

Autonomie

Le boom des approches non médicamenteuses

Art-thérapie, jardins thérapeutiques, Snoezelen, mais aussi Humanitude ou Montessori... Méthodes globales ou outils pour l'accompagnement, ces approches qui relèvent du « prendre soin » rencontrent un certain engouement dans le secteur du grand âge et du handicap. Pourquoi ? Quels en sont les effets ? Les limites ?

DOSSIER RÉALISÉ PAR AURÉLIE VION



Il y a ceux qui ne jurent que par elles et ceux qu'elles agacent sensiblement. De l'Humanitude à l'art-thérapie en passant par la zoothérapie, ces approches communément appelées « non-médicamenteuses » ou « relationnelles », en distinction avec le soin « pur et dur », sont extrêmement variées. Il y a celles que l'on pourrait qualifier de « globales », les « philosophies de soin » (comme l'Humanitude ou Montessori), et celles qui servent d'appui à l'accompagnement (*Snoezelen*, jardins thérapeutiques...). Toutes ont pour point commun un même objectif : améliorer la qualité de vie des personnes âgées et/ou handicapées, que ce soit par l'apaisement, le bien-être, la stimulation, le simple divertissement voire le plaisir.

S'il n'existe pas de données chiffrées permettant une évaluation précise, il semblerait, à voir le nombre d'initiatives de terrain et de colloques qui fleurissent sur cette thématique, que ces approches suscitent un fort engouement. Pourtant, comme le souligne Jean-Luc Sudres, « il n'y a rien de guère nouveau : dans l'Antiquité, on utilisait déjà la musique pour son effet sédatif et cathartique, rappelle ce professeur de psychologie et de psychopathologie à l'université de Toulouse. Au XIX^e siècle, la musique, le chant et la danse étaient pratiqués dans les asiles. Quant à l'art-thérapie, c'est aux USA qu'elle est née dans les années 30 et 40... »

Une tendance commerciale ?

Plus proche de nous, la Validation, la sophrologie ou encore la PNL (programmation neuro-linguistique) pour ne citer que ces quelques exemples, ont connu tour à tour leur heure de gloire. « Tous les ans, dans des buts plus ou moins mercantiles, sont inventées de nouvelles méthodes. Elles sont à la mode, certaines se développent à l'échelle mondiale, et puis hop, elles s'épuisent. La tendance commerciale adoptée par certains, avec des *copyrights* sur les concepts, me met mal à l'aise. Je me demande si, dans le fond,

on ne perd pas un temps et une énergie folle à développer ces approches plutôt qu'à consacrer ce temps et cette énergie à réinsérer les gens dans la vie normale », estime, sceptique, le Dr Alain Smagghe, consultant et formateur en gérontologie, coordonnateur du programme Agir pour le *Care*, porté par le groupe Humanis.

Quoiqu'il en soit, nombre d'entre elles sont aujourd'hui plébiscitées par le secteur. En particulier l'Humanitude, mise au point par le couple Gineste-Marescotti, qui s'appuie sur 150 gestes et techniques de soins basés sur la parole, le toucher, le regard et la verticalité.

Chiffres clés

➔ seuls **4** établissements ont, pour l'heure, le label Humanitude

➔ plus de **2 000** salles Snoezelen existent en France

« En 2013, nous avons formé environ 9 000 professionnels, affirme Florence Lasnon, directrice opérationnelle d'IGM France, le réseau chargé de la formation à cette approche. La demande a explosé il y a quatre-cinq ans, en très grande majorité en gériatrie. Quand nous intervenons au sein d'un établissement, nous formons l'ensemble du personnel sur quatre jours. » Un label « Humanitude » a été créé l'an dernier pour mieux identifier les établissements fortement engagés dans la démarche. Quatre d'entre eux l'ont pour le moment décroché.

L'approche Montessori adaptée aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs connaît elle aussi un certain essor (lire page 20) : « Nous sommes de plus en plus contactés. L'an dernier, nous avons formé 150 établissements

et services médico-sociaux », témoigne Véronique Durand-Moleur, directrice d'AG&D, un organisme de formation spécialisé notamment en Montessori (en plus du *Snoezelen* et de la « récupération espacée »). Même évolution positive constatée par l'association Jardins et Santé, qui délivre chaque année une bourse destinée à soutenir la création ou la rénovation de jardins thérapeutiques en France : « Pour notre premier appel à projet en 2007, nous avons reçu dix réponses. En 2013, nous en avons eu 141 », indique la présidente Anne Chahine.

Une réaction au « tout médicament »

Comment expliquer cet intérêt croissant ? « Je pense que c'est parce que nous proposons des solutions très concrètes d'accompagnement, avance V. Durand-Moleur en parlant de Montessori. On peut par exemple intervenir sur l'environnement qui n'est pas toujours bien adapté et qui peut être à l'origine de troubles du comportement. En changeant ne serait-ce que la signalétique, on peut parfois observer des améliorations. » Pour Kevin Charras, responsable du pôle interventions psychosociales à la Fondation Médéric Alzheimer, le développement de ces approches s'explique en grande partie par l'échec du « tout médicament » : « On s'est rendu compte que l'usage des médicaments ne suffisait pas pour que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer aillent mieux. Cela a coïncidé avec la prise de conscience de l'importance de voir la personne derrière la pathologie, une personne comme vous et moi, qu'on ne peut et ne doit pas priver de ses droits ».

Si le développement de ces approches s'est fait en réaction à la prise en charge centrée essentiellement sur le médicament, il ne faut pas pour autant, comme le soulignent K. Charras et sa collègue Marion Villez, adjointe au responsable du pôle initiatives locales, opposer interventions psychosociales et interventions médicamenteuses : « Les deux approches se complètent et c'est quand on combine les deux que

l'on peut constater de réels impacts ». Autre explication de cet essor: le regain de sens que ces approches procurent aux professionnels, comme en témoigne Éliane Tauleigne, psychomotricienne exerçant à la maison d'accueil spécialisée La Merisaie, en Haute-Loire, où se pratiquent notamment le *Snoezelen* et la balnéothérapie: « Le travail avec les personnes polyhandicapées est très riche humainement mais peut aussi être usant. Le risque est de finir par faire pour faire. On peut vite entrer dans quelque chose de mécanique. » Elle-même forme ses collègues à l'approche sensorielle du *Snoezelen* (lire p. 21), que ce soit dans le cadre de la salle dédiée ou dans les gestes du quotidien: « On peut par exemple travailler la toilette. Le personnel soignant apprend à l'école les choses de manière très protocolaire, on voit ensemble comment on peut passer par un autre chemin pour faire en sorte qu'une toilette se passe mieux. Cela ne marche pas à chaque fois mais cela permet de penser autrement. »

Soutenir l'autonomie

Les professionnels doivent alors changer de posture, ne plus se concentrer sur les actes techniques mais observer et proposer un accompagnement visant à faire le moins possible. « à la place » de l'usager. « Avec Montessori, il faut retourner tous les positionnements. Les soignants sont très formatés à faire et pas toujours prêts à soutenir réellement l'autonomie. Dire aux

agents hôteliers, ce n'est plus à vous de mettre la table mais votre rôle est d'accompagner les résidents à le faire par eux-mêmes en fonction de leurs capacités nécessite une vraie transformation des fiches de poste », constate Florence Poinard, directrice de l'Ehpad COS Saint-Roch à Avignon.

Thérapeutique ?

Baisse de l'agressivité, des troubles du comportement et de l'anxiété, mais aussi de la consommation des médicaments... tels sont les bénéfices mis en avant par les partisans de ces méthodes. Reste qu'aucune évaluation scientifique de grande ampleur n'a pu mesurer les preuves réelles de leur efficacité. « Il y a des avancées intéressantes mais nous devons inventer les méthodologies pour objectiver les résultats, car les protocoles sont forcément différents de la recherche médicale traditionnelle », souligne le Dr Thérèse Jonveaux, chef de service à l'hôpital Saint-Julien de Nancy où le jardin thérapeutique, créé en 2007, sert de support à des formations et à de la recherche.

« Pour valider ces approches, on réalise des études mais on ne possède pas les variables. Comment mesurer la qualité de vie d'une personne atteinte d'Alzheimer?, s'interroge A. Smaghe. On peut voir des vidéos de promotion où l'on compare une toilette avant et après telle ou telle méthode: les changements sont présentés comme miraculeux mais, en réalité, c'est bien plus



© Philippe Chagnon/Cocktail Santé

► Le *Snoezelen*, une approche sensorielle très utilisée dans le champ du handicap. Ici, l'espace *Snoezelen* du foyer d'accueil médicalisé Leopold Bellan.

complicé que cela... ». Le coordinateur d'Agir pour le Care regrette que l'on soit obligé de qualifier toutes les activités de thérapeutiques pour qu'elles soient jugées valables: « Le problème essentiel est la confusion entre la "fonction thérapeutique", le *cure*/traitement des maladies, et la "fonction soignante", le *care*/soin des personnes. Et même quand on reconnaît l'importance de la fonction soignante, "l'objectivation" prégnante dans le *cure* cherche revient par l'obsession de la prescription, de la protocolisation, de l'évaluation, de la mesure, aux dépens de l'intersubject-

[Ce que disent la HAS et l'Anesm]

Aucune recommandation, ni de la Haute Autorité de Santé (HAS) ni de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (Anesm), n'a pour objet spécifique les approches non-médicamenteuses. En avril 2011, la HAS publiait un rapport sur la prescription de thérapeutiques non-médicamenteuses validées. La notion y est définie de manière assez large puisqu'elle inclut aussi bien la diététique, l'activité sportive ou les thérapies cognitivo-comportementales que l'ergothérapie ou encore la kinésithérapie. Par ailleurs, le rapport n'évoque ces approches qu'au regard des risques cardiovasculaires, de l'insomnie ou de la prise en charge du diabète de type 2. Dans la recommandation de bonnes pratiques portant sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées de décembre 2011, le paragraphe concernant les inter-

ventions non-médicamenteuses (page 18) stipule qu'elles sont « tant en ambulatoire qu'en institution, un élément important de prise en charge thérapeutique. Cependant, du fait de difficultés méthodologiques, aucune de ces interventions n'a apporté la preuve de son efficacité ».

L'Anesm ne s'attache pas quant à elle au caractère thérapeutique de ces approches mais les aborde sous l'angle de l'accessibilité, ces approches pouvant concourir au bien-être psychologique et émotionnel des usagers (1).

(1) notamment dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Qualité de vie en Mas-Fam (volet 2) » de sept. 2013 ou dans l'étude de mars 2011 intitulée « L'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aide, de l'aidant et du lien aidant-aide, dans les structures de répit et d'accompagnement ».

» tativité et donc de la présence humaine innovante, compétente, suffisante et soutenue. »
Pour K. Charras et M. Villez de la Fondation Médéric Alzheimer, il faudrait distinguer deux catégories d'approches : celles ayant une visée thérapeutique et supposant donc des indications, des contre-indications, des objectifs (telle approche s'adresse à des personnes anxieuses, telle autre à des personnes souffrant de troubles de désorientation, etc.), et celles dont le but recherché est avant tout le bien-être, le confort, la convivialité... « Il y a beaucoup de confusion car le terme thérapeutique est employé à tout bout de champ. On va faire un gâteau au chocolat et dire que l'on a fait une séance de culinothérapie, illustre M. Villez. C'est pareil pour la musique : la musicothérapie est une approche dont on connaît assez bien les bénéfices thérapeutiques, mais la simple écoute de musique peut s'avé-



Il y a beaucoup de confusion car le terme thérapeutique est employé à tout bout de champ

Marion Villez

rer bénéfique sans que cela ne soit thérapeutique... » Ces activités peuvent tout simplement – et c'est déjà beaucoup – apporter de l'apaisement, du plaisir voire renforcer l'estime de soi. Au centre hospitalier de Saint-Astier en Dordogne, un jardin a été créé en 2012. « Il permet de stimuler les cognitions, sollicite la mémoire de nos résidents, encourage aussi la pratique d'activités physiques », indique Chantal Jouannel. La cadre de santé n'emploie plus le terme thérapeutique pour qualifier le jardin, du fait du rythme relativement restreint des ateliers qui y sont organisés (deux par semaine). « Une animatrice et une soignante sont pendant une heure et demie avec cinq résidents

maximum. Nous n'avons pas obtenu de personnel supplémentaire, ce qui a nécessité un gros travail pour dégager des horaires », confie t-elle.

Des qualifications floues

Les limites en termes de personnel posent la question de la qualification des intervenants autour de ces pratiques. Question d'autant plus épineuse que les approches se revendiquent thérapeutiques. L'art-thérapie, par exemple, bénéficie d'une certaine reconnaissance puisqu'elle est enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). « Mais il y a une grosse différence entre la reconnaissance d'une profession et la reconnaissance d'une formation. Avoir un titre certifié ne garantit rien car cette certification n'a pas de rapport avec le contenu de la formation », souligne Irina Katz-Mazilu, présidente de la fédération française des art-thérapeutes (FFAT). En clair, quelqu'un peut se dire art-thérapeute après une petite formation de trois semaines alors que

d'autres ont suivi un cursus de deux ans. Est-ce normal au vu de la vulnérabilité des publics auprès desquels les art-thérapeutes sont amenés à intervenir ? La FFAT souhaiterait que l'art-thérapie soit une profession réglementée au même titre que d'autres professions de la santé. « Nous avons mis en place notre propre procédure d'accréditation des professionnels, qui respecte des critères reconnus internationalement. Critères auxquels ne satisfont pas la majorité des formations en art-thérapie en France », ajoute I. Katz-Mazilu, qui regarde avec envie les changements opérés récemment en Suisse (lire page 22).

Des approches à faire vivre

Mieux encadrer la profession est aussi une revendication de nombreux partisans des jardins thérapeutiques. « Beaucoup d'erreurs sont faites avec des grillages bien trop visibles ou des allées mal pensées, pas effectivement accessibles en fauteuil. Les paysagistes ne sont pas formés à la création de jardins thérapeutiques. Il existe quelques formations mais elles sont trop peu nombreuses », déplore la présidente de Jardins et Santé. « J'ai déjà vu passer un appel à projet pour un jardin thé-



► Le jardin « art, mémoire et vie », jardin thérapeutique de l'hôpital Saint-Julien à Nancy. Ici investi par des artistes dans le cadre d'une animation estivale de la ville.

rapeutique, avec une pelouse synthétique. Pour moi c'est inimaginable ! Ce qui fait qu'un jardin présente des bénéfices, c'est le contact avec la nature. Un gazon va pousser, il y a un contact tactile, sensoriel, et toute une symbolique avec l'idée de bien s'occuper des plantes pour les soigner », témoigne Sébastien Guéret. Ce paysagiste de formation, aujourd'hui directeur de Formavert après avoir travaillé une dizaine d'années pour la fondation Apprentis d'Auteuil, regrette le côté « commercial » de certains promoteurs : « Certaines entreprises vendent du jar-

din thérapeutique. Après, savoir s'ils fonctionnent, ils s'en fichent pas mal. Pour moi, un bon jardin, c'est un jardin monté et créé par une équipe pluridisciplinaire en associant bien sûr les usagers, et surtout c'est un jardin qui va vivre. » Un principe qui semble valoir pour toutes les formes d'interventions non-médicamenteuses : pour qu'elles aient du sens et qu'elles perdurent, ces approches doivent avant tout être portées par l'institution, qui ne doit pas se contenter de lancer le projet, mais l'appuyer sur le long terme pour qu'il perdure et fasse réellement sens.