiver* ».

Il importe de rectifier dans la mesure où la correction peut être intégrée ou servir à la personne qui cherche à maintenir le contact avec la réalité. Il s'agit de procéder avec tact et d'éviter les remarques dévalorisantes, il n'y a pas de mise en échec dans cette approche.

- ✓ entraînement régulier pour réduire leurs difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne.
- ✓ recouvrer une certaine autonomie dans les gestes du quotidien pour associer dignité, estime de soi, sentiment d'existence et plaisir. Tout dépend du stade de la maladie bien entendu. Selon Christine Hof (2008), « *un atelier qui fonctionne est celui qui permet aux résidents de retrouver une bonne estime de soi, favorise l'épanouissement relationnel et le bien être personnel* ».

### **- Ecologie**

L'environnement (*un des axes de l'ANM*) des personnes est repensé afin qu'il soutienne les comportements et l'autonomie. Ainsi, en contournant les déficits et en s'appuyant sur les habiletés préservées, les personnes atteintes de troubles cognitifs peuvent réapprendre des gestes du quotidien.

Il est indispensable de travailler sur l'environnement et sa lisibilité, par exemple écrire à la bonne dimension. Il m'arrive, face à une personne âgée désorientée, de l'amener à sa chambre plutôt que de lui expliquer qu'elle doit prendre l'ascenseur et aller au 5<sup>ème</sup> étage ce qui l'apaise rapidement. Autre exemple, un résident est souvent désorienté après le déjeuner et lorsque j'arrive à 14h il me demande « *qu'est-ce que je dois faire ?* » et je lui dis « *venez avec moi* » et l'amène dans le grand salon où il peut jouer du piano, domaine expert et automatismes conservés (mémoire procédurale) chez ce résident.

Concernant *Madame R*, résidente qui déambule beaucoup par exemple, l'environnement doit être aménagé de manière à ce qu'elle puisse le faire en toute sécurité. De plus, cette zone de déambulation doit être peu bruyante, bien éclairée (avec une lumière tamisée), l'ambiance doit être calme, agréable et chaleureuse. Comme le souligne Poch (2003), le climat émotionnel et l'ambiance affective influent nettement sur l'apaisement du dément.

Un environnement non compris ou stressant peut être interprété comme menaçant (des discussions du personnel avec un ton élevé par exemple) et donc susceptible d'angoisser *Madame R* qui déambulera d'autant plus (réactions comportementales face à l'environnement insécurisant). Un environnement adapté à la personne âgée ou elle puisse se sentir comme chez « *elle* », est un objectif aussi de l'approche Montessori.

### **- Institution, équipe et lien social**

La méthode Montessori et par extension, l'approche non médicamenteuse a pris tout son sens lors de l'arrivée de *Madame R* au sein de l'institution où l'équipe, suite à mes transmissions, a pu se rendre compte que l'on pouvait mettre des choses en place auprès des résidents afin d'apaiser les troubles du comportement sans penser automatiquement à un traitement médicamenteux.

De plus, durant les transmissions, petit à petit, l'équipe a changé son regard sur les résidents pour une meilleure interprétation des troubles du comportement, du travail à effectuer sur la communication verbale et non verbale. Ainsi l'ensemble de l'équipe propose de manière individuelle à chaque résident des activités qui ont du sens, en lien avec leur projet de vie individualisé (son chemin de vie, ses goûts passés et actuels). Des automatismes se sont réalisés au sein de l'équipe. Par exemple, une résidente apprécie de se balader un peu chaque semaine dans les jardins environnants et à tour de rôle, l'animatrice et le soignant la prennent en charge. Pour les résidents, cet environnement contenant et sécurisant avec ce sentiment présent de familiarité par cette prise en charge de toute l'équipe les apaise au quotidien.

### **I.4. Indications et contre-indications**

#### **Indications :**

L'approche Montessori, par ses principes et objectifs, est adaptée à toute personne présentant des SCPD (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) tels que les troubles de l'humeur, les troubles du comportement perturbateur (TCP) et troubles psychotiques.

Le but de cette approche est de les inscrire dans le lien social (briser l'isolement), de retrouver une certaine autonomie et motivation (dans l'engagement dans des activités appropriées à leurs goûts en lien avec leurs capacités restantes et histoires de vie) et de les mettre en interaction avec d'autres personnes (soit le psychologue ou autres intervenants à deux ou en groupe restreint). C'est l'augmentation de l'engagement dans l'activité qui a des effets positifs sur la personne âgée présentant des troubles du comportement et/ou cognitifs et non la capacité à réaliser l'action correctement ou normalement (Conférence / Formation du Neuropsychologue, Jérôme Erkes en 2013).

#### **Contre-indications :**

Malheureusement, l'approche Montessori comme tout atelier thérapeutique a des limites. Il ne peut, en effet, s'adresser aux personnes atteintes de la *maladie d'Alzheimer ou de maladies Apparentées à des stades sévères*.



En effet, à ces stades, la dégénérescence se diffuse à l'ensemble du cortex cérébral altérant les différentes mémoires (épisode, autobiographique, de travail, sémantique et procédurale) ainsi que des troubles moteurs (difficulté à la marche, chute fréquente), phasiques (troubles du langage), praxiques (troubles de la planification et de l'automatisation des gestes ; difficulté à effectuer une série de mouvement, perte de dextérité) qui rendent de plus en plus difficile la mise en place de cette approche. Les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont difficile à réaliser voir même plus du tout (se laver, manger, s'habiller, se mouvoir..).

Cependant, dans cette approche, des exercices sensoriels sont proposés aux enfants. Auprès de cette population, travailler aussi sur les sens (l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher) serait donc plus approprié, en lien avec l'Approche Snoezelen (espace aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, dont le but est de recréer une ambiance agréable et apaisante). Les limites pourraient donc être dépassées en gardant les objectifs et les indications de l'approche Montessori et en modifiant la forme de cette méthode avec un travail accentué sur les sens.

### **I.5. Freins réels et imaginaires**

Comme tout atelier thérapeutique, avant de le mettre en œuvre, il faut l'accord de l'institution. L'institution peut avoir des réticences à accepter certains ateliers et pour cela exprimer des arguments que l'on nomme des « *freins* ». Ils sont de deux types : soit imaginaires, lorsque ces arguments ne tiennent pas et peuvent être démontrés comme invalides ; soit réels, quand ils sont cette fois présents et qu'on doit en tenir compte.

#### **Les freins imaginaires :**

Les freins imaginaires émanant de l'institution portent souvent sur un même argument avancé, à savoir le budget. Or comme il va être démontré par la suite, le budget de cette approche ne coûte rien.

#### **Les freins réels :**

Un seul et unique frein réel est visible au sein de l'institution où je travaille depuis un an ; c'est que cette approche nécessite l'investissement, le temps et la motivation permanente de toute l'équipe pluridisciplinaire afin qu'une continuité temporelle des effets bénéfiques sur le ou les résidents se produise.

Selon Ophélie Engasser (2013) « *L'abord du dément entraîne le soignant à l'extrême de la relation humaine et exige de lui une remise en question incessante, une adaptation de sa pratique et une créativité au quotidien* ». Si toute l'équipe pouvait agir ainsi au quotidien, les résidents présenteraient moins de troubles du comportement et celle-ci en serait donc plus apaisée.

Concernant ma pratique en tant que psychologue, même si l'investissement et la motivation sont présents, il me manque, en effet, du temps (plus d'heures de travail proposées par la Direction) afin de pouvoir faire bénéficier de cette approche en atelier individuel, chaque résident de la structure et cela de manière régulière, ce qui est impossible pour le moment.

### **I.6. Enjeux et limites**

Avec cette approche, il y a bien plus d'effets bénéfiques sur la population des personnes âgées et même sur les autres populations que de risques. Car le plus important de cette méthode, c'est qu'il n'y a pas de mise en échec.

### **I.7. Budget prévisionnel**

Ce qui est essentiel, c'est de mettre en avant les objectifs et bienfaits thérapeutiques pour les résidents afin que la Direction accepte d'acheter un certain nombre de fournitures pour pouvoir effectuer correctement un atelier. Concernant cette approche, elle ne coûte rien dans le sens où j'utilise du matériel déjà présent dans la structure (feuilles blanches, crayons de couleurs, ordinateur) et donc prévu dans le budget prévisionnel de l'établissement chaque année.

## **II. Cadre et Dispositif**

Selon André Quadéri (2013): « *Le cadre doit être étudié et défini au préalable, en prenant en compte l'ensemble des variables dont on dispose : problématique des patients, enjeux de l'objet médiateur, contraintes de l'institution (lieu, temps, matériel disponible) et enfin stricte et peu variable qui est important chez le sujet dément qui va se sentir sécurisé par un cadre fixe, voire ritualisée* ». L'instauration de ce cadre est un enjeu majeur difficile à instaurer, faute de temps suffisant à cet effet.

## II.1. Type de projet

Je travaille en EHPAD depuis un an et dans le cadre de ma pratique clinique auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et présentant des SCPD, j'ai souhaité faire une étude sur l'impact de l'approche Montessori auprès d'une résidente atteinte de cette maladie à un stade modéré. En effet, j'ai pensé à ce que je mets en pratique avec cette résidente depuis le mois d'août 2014 et aux effets bénéfiques observés ainsi qu'à la sensibilisation auprès de toute l'équipe pour la prise en charge de cette résidente.

*Madame R* présentait, à son arrivée, des troubles de l'humeur tels que l'angoisse (un traitement médicamenteux : Loxapac 25 mg, neuroleptique utilisé pour ses effets tranquillisants, j'ai sollicité l'équipe afin de réduire cette prescription car ses angoisses sont moindres), une apathie modérée (émoussement affectif, perte d'initiative et d'intérêt) et des troubles du comportement aberrants tels que la déambulation, le syndrome de Godot et des fugues fréquentes.

Ce projet à visée thérapeutique a été, donc, mis en place rapidement suite aux risques importants de fugue de *Madame R*. Il n'y a pas de nom spécifique car j'ai utilisé différents supports pour cette résidente au sein de l'institution (Ateliers d'écriture / Allemand Danois et Anglais (cf. annexe.3.p.28) ; mandala, maintien de la motricité fine ; citations ; quizz ; visualisations et échanges sur différentes photographies en lien avec ses goûts). Un accompagnement a été réalisé par l'équipe soignante et l'animatrice. Un protocole de prise en charge spécifique face à ce trouble du comportement a été réalisé (cf. annexe.4.p.29).

Enfin, l'utilisation de cette approche s'inscrit dans mon projet institutionnel, mon Directeur a été informé de cette étude et de mon souhait de sensibiliser le personnel soignant à cette approche qu'ils utilisent et mettent en pratique d'une manière assez régulière sans en connaître le nom. Un avantage qui se différencie des autres approches thérapeutiques, c'est en plus des effets bénéfiques auprès des résidents, l'effet se produira au niveau de l'équipe soignante plus apaisé et moins stressé (baisse de la surcharge de travail) avec la diminution des différents troubles.

## II.2. Lieu du projet

Cet atelier s'est réalisé chaque semaine au sein de l'EHPAD « Nice Résidencia » où je travaille qui est un établissement privé géré par le groupe « Bel Age », situé en plein centre de Nice.

Il accueille des personnes âgées de 60 ans ou plus, autonomes, semi autonomes, dépendantes, désorientées et atteintes de certaines pathologies de types Alzheimer ou troubles apparentés (en séjour temporaire ou permanent avec une capacité d'accueil de 85 lits).

### II.3. Nombre de patient

J'ai voulu vous présenter comment utiliser l'approche Montessori auprès d'une résidente, *Madame R.*

- *Anamnèse* : *Madame R* est arrivée à l'EPHAD « Nice Résidencia » au mois d'aout 2014, car son auxiliaire de vie était en vacances et son frère hospitalisé, elle ne pouvait rester seule dans l'appartement, la maladie d'Alzheimer avait été diagnostiqué et elle sortait souvent de chez elle sans se souvenir, une fois, dehors, ou elle devait aller et où était son appartement. Son ami, moniteur de voiles, l'a rencontré il y a plus de 30 ans et donnait des cours à ses enfants. Il l'a décrit comme quelqu'un de « *très ouverte avec les autres, d'instruite, active, aime rendre service, aider pour la cuisine, les rangements, tout le monde est bon pour elle, elle ne voit jamais le mal autour d'elle* ». A des amis qui viennent régulièrement la voir, certains l'appellent du Danemark.

Dans un idéal, chaque résident devrait pouvoir en bénéficier. Dans ma pratique, j'ai constaté que les résidents qui présentent des troubles du comportement que je pourrais dire « *gênant et stressant* » pour le personnel soignant (agressivité, fugue, cri) ont une meilleure prise en charge (plus de temps consacré) afin d'apaiser les résidents mais aussi le personnel soignant.

Ce qui m'amène à m'occuper, d'une manière générale, moins de certains résidents dont les troubles ne sont pas dérangeants pour l'équipe (apathie, dépression) alors qu'ils sont tous aussi importants mais ne gêne pas leur travail. En effet, lorsque j'arrive à 14 heures, j'assiste aux transmissions et je dois revoir mon planning de prévu que je réduis car je dois m'occuper de certains résidents en urgence ce qui est frustrant.

### II.4. Contraintes spatiales

Je lui propose comme espace de rencontre calme et contenant, le bureau de l'infirmerie, celui de l'accueil ou encore d'aller au petit salon lorsqu'il y a pas de réunion. Lorsque *Madame R* me voit (je lui dis « *bonjour, c'est Anne-France* » en lui tenant les mains et en la regardant dans les yeux, communication verbale et non verbale), elle me reconnaît et me suit.

Il m'arrive d'assister aux transmissions avec elle et je fais l'atelier pendant 30 minutes après, ou encore de la rencontrer durant mon groupe de parole en fin d'après-midi et lui proposer l'atelier par la suite ou de m'aider pour le groupe de parole afin qu'elle se sente utile et dans l'action (apaise ses angoisses).

Son attention est difficile à maintenir au sein du groupe, elle a souvent tendance à sortir, déambuler; activité locomotrice (décharge motrice qui a une fonction auto-calmante, ré-assurante, auto-stimulante, sentiment d'existence) qui lui permet d'évacuer ou d'exprimer, à sa façon ses angoisses crépusculaires.

## **II.5. Horaires des séances**

L'atelier a été proposé à la résidente, *Madame R*, tous les après-midis depuis le mois de septembre 2014. Cependant, le premier a eu lieu durant mon premier week-end de garde à la fin du mois d'aout 2014. Le plus souvent c'est avant ou après les transmissions de l'équipe et quelques fois au petit salon ou à l'accueil durant les week-ends de garde.

Concernant l'équipe soignante et l'animatrice, il y a une sortie par semaine de proposer et des ateliers danse, cuisine, massage des mains et rencontres intergénérationnelles que *Madame R* apprécie (aime les enfants, marcher, danser, cuisiner, masser les mains, elle est dans une relation d'aide auprès des résidents à qui elle réalise des massages des mains en douceur en tenant compte des douleurs articulaires de certains résidents, sentiment d'utilité et d'appartenance à un groupe ). Son attention est, durant ses ateliers, plus facilement soutenue que lors d'autres activités de la vie institutionnelle proposées. *Madame R* parle couramment l'anglais, l'allemand, le danois et aime jardiner (compositions florales proposées avec une autre résidente).

## **II.6. Fréquences des séances**

Mon atelier a été proposé 2 fois par semaine de septembre 2014 jusqu'au mois de mai 2015 (y ajouter les 2 séances à chaque week-end de garde). Voici un tableau récapitulatif, en page 14, de tous les ateliers effectués en lien avec les activités porteuses de sens pour *Madame R* (182 ateliers et sorties).

Selon André Quadéri (2013): « *les activités basées sur l'éveil et la stimulation seront privilégiées le matin tandis que les prises en charge basées sur le repos et la détente sont conseillées l'après-midi. Il est, en effet, constaté que les sujets déments présentent le « syndrome du coucher du soleil » à savoir une recrudescence de l'agitation et une montée d'angoisse en fin d'après-midi* ».

Pour *Madame R*, les ateliers d'écriture, les citations, les quizz et visualisations et échanges sur différentes photographies peuvent être proposés le matin et les mandalas ou les chants l'après-midi.

Mois / Activités	Ateliers Psy	Cuisine	Sorties	Danse	Massage des mains	Rencontre Intergénérationnelle
<b>Aout</b>	2	2	4	2	2	1
<b>Septembre</b>	8	2	4	2	2	1
<b>Octobre</b>	6	2	4	2	2	2
<b>Novembre</b>	8	2	4	2	2	2
<b>Décembre</b>	8	2	4	2	2	2
<b>Janvier</b>	6	2	4	2	2	2
<b>Février</b>	8	2	4	2	2	1
<b>Mars</b>	6	2	4	2	2	1
<b>Avril</b>	8	2	4	2	2	2
<b>Mai</b>	6	2	4	2	2	2
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>16</b>

*Tableau 1* : Récapitulatif des activités porteuses de sens pour *Madame R*

## II.7. Durée des séances

La durée des séances est de 30 minutes pour mon atelier, 1h environ pour les activités de l'Animatrice et le personnel soignant pour les sorties en groupe restreint.

## II.8. Déroulement type d'une séance

Toujours anticiper les séances avec le matériel à porter de main et cela chaque semaine.



Le déroulement commence (début de séance) dès que je vois *Madame R*. Comme je l'ai explicité, tout part de cette résidente, ses envies du moment, ses ressentis. Ensuite, on s'installe et l'atelier commence. Cela peut être la temporalité ou les citations ou une chanson pour débiter puis une mandala (regarde à l'ordinateur, elle choisit, je l'imprime et elle le dessine).

Si, par exemple, je vois qu'elle commence à fatiguer ou perdre son attention, je lui propose un autre support en lien avec ses goûts.

*Madame R* a besoin d'une ligne directrice durant les 30 minutes d'atelier afin de « *faire seul* » ensuite. En fin de séance, je lui demande si elle a aimé, ses ressentis (plus difficiles à verbaliser par moment) et je lui dis « *à demain ou à la semaine prochaine* » (fin de séance). Je ne la laisse pas seule, je l'amène en tisanerie avec d'autres résidents ou à l'accueil ou l'heure du dîner arrivera bientôt afin qu'elle ne se sente pas désorientée et angoissée lors de mon départ et de garantir une continuité du cadre sécurisant et contenant. Un protocole d'un déroulement type de la séance a été réalisé (cf. annexe.4.p.30) ainsi que des protocoles des autres ateliers proposés à la résidente (cf. annexe.4.p.31).

## II.9. Thèmes et consignes

Expliquer simplement les consignes en parlant ni trop vite ni trop lentement, articuler aussi en gardant le sourire, être détendu et les phrases à dire sont courtes. Les séances doivent être agréables et sécurisantes pour *Madame R* sans pression, en lien avec ses envies du moment, ses verbalisations avant la séance. Par exemple :

- Pour les citations : « *Je vais vous dire le début de la citation, vous devez deviner la fin ?* ». Et dire : « *Par exemple, les goûts et les couleurs....ne se discutent pas* ».

- Pour la temporalité : « *Nous sommes en été ou en hiver ?* Et ainsi de suite tout en aidant la résidente, pas de mise en échec.

- Pour les photographies de la mer (qu'elle apprécie) : « *Regarder comme j'utilise la souris* » afin qu'elle puisse « *faire seul* » pour regarder les photographies de mer. Ensuite, je l'amène à verbaliser ses souvenirs, par exemple « *Vous avez vu sur cette photo, il y a des enfants qui jouent ?* » et petit à petit en fonction des échanges, les verbalisations s'enrichissent.

- Pour les chansons : Un jour, en allant au bureau, elle fredonnait une chanson et c'était Jacques Brel « *La valse à mille temps* », à l'ordinateur, je lui ai proposé de chanter avec elle (elle était d'accord) et j'ai cherché les paroles des chansons pour que nous puissions la chanter ensemble.

## II.10. Matériel utilisé

Il est nécessaire d'avoir :

- des feuilles blanches, un ordinateur, un crayon à papier et stylo, des crayons de couleurs,
- ses fiches de chansons, quizz et de citations, d'atelier d'écriture,
- ses photographies, paroles de chansons.

## II.11. Nombres et Attitudes du thérapeute

Un seul thérapeute (moi-même) présent qui doit être comme une « *membrane sécurisante* » pour la résidente afin qu'elle se sente en confiance, dans ce cadre instauré contenant chaque semaine (garantie de continuité). Didier Anzieu (1995) parle de « *membrane enveloppante* » qui favoriserait une différenciation protectrice entre réalité extérieure et intérieure qui se révèle être défaillante justement dans la démence.

Une réalité intérieure sécurisante sans angoisse avec le thérapeute qui s'est instaurée à l'inverse de la réalité extérieure en sortant de ce cadre construit ou les angoisses de *Madame R* peuvent encore ressurgir et s'exprimer à travers la déambulation, les fugues (tout dépend de l'équipe du jour). D'où le travail en continuité à faire avec l'équipe afin de ne pas briser cette membrane lors de mon départ. Ce cadre construit depuis 9 mois en ma présence permet de pouvoir lui proposer l'atelier à divers lieux de la structure, ce que l'équipe peut arriver à mettre en place aussi (certaines aides-soignantes y arrivent mieux que d'autres).

## III. EVALUATION ET DEMARCHE EXPERIMENTALE

### III.1. Durée du projet

Le projet a duré 9 mois avec donc une résidente, atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré qui a été l'étude de cas de mon mémoire de projet sur l'Approche Montessori revisitée.

### III.2. Objectifs, problématique et hypothèses

- **Les objectifs** ont été de pouvoir diminuer les troubles du comportement de la résidente avec cette approche Montessori qui est une approche non médicamenteuse axée sur les 3 axes, la relation, la médiation et l'environnement.



- **Problématique** : Madame R présentait, à son arrivée, des troubles de l'humeur tels que l'angoisse, une apathie modérée (émoussement affectif, perte d'initiative et d'intérêt) et des troubles du comportement aberrant tels que la déambulation, le syndrome de Godot et des fugues fréquentes. Ce projet à visée thérapeutique a été, donc, mis en place rapidement suite aux risques importants de fugues de Madame R.

- **Plusieurs Hypothèses ont pu être établies** :

- Diminuer les troubles du comportement (déambulation, fugues, angoisses et apathie).
- Augmenter l'intérêt et l'engagement dans les activités de la vie institutionnelle en lien avec son histoire de vie.
- Réactivation de la capacité du lien social et rôle social (sentiment d'utilité).
- Apaisement des soignants avec un impact positif de cette approche.
- Préserver l'autonomie de la résidente.
- Réappropriation et ré humanisation de l'environnement qui se laisse à voir comme une enveloppe institutionnelle et psychique protectrice.

### III.3. Evaluations

- **Evaluation qualitative**

Au niveau de l'évaluation, j'ai effectué un bilan cognitif et fait passer avec le personnel soignant du résident les échelles suivantes en aout 2014 (1<sup>er</sup> mois d'institution de la résidente) et en mai 2015, soit 9 mois après.

- **L'échelle NPI (NeuroPsychiatric Inventory)**, validé pour l'évaluation des symptômes psychologiques et comportementaux dans les pathologies démentielles et le retentissement sur le travail du personnel soignant (comporte 12 domaines différents avec 4 scores par domaines).
- **L'inventaire Apathie (Apathy Inventory)**, validé pour la mesure de l'apathie (émoussement affectif, perte d'initiative et d'intérêt) dans les démences (score entre 0 et 36).

- **Evaluation quantitative**

	<b>MMS</b>	<b>Echelle NPI</b>	<b>Inventaire APATHIE</b>
<b>Aout 2014</b>	12	28/40	12
<b>Mai 2015</b>	12	15/20	4

**Tableau 2** : Récapitulatif des tests et échelles utilisés

Nous pouvons constater que :

- le *bilan cognitif*, qui permet de faire un dépistage des déficits cognitifs, *est stable* avec un MMSE (Mini Mental State Examination) de 12/30. *Madame R* présente une désorientation temporo-spatiale ainsi que des troubles de la mémoire épisodique, sémantique, de ses capacités langagières (stock lexical pauvre, elle recherche ses mots), des troubles praxiques et attentionnels. Conservation de la mémoire procédurale et de la mémoire de travail mais les capacités d'apprentissage à long terme sont altérées (absence de récupération des mots en rappel même avec indiçage). *Madame R* est atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré et présente un fonctionnement cognitif global pathologique avec une performance au MMSE inférieur au seuil pathologique de 16.48 et un score inférieur à la moyenne 20 (par rapport à son âge et niveau scolaire).

- l'*Echelle NPI*, présente un score pathologique de **28** (Fréquence et Degré de Gravité) et un score total de **40** (Fréquence et Degré de Gravité + Retentissement pour le soignant) en 2014 alors qu'en 2015, le score pathologique est de **15** et le score total de **20** ce qui démontre une diminution des troubles de la résidente (angoisses, déambulation, syndrome de Godot et fugues moins fréquentes).

- l'*Inventaire Apathie*, présente un score pathologique de 12/36 en 2014 alors qu'en 2015, le score pathologique est de 4/36, la perte d'intérêt de *Madame R* a considérablement baissé.

#### III.4. Résultats en regard des hypothèses

Voici le compte rendu que j'ai effectué en mai 2015 : Les troubles du comportement de *Madame R* tels que les comportements moteurs aberrant (déambulation, fugue fréquente et syndrome de Godot) et les troubles de l'humeur (apathie, angoisse) ont considérablement diminué depuis l'année dernière. **L'approche non médicamenteuse** mise en place depuis 2014 afin de diminuer ses troubles du comportement, a été efficace.

Continuer de l'occuper avec des ateliers en lien avec ses habitudes de vie quotidienne avant son institutionnalisation, de la rendre utile (sentiment d'existence), la stimuler régulièrement. Lui proposer des sorties extérieures, qu'elle puisse se balader, s'aérer de manière régulière en toute sécurité avec la collaboration de toute l'équipe pluridisciplinaire. Les résultats aux échelles mentionnées ci-dessus démontrent une augmentation de l'intérêt et d'engagement de la résidente dans les activités de la vie institutionnelle en lien avec son histoire de vie, une réactivation de la capacité du lien social et rôle social et son autonomie est préservée.

Le retour de l'équipe met en évidence une prise en charge moins stressante et pesante, un apaisement des soignants est ressenti et verbalisé concernant *Madame R* qui se sent en sécurité dans la résidence ou l'environnement est contenant et protecteur psychiquement.

#### **IV. EVALUATION ET DEMARCHE CLINIQUE**

##### IV.1. Dynamique institutionnelle et relationnelle

- ***Insertion du projet dans l'établissement*** : pour cela, je pense proposer, dans un premier temps, des séances de formation au personnel soignant afin d'affiner leurs connaissances sur l'Approche Montessori et par extension, l'Approche Non Médicamenteuse et ses axes à mettre en place pour chaque résident. Après, le Directeur en aura des retours et à ce moment, lui proposer de l'insérer dans le projet de l'établissement.

- ***Investissement de la part des acteurs de l'institution*** : cette approche nécessite, en effet, l'investissement, le temps et la motivation permanente de toute les acteurs de l'institution afin qu'une continuité temporelle des effets bénéfiques sur les résidents se produise. Ce qui est, pour le moment, un frein réel car indépendant des aléas du quotidien (manque d'effectifs, conflits, épuisements..).

De plus, je trouve indispensable que la psychologue assiste à toutes les transmissions de l'équipe car elle permet de canaliser la dynamique du groupe vers l'objectif premier, à savoir, l'élaboration sur le bien être du résident et partir du « *versant transférentielle et conflictuelle* » de l'équipe. Les réunions sont des lieux d'élaboration autour du résident et non de duels entre soignants. L'infirmière coordinatrice avec la psychologue doivent être en étroite collaboration pour y arriver. J'ai constaté, enfin, que je permettais, en assistant aux transmissions plus régulièrement, de valoriser les équipes et de nombreuses informations pertinentes m'étaient transmises sur les résidents.

- ***Contraintes et limites*** : il n'y a pas de limites dans cette approche et pour les contraintes, un seul mot me vient à l'esprit : le temps dont je ne dispose qu'insuffisamment (frustrant) afin de pouvoir faire bénéficier de cette approche en atelier individuel, chaque résident de la structure de manière régulière.

## V. Références bibliographiques

ANZIEU, D., (1985, éd. 1995). *Le Moi-peau*. France : Dunod.

Camp C.J. (2012). Origins of Montessori Programming for Dementia. *Non-Pharmacological Therapies in Dementia*, 1(2): 163-174.

Camp, C.J., Foss, J. W., O'Hanlon, A. M., Stevens, A. B. (1996). *Memory Interventions for Persons with Dementia*.

Camp C.J., Lee M.M. (2011). Montessori-Based Activities as a Trans-Generational Interface for Persons with Dementia and Preschool Children. *Journal of Intergenerational Relationships*, 9(4): 366-373.

Dubois, Lilia. (2012). *Atelier-mémoire en gérontologie : des séances en pratique*.

Giroux D., Robichaud L., Paradis M. (2010). Using the Montessori approach for a clientele with cognitive impairments: a quasi-experimental study design. *International Journal of Aging & Human Development*, 71(1):23-41.

LEDOUX J. (1994) : Émotion, mémoire et cerveau, *Pour La Science*, 202 : 50-57.

Lee M.M., Camp C.J., Malone M.L. (2007). Effects of intergenerational Montessori-based activities programming on engagement of nursing home residents with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 2(3):477-483.

Lesniewska, Katia. (2003). *Thérapie comportementale et art-thérapie en institution*. L'Harmattan.

Lin L, et al. Using acupuncture and Montessori-based activities to decrease agitation in residents with dementia: A cross-over trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009; 57 :1022–1029.

Mitty E., Flores S. (2007). Assisted living nursing practice: the language of dementia: theories and interventions. *Geriatric Nursing*, 28(5):283-288. Tulving E., Rosenbaum R.S., Schacter D.L., Köhler S., Moscovitch M., Westmacott R., Black S.E., Gao F. (2005). The case of K.C.: contributions of a memory-impaired person to memory theory. *Neuropsychologia*, 43, 989–1021.

Pelissier, J. (2010). *Ces troubles qui nous troublent*. Edits. Eres.

PochB, Cinq-Fraix S. Comportement perturbateur ou Comportement perturbé ? La relation avec le dément. *La Revue de Gériatrie, Supplément C au Tome 28, n°7, septembre 2003*.

Quaderi, A. (2013). « *Approche non médicamenteuse de la Maladie d'Alzheimer* ». De Boeck.

Quadéri André, « *Psychologie du vieillissement* » (A.Colin, 128, 2013), 91.

Van der Ploeg E.S., Eppingstall B., Camp C.J., Runci S.J., Taffe J., O'Connor D/W. (2012). A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with Dementia. *International Psychogeriatrics*, 14:1-11.

**Articles :**

[http://www.senioractu.com/Alzheimer-le-groupe-Medica-introduit-la-methode-Montessori-dans-ses-maisons-de-retraite\\_a13779.html](http://www.senioractu.com/Alzheimer-le-groupe-Medica-introduit-la-methode-Montessori-dans-ses-maisons-de-retraite_a13779.html)

[http://www.stacommunications.com/customcomm/Backissue\\_pages/AD\\_Review/adPDFs/2006/February2006f/04.pdf](http://www.stacommunications.com/customcomm/Backissue_pages/AD_Review/adPDFs/2006/February2006f/04.pdf)

La santé de l'homme. Dossier : les personnes âgées : restaurer le lien social. N°363 – janvier/février 2003 : p.12 et 23-26.

**Sites internet :**

<http://www.ag-d.fr/concept-methode-montessori-adaptee.aspx>

<http://www.alzheimer-infos.eu/>

<http://blog.montessori.fr/>

<http://www.francealzheimer.org/>

**Mémoire :**

[http://www.freelang.com/publications/memoires/anne-france\\_huret/atelier-memoire-art-therapie.pdf](http://www.freelang.com/publications/memoires/anne-france_huret/atelier-memoire-art-therapie.pdf)

**Thèse :**

[La sauvegarde de l'être-dément : écrire versus agir - Theses.fr par Ophélie Engasser](http://theses.fr)