

## Jeu et maladie d'Alzheimer, pour une intervention psychosociale

### **Cédric GUEYRAUD**

Doctorant en sciences de l'éducation, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC), Université Lumière Lyon 2 ; Gérant Centre national de formation aux métiers du jeu et du jouet, Caluire

### **Marie ANAUT**

Professeure de psychologie et sciences de l'éducation, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique (CRPPC), Université Lumière Lyon 2

### **Stephane HEDONT-HARTMANN**

Responsable Thérapies et approches non médicamenteuses, Groupe Korian

### **Pierre KROLAK-SALMON**

Professeur des universités – Praticien hospitalier, Université Claude Bernard Lyon 1 ; Institut du vieillissement, Centre mémoire ressources recherche de Lyon (CMRR), Centre de recherche clinique « Vieillissement-Cerveau-Fragilité », Hôpital des Charpennes, Hospices civils de Lyon ; Centre de recherche en neurosciences de Lyon (Inserm 1048)

**Résumé** – Dans un souci de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des malades d'Alzheimer séjournant dans des Établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), nous présentons quelques enseignements, acquis par retour d'expérience, pour guider les professionnels qui le souhaitent à organiser des séances de jeux en vue d'une intervention psychosociale. Cette médiation vise à contribuer au bien-être et à la qualité de vie des résidents, à faciliter leurs interactions sociales et à améliorer la prise en charge de leurs troubles du comportement. Le cadre de ce dispositif de médiation par le jeu repose essentiellement sur une sélection d'objets ludiques adaptés aux compétences des participants, sur des principes d'aménagement offrant protection et lisibilité de l'espace ainsi que sur le rôle et la place des professionnels durant la séance de jeu en vue de favoriser l'autonomie des personnes. La séance de jeu ainsi pensée offre un espace sécurisé, porteur de sens et maîtrisable par le public visé. L'activité ludique favorise alors initiative, autonomie, liberté et créativité. Cette médiation s'inspire de l'avancée des travaux sur la résilience pour en trouver une application clinique en transposant également dans son cadre des principes d'éducation nouvelle de type Montessori. Elle souhaite offrir un outil complémentaire adapté aux soignants dans la prise en soin du sujet âgé atteint de pathologie démentielle.

**Mots clés** – jeu, résilience, thérapie de médiation, Alzheimer

**Abstract – Games and Alzheimer's Disease: For a Psychosocial Intervention**

This article presents the main characteristics of a therapeutic recreation plan aimed at improving the quality of life for people with Alzheimer's disease living in nursing homes for the elderly. We present some lessons, acquired by experience feedback, to guide professionals who wish to organize meetings of games for psychosocial interventions. The intervention aims at improving the quality of life and the social interaction of the residents, thereby improving the management of their challenging behavior. This therapeutic recreation plan revolves around 3 main principles: using only games and toys that are adapted to the residents' capacities ; adaptating the therapeutic therapy sessions to the residents' environment (to offer a safe, secure and recognizable place) ; emphasizing that the role of professionals during the sessions is to encourage the residents' autonomy. If planned and organized as described above, the therapeutic recreation sessions provide the residents with a safe, secure, known and meaningful place in which they can take initiatives, be autonomous, free and creative again. This therapeutic recreation mediation is based on and inspired by research on resilience (for the clinical aspects) and by some of the principles of new – Montessori – type education theories (for the practical aspects). It aims at providing health professionals with a complementary tool to care for people with dementia.

**Keywords** – play, recreation, resilience, therapeutic recreation mediation, demantia

## Introduction

Plus de 47,5 millions d'individus souffrent de démence dans le monde et selon les prévisions ce chiffre pourrait atteindre 135 millions en 2050<sup>1</sup>. Prendre en charge les pathologies démentielles devient un réel défi social nous invitant à partager des compétences pluriprofessionnelles, médicales et non médicales. Représentant entre 60 % et 70 % de l'ensemble des démences, la maladie d'Alzheimer est la forme la plus fréquente. Caractérisée par des troubles de la mémoire, de l'idéation et un déclin des facultés cognitives, cette symptomatologie démentielle est souvent associée à des troubles psychologiques et comportementaux (Benoit *et al.*, 2005).

Face aux limites de la prise en charge médicamenteuse, de plus en plus d'attention est portée aux interventions psychosociales, principalement dans le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux<sup>2</sup> et l'amélioration de la qualité de vie. Parmi ces approches, les thérapies de médiations semblent tout particulièrement privilégiées au regard du public visé. La fonction tierce de la médiation, associée à un cadre suffisamment constant, faciliterait la communication ainsi que la relation entre le patient et le thérapeute mais aussi la reprise de certains processus physiques et psychiques. Les supports de médiations sont nombreux (dessins, livres, animaux, marionnettes...) et le jeu peut se présenter comme un support adapté. Toutefois, pour être complémentaires à la prise en charge médicamenteuse, ces médiations souffrent souvent d'un manque de légitimité faute d'évaluation scientifique et de cadre formalisé.

Par ailleurs, les études sur le jeu mises en avant dans la littérature scientifique font le plus souvent référence aux *serious games*, aux *exergames* ou à l'utilisation de jeux comme outils de dépistage précoce des troubles cognitifs. Le jeu est souvent choisi en fonction d'un objectif de remédiation cognitive ou fonctionnelle au risque de ne pas suffisamment prendre en compte le désir de la personne. Quelques études témoignent de l'intérêt d'une activité ludique plus conventionnelle, à titre d'exemple celle de M. Boulay, S. Benveniste, S. Boespflug, P. Jouvelot et A.-S. Rigaud (2011) montre l'impact positif de l'utilisation de jeux vidéo de type Wii sur les interactions des résidents avec les professionnels. G.D. Cohen, K.M. Firth, S. Biddle, M.J. Lloyd Lewis et S. Simmens (2008), quant à eux, mettent en avant l'influence du jeu sur la qualité de vie et principalement sur le niveau de confort des familles lors de leur visite. Enfin, nous retrouvons plusieurs études soulignant l'intérêt d'introduire des poupées ou des peluches dans les EHPAD accueillant des malades d'Alzheimer. Pour M. Ehrenfeld et R. Bergman (1995), les poupées peuvent réveiller des réponses affectives agréables chez les patients psychiatriques âgés et répondent à des besoins d'attachement permettant de diminuer l'anxiété (Bisiani et Angus, 2013). L'étude pilote LUDIM que nous avons réalisée en 2014 auprès de 54 malades d'Alzheimer séjournant en EHPAD (Bathsavanis *et al.*, 2014) a permis de démontrer l'intérêt du jeu sur la qualité de

<sup>1</sup> Eurostat – nombre d'habitants de plus de 75 ans en EU28.

<sup>2</sup> Préconisations par la Haute Autorité de Santé.

vie des résidents, leur bien-être et la gestion des troubles du comportement les plus problématiques. Dans cette étude pilote randomisée en simple aveugle de type *step wedge*, les séances de jeu du groupe expérimental ont été proposées selon un cadre ludique (Perino, 2014) reposant à la fois sur une sélection d'objets ludiques, un aménagement de l'espace et un rôle du professionnel spécifiques pour rendre compte de conditions efficientes à l'activité et offrir ainsi un accompagnement à la résilience (Gueyraud, Denormandie, Anaut, Bathsavanis et Krolak-Salmon, 2016).

À partir des premiers résultats encourageants, les équipes de l'étude LUDIM ont décidé de modéliser ce cadre ludique en définissant une thérapie de médiation par le jeu, « LUDOSPACE », pour offrir un outil complémentaire aux soignants des unités protégées dans leur prise en soin des résidents. Cet outil est actuellement déployé au sein du groupe Korian dans une volonté de mettre en œuvre une approche clinique positive dans leurs établissements. Dans le cadre de cet article, nous proposons de rendre compte de façon détaillée de la mise en place de cette médiation par le jeu. La méthode présentée invite surtout à une réflexion sur le cadre que chaque intervenant pourra adapter à son contexte institutionnel.

## Cadre général de la médiation thérapeutique par le jeu

Les indications thérapeutiques de cette intervention psychosociale s'orientent vers la prise en charge des troubles du comportement modérés à sévères (MMSE < 19) les plus perturbateurs, visent à faciliter les interactions sociales et à augmenter le bien-être des résidents. De façon plus générale, cette médiation souhaite contribuer à l'épanouissement personnel en renforçant estime de soi, confiance en soi et plaisir. Elle rend plus accessible le rapport des résidents à leur environnement en étant respectueux de leurs envies et de leurs possibilités. Pour ce faire, cette médiation offre des conditions proches de celles nécessaires aux processus résilients en facilitant le sens, le lien et la créativité (Anaut, 2014). Le cadre proposé permet l'exercice de la liberté et favorise l'autonomie du résident, lui donnant le pouvoir de dépasser pour un temps sa situation pathogène.

La cible est en priorité les patients séjournant en EHPAD dont les unités protégées. Le dispositif peut inclure entre 6 et 12 résidents en fonction des moyens matériels et humains de l'établissement. La fréquence de la médiation est un critère important : plus elle a lieu, mieux cela fonctionne. De fait, cette activité invite à une ritualisation pour une meilleure appropriation du résident souffrant d'une atteinte de sa réserve cognitive à raison d'au moins 2 fois par semaine sur une période d'au moins 3 mois avec des séances fixes dans l'agenda hebdomadaire des institutions. La durée de la séance peut être comprise entre 45 minutes et une heure. Compte tenu des particularités comportementales du public cible, il est conseillé d'encadrer cette médiation par 2 soignants. L'évaluation de cette médiation pourra se faire selon une approche biomédicale ou psychosociale.

## Le choix des objets ludiques

### Critères de sélection généraux

#### *Choix du critère de sélection*

Le choix d'un objet ludique par un professionnel n'est jamais anodin, il témoigne souvent de ses valeurs et représentations culturelles, éducatives et sociales. La peur de l'infantilisation, les objectifs thérapeutiques de stimulations cognitives ou motrices se lisent très souvent dans le choix des objets opéré par les soignants et aidants. Toutefois, dans cette médiation par le jeu, le choix de l'objet ludique a pour première intention de supporter l'action de jouer du participant sans autre jugement de valeur. M. Point et C. Dugas (2016) nous rappellent que c'est parce que l'objet sera attirant pour le joueur qu'il suscitera la curiosité, que la personne l'utilisera et pourra développer diverses compétences. Il est donc nécessaire que le professionnel qui choisit un objet ludique le fasse selon les intérêts et les habiletés du joueur. Peu importe si le jeu a une grande visée éducative ou thérapeutique, si le résident ne s'y intéresse pas, l'effet est nul.

L'objet pourra donc se situer du côté des jeux ou des jouets. G. Brougère (1995) distingue ces 2 objets par rapport à leur rapport différent à la règle. Un jeu est soumis à une règle extérieure au joueur alors qu'un jouet suscite souvent la création d'une règle par le joueur lui-même. Face à la perte progressive de la capacité à raisonner au profit d'une intelligence plus sensorielle, il semblerait que le « *jouet* » soit plus adapté que « *le jeu* » pour un résident atteint de démence de type Alzheimer. En effet, pour éprouver le plaisir de jouer, le support choisi doit être maîtrisable par le joueur, il convient alors d'organiser une sélection au regard des compétences spécifiques du public visé.

Les objets ludiques ne sont pas uniquement des produits manufacturés, ils pourront être aussi des objets fabriqués, empruntés à la nature ou objets de récupération à condition qu'ils présentent des ressorts ludiques intéressants pour le joueur.

La sélection des objets ludiques n'est donc pas aussi simple qu'il y paraît. Elle demande un sens de l'observation, une connaissance de la maladie d'Alzheimer approfondie ainsi qu'une connaissance des jeux et jouets.

#### *Les catégories de jeux*

Au cours cette médiation thérapeutique, la sélection des jeux s'effectue directement en lien avec les compétences du public visé. Elle se fait en fonction des différentes catégories de jeu proposées par le système ESAR. Développé par D. Garon (2002), ce système est directement inspiré des travaux de J. Piaget (1994) et regroupe l'ensemble des objets ludiques en 4 grandes catégories en fonction des stades d'intelligence concernée. Les jeux d'exercice sont des supports faisant appel à l'intelligence sensori-motrice. Les jeux symboliques sont rattachés au stade représentatif, les jeux de règles font appel, selon leur niveau de difficulté, au raisonnement concret ou au raisonnement formel. Enfin, les jeux d'assemblage ne correspondent pas à un stade de développement mais selon la difficulté des techniques peuvent solliciter un ou plusieurs des stades évoqués.

Le dispositif de médiation thérapeutique par le jeu invite à sélectionner plusieurs objets dans chaque catégorie pour proposer des supports aux niveaux de compétences variées permettant de mieux individualiser le rapport objet/résident.

### **Le nombre de jeux**

Il est fréquent de voir des soignants sélectionner un jeu pour mener une animation collective avec plusieurs résidents. Toutefois, il semble peu probable que le choix d'un seul jeu puisse être adapté aux compétences de l'ensemble des participants ni même à l'ensemble de leurs désirs. Il convient alors que le cadre de médiation propose une diversité d'objets pour satisfaire désirs et compétences, ce qui permet d'offrir une possibilité de choix aux personnes. La présence de plusieurs objets ludiques durant la séance divisera le groupe de participants en plusieurs petits groupes, voire même isolera certains résidents souhaitant jouer seuls. Un tel découpage du groupe est adapté aux compétences sociales d'un public Alzheimer pour qui il devient de plus en plus difficile de s'organiser en grand groupe. Une sélection de 8 ou 9 jeux pour une dizaine de participants permettra une variété suffisante pour satisfaire l'ensemble du public.

## **Critères de sélection spécifiques**

### **Critères de sélection des jeux de règles**

*« Les jeux de règles comportent un ensemble de conventions et d'obligations supposant l'adhésion des joueurs. Il s'agit souvent de jeu collectif » (FM2J, 2009, p. 25).*

Ces jeux, plus connus sous les termes de jeux de société, doivent trouver une place limitée dans la sélection du thérapeute. En effet, respecter une règle de jeu fait appel au raisonnement. Cette fonction cognitive est très rapidement mise à mal dans la maladie d'Alzheimer. Même simplifiée, il devient très difficile pour les participants de se soumettre de façon autonome au respect d'une règle extérieure.

Il s'agira alors de respecter un certain nombre de critères pour que ces supports puissent toutefois trouver leur place dans la séance de médiation tout en limitant l'aide apportée par le thérapeute dans le maintien de la règle. Pour cela, le soignant privilégiera des supports de jeux surdimensionnés. En effet, ces jeux sont plus adaptés au niveau ergonomique, mais ils permettent surtout aux résidents d'endosser facilement le rôle de spectateur de jeu. Une telle place permet à la personne de ne pas s'engager directement dans la partie de jeu tout en prenant plaisir à regarder les autres jouer. Regarder l'autre jouer, c'est également une façon de s'approprier la règle du jeu, sans passer par la consigne verbale du thérapeute. Les moteurs ludiques privilégiés dans les jeux surdimensionnés sont l'adresse et la motricité, sollicitant une expérimentation par essai/erreur ou faisant appel à un raisonnement majoritairement concret. Enfin, le nombre de consignes est souvent limité, permettant une meilleure assimilation du jeu de la part du résident.

Concernant les autres types de jeux de règles, il s'agira de veiller à la qualité du matériel et en particulier de choisir un jeu avec un nombre limité de pièces différentes. En effet, tout jeu de société met en relation le matériel ludique selon des conventions déterminées. Plus le matériel est diversifié, plus il sera difficile

aux résidents de créer des liens entre les différentes pièces d'un même jeu. En revanche, si le matériel est unique, le nombre de pièces peut être plus important. Le thérapeute évitera de choisir un jeu faisant appel à un raisonnement hypothético-déductif ou à l'abstraction. Les jeux de stratégie et de réflexion sont donc à éviter au profit de jeux de hasard, d'association, d'adresse ou d'expression. Enfin, un support de jeu à forte *affordance* est préférable, c'est-à-dire choisir des supports qui suscitent des idées de règles juste en les regardant, sans passer par la lecture de la règle ou sa transmission orale. Un tel critère favorisera la création de règles arbitraires de la part des joueurs.

### **Critères de sélection des jeux symboliques**

Ces critères concernent des « *objets ludiques qui permettent au joueur de reproduire ou d'inventer des actions, des situations, des événements, des scènes selon son imagination en s'inspirant de la connaissance et de la compréhension qu'il a de la réalité* » (FM2J, 2009, p. 17).

Les jeux symboliques offrent au joueur un support permettant de mettre en mouvement une représentation de la réalité en fonction de sa connaissance, de sa compréhension et de ses besoins. Faisant appel à une intelligence représentative, ces jeux sont plus adaptés aux résidents que les précédents.

Parmi les différents types de jeux symboliques, le soignant pourra choisir des jeux de rôle comme les poupées d'empathie, les peluches d'animaux. Il ne s'agit pas ici de vouloir infantiliser les résidents mais de leur offrir des objets qui peuvent encore être signifiants pour eux, des objets porteurs de sens et donc immédiatement maîtrisables. Ces objets favorisent les réminiscences et les gestuelles émotionnelles.

En complément de ces supports de jeux, il est possible de recourir à des supports de déguisement en libre accès. Se travestir permet de gagner confiance en soi et d'oser des nouveaux comportements sous le prétexte du masque. Enfin, le déguisement permet d'être regardé par l'autre sous un angle différent et peut renforcer l'estime de soi. Enfin, des objets ludiques permettant des représentations concrètes ou abstraites de la réalité sont également adaptés (table à sable pour dessiner par exemple).

Ces différents jeux symboliques permettent aux joueurs d'exprimer des sentiments et de les explorer, ils peuvent ainsi reprendre le contrôle de leurs gestes et de leurs émotions. Ces supports offrent la possibilité de mettre en pratique des apprentissages anciens et fournissent une possibilité de soutenir le langage. Ces jeux, quand ils sont proposés en accès libre, sont souvent très investis par les participants.

### **Critères de sélection de jeux d'assemblage**

Les jeux d'assemblage sont définis comme des « *éléments de jeu que l'on réunit en vue de réaliser un nouvel ensemble* » (FM2J, 2009, p. 43). Ils présentent un réel intérêt dans la sélection car leur utilisation peut souvent être facilement détournée en fonction des compétences des participants. Ainsi, un groupe aux compétences hétérogènes pourra plus facilement se retrouver autour de ce même support. Le

professionnel veillera toutefois à ce que la motricité fine (pince, dextérité, agilité) et la coordination œil/main soient suffisantes pour pouvoir se servir du matériel dans de bonnes conditions.

Le soignant privilégiera ici des jeux de construction, pour réaliser des structures en 3 dimensions. Le matériel doit présenter des pièces uniques, aux techniques d'assemblage simples mais en quantité suffisante pour permettre des constructions mais aussi pour jouer à plusieurs, provoquer des interactions sociales avec l'environnement. Il sera également possible de proposer des jeux d'agencement de type puzzle, ayant un nombre de pièces limité pour favoriser l'autonomie du résident.

Construire, déconstruire, encastrer, assembler, transformer, ériger une tour sont autant d'actions réalisables à partir des jeux d'assemblage. J. Château (1967) appelle aussi ces jeux « *les jeux d'ordre* ». Classer, trier, ordonner le matériel disponible sont des activités qui confortent la sécurité. Le soignant remarquera l'attrait pour les cubes chez le résident atteint de la maladie d'Alzheimer. Cette conduite est proche de celle décrite par M. Montessori (1936) qui montre combien les jeunes enfants aiment les jeux de rangement et n'aiment pas qu'un objet ne soit pas à sa place. Le rapport à la règle est très variable dans ce type de jeu, le joueur peut choisir de suivre un modèle représenté sur photo ou de suivre ses propres règles ou désirs de création. Il s'agit du seul jeu exigeant une production pouvant laisser une trace devant laquelle chacun des participants peut faire un commentaire. L'œuvre réalisée mérite aussi d'être valorisée par le soignant.

### ***Critères de sélection des jeux d'exercice sensori-moteur***

Définis comme des « *objets utilisés dans des activités sensorielles et motrices pour le plaisir d'obtenir des effets ou des résultats immédiats* » (FM2J, 2009, p. 9), ces jeux sont entièrement adaptés à des stades plus avancés de la maladie. Toutefois, ils seront également utilisés par un public plus large dans la mesure où ils font appel à des compétences primaires facilement mobilisables par tous.

Objets sensoriels, objets de manipulation simple ou objets de motricité sont autant de propositions que le soignant pourra choisir dans cette catégorie de jeux.

La répétition est fortement mise en avant dans les jeux d'exercice où le joueur pourra tenter de maîtriser des expériences « *sensationnelles* », expérimenter la causalité, etc.

### **Durée de présentation de la sélection**

Le thérapeute devra s'assurer que sa sélection permette à chaque participant de trouver un ou plusieurs support(s) adapté(s). Un jeu adapté est un jeu dans lequel la personne est capable de maîtriser l'objet sans aide extérieure ou une aide très limitée. Un réajustement de la sélection est alors souvent nécessaire sur les premières séances mais rapidement le thérapeute devra verrouiller sa sélection pour la proposer à l'identique à chaque séance. Devenant des invariants, les objets revêtiront progressivement un caractère familier pour les participants, assurant une certaine sécurité propre à l'évolution de la participation des joueurs.





Par ailleurs, la répétition des gestes ludiques et l'enregistrement des émotions associées contribueront à faciliter cet engagement dans le jeu au fil des séances. Toutefois, lorsque l'ennui et la lassitude s'installent, du côté des participants ou des soignants, ces derniers pourront commencer à envisager une rotation progressive des objets ludiques. Un changement progressif de jeux toutes les 7 semaines environ est un indicateur pour le soignant.

**Exemple de sélection**


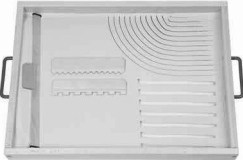
Depuis janvier 2016, des établissements du groupe Korian mettent en place ces médiations thérapeutiques par le jeu. Une formation<sup>3</sup> de 2 jours est proposée à l'équipe soignante des unités de vie protégée (psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, aides-soignants, aides médico-psychologiques, assistants de soins en gériatrie). Une malle de jeux complète et les 2 journées de formation des équipes constituent les ressources nécessaires au démarrage des médiations. La malle de jeux proposée répond aux différents critères évoqués dans cet article mais peut tout à fait évoluer et être réajustée par les soignants. À titre d'exemple, cette malle est composée des objets présentés dans les figures 1 à 4.

**Figure 1 – Sélection de jeux de règles  
pour les médiations Ludospace du groupe Korian**

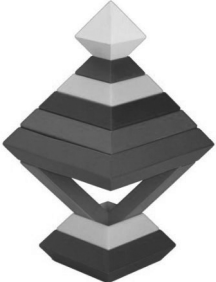
Jeu de règles	
<i>Océan déchaîné</i> Hape	<i>Batik</i> Gigamic
	

<sup>3</sup> FM2J – Centre national de formation aux métiers du jeu et du jouet.





**Figure 2 – Sélection de jeux symboliques pour les médiations Ludospace du groupe Korian**

Jeux symboliques	
<i>Gosic Golden</i> Ikea	<i>Table à sable</i> Dusyma
	

**Figure 3 – Sélection de jeux d'assemblage pour les médiations Ludospace du groupe Korian**

Jeu d'assemblage
<i>Wedgit</i> Imag ability


**Figure 4 – Sélection de jeux d'exercice pour les médiations Ludospace du groupe Korian**

Jeux d'exercice			
<i>Pivert</i> Goki	<i>Cascade sonore</i> Grun Specht	<i>Toupie gyroscopique</i> Nature et découverte	<i>Spirelli</i> Grim's
			

## L'aménagement de l'espace

Une fois la sélection d'objets arrêtée, il s'agira de la mettre en scène dans l'espace où se déroulera la médiation. En tant qu'élément du cadre, l'espace se doit de respecter un certain nombre d'invariants pour assurer la sécurité physique et affective des résidents et offrir un espace de liberté, de création, d'initiative et d'autonomie.

### La protection de l'espace

Le premier principe à respecter est celui de la protection de l'espace de jeu. Une frontière, physique et/ou symbolique doit permettre de contenir la séance de jeu dans un environnement protégé des stimulations extérieures pour favoriser la concentration, l'engagement et la participation des résidents. Le jeu, selon R. Caillois (1967) est une « *activité séparée* », c'est-à-dire circonscrite dans des limites d'espace et de temps. Cette protection est d'autant plus nécessaire que le jeu n'est pas souvent une activité très valorisée en institution et qu'il n'est pas rare de voir soignants, familles ou autres résidents « *déranger en toute bienveillance* » la séance de jeu. Le thérapeute devra alors imaginer la façon de protéger le dispositif de médiation en fonction du contexte dans lequel il évolue. Une salle dédiée se présente comme une solution privilégiée mais il faudra faire preuve de davantage d'imagination pour protéger un espace partagé ou un lieu de vie. Des paravents ou claustras sont des éléments idéaux pour cloisonner un espace, mais il est également possible d'utiliser le mobilier, des rideaux ou tout autre objet pouvant symboliser une frontière. Au-delà de la protection physique de l'espace, il est souvent nécessaire de rappeler le cadre aux personnes extérieures. Les familles pourront être prévenues que leur parent participe à un cycle de séances de médiation de plusieurs semaines les invitant à adapter leurs heures de visites en fonction de cette activité. Les professionnels de l'établissement seront également sensibilisés à l'intérêt du jeu comme outil de médiation thérapeutique pour mieux comprendre l'importance de ne pas perturber l'activité. Un panneau « *Séance de médiation en cours, ne pas déranger* » peut enfin être un outil complémentaire à la protection du cadre.

### Aménager les zones de jeu

Une fois l'espace protégé, le professionnel sera invité à aménager son espace en offrant idéalement quatre zones de jeux correspondant aux quatre types de jeux et de compétences précédemment évoqués. Un espace de jeu d'exercice sollicitant des compétences sensori-motrices, un espace de jeu symbolique sollicitant des compétences représentatives, un espace de jeu de règles pour des compétences opératoires concrètes et enfin un espace de jeu d'assemblage pouvant s'adapter à des compétences plurielles. Si possible, ces quatre zones devront proposer des identités différentes : par exemple, aménager l'espace de jeux d'exercice de façon *cocooning* en utilisant fauteuils et tables basses, privilégier les tables hautes et chaises pour l'espace de jeux de règles. Enfin, il est important également de prévoir l'espace nécessaire pour les fauteuils roulants et d'essayer de rendre lisible

une séparation entre ces quatre zones de jeux... Si l'espace dédié à la médiation n'est pas assez grand, il est possible de diminuer le nombre de zones et de n'en garder que 2 ou 3 ; on privilégiera le confort et l'équilibre d'une zone à l'exhaustivité permanente des jeux. Toutefois, s'il n'y a pas la place de proposer les quatre zones, le soignant pourra, durant la séance, piocher dans les jeux manquants et les inverser avec ceux existants en fonction des besoins des participants.

### **Invitation à jouer**

Les jeux seront installés avant l'arrivée du groupe dans leur zone dédiée, le thérapeute veillera toutefois à proposer une offre claire et lisible en évitant de disposer trop d'objets différents sur une même table et en disposant les jeux en « *invitation à jouer* » (Perino, 2014). Il s'agit ici d'installer les jeux comme s'ils étaient déjà en cours d'utilisation, en milieu de partie ou avec une ébauche de construction pour les jeux d'assemblage. Une telle mise en scène donnera des éléments sensoriels (visuels et tactiles) complémentaires concernant l'utilisation de l'objet. À l'image des travaux de C. Camp (2012) transférant les préconisations de M. Montessori au champ de la gériologie, l'aménagement de l'espace fait ressortir l'intérêt de l'ordre et d'un environnement entièrement pensé en fonction des besoins, désirs et compétences du public.

## **Rôle et place des professionnels**

### **Organisation des ressources humaines**

Ces séances de médiation peuvent être proposées par l'ensemble de l'équipe soignante<sup>4</sup> sous réserve d'avoir été formée à cette technique. Dans la mesure du possible il est intéressant de co-animer les séances de jeux en impliquant 2 professionnels : un référent présent sur l'ensemble des séances de jeu accompagné par un second professionnel qui peut changer ponctuellement. Une telle diversité permettra à la fois de faire du professionnel permanent un élément invariant du cadre et de garder une certaine dynamique des médiations par le changement ponctuel du second professionnel. Par ailleurs, il est intéressant pour tous les professionnels d'un EHPAD de participer ponctuellement à ces séances, pour permettre une évolution de leur relation aux résidents et contribuer à créer des alliances thérapeutiques. Toutefois, il est nécessaire que tous ces professionnels aient été formés ou sensibilisés pour adapter leur positionnement au cadre de la médiation, sélectionner les jeux et aménager l'espace. Enfin, co-animer une séance permet de partager les rôles entre participation aux séquences de jeu avec les résidents et observation de celles-ci.

<sup>4</sup> Psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, aides-soignants, aides médico psychologiques, assistants de soins en gériologie.

## Positionnement du professionnel durant la médiation

### *L'observation*

La position à privilégier en première intention est celle d'observateur. Le thérapeute devra en effet observer son groupe et adapter son comportement aux besoins des participants en fonction de ses observations. Si les participants sont engagés dans l'activité ludique ou dans l'observation d'une activité, le thérapeute évitera d'intervenir pour favoriser l'autonomie des participants. Lors de ses interventions sur les autres résidents, il pourra susciter l'engagement, en invitant à jouer, en jouant avec le résident, en proposant une règle de jeu, ou en jouant lui-même tout seul pour favoriser observation et imitation. Pour autant, le soignant ne devra pas insister pour respecter la liberté du résident de ne pas jouer.

Le soignant évitera le plus possible d'aider la personne dans son activité ludique, respectant le célèbre leitmotiv de M. Montessori (1936) « *Aide-moi à faire seul* », n'oubliant jamais que « *toute aide inutile est une entrave au développement de l'individu* ». En cas de difficulté du résident, le professionnel privilégiera le changement de jeu vers une compétence plus basse plutôt que de trop aider ou faire à la place du résident. L'autonomie de la personne est centrale dans ce dispositif de médiation.

### *La disponibilité*

La participation et les interventions des soignants resteront ponctuelles pour essayer de toujours revenir à un état de disponibilité pour le groupe. Chaque participant doit sentir que le thérapeute est disponible pour lui en cas de besoin. Cette attitude confère une certaine sécurité affective nécessaire à l'engagement des participants dans le jeu. Si le thérapeute est accompagné d'un second professionnel, il sera plus aisé pour l'un des intervenants de jouer avec certains résidents dans la mesure où un des deux professionnels reste toujours disponible pour le groupe.

### *La flexibilité*

Enfin, le thérapeute devra se montrer suffisamment souple et flexible pour s'adapter aux propositions des résidents. Si les jeux présentent des principes d'utilisation spécifiques, le thérapeute pourra néanmoins autoriser et s'adapter à une règle arbitraire proposée par un participant.

## Évaluation de la médiation thérapeutique par le jeu

### *Évaluation des séances*

Un temps d'évaluation de chaque séance est nécessaire. Il s'agira pour les professionnels d'évaluer à la fois le cadre mis en place et la participation des résidents.

En partant du postulat que le cadre influe sur les comportements des résidents, les soignants devront évaluer la pertinence des objets, de l'aménagement et de leur rôle durant la séance pour les faire éventuellement évoluer.

Concernant les objets ludiques, les professionnels évalueront la maîtrise et l'autonomie des résidents dans leur utilisation. Ils vérifieront que la séance offre bien la possibilité de choix aux participants et que les supports soient suffisamment variés en termes de compétences et de types de jeu. Ils veilleront à vérifier à partir de quel moment il est pertinent d'effectuer un changement de jeu (de façon limitée). Pour l'aménagement de l'espace, ils évalueront la protection du cadre vis-à-vis des stimulations extérieures, la bonne circulation dans l'espace, l'accessibilité des jeux et leur présentation. Concernant leur rôle, les professionnels devront évaluer leur directivité : le degré d'intervention se doit de diminuer au fil des séances au fur et à mesure que le cadre devient familier aux participants.

Les professionnels termineront leur évaluation par la participation des résidents, en prenant en compte quatre indicateurs :

- le niveau d'autonomie et de maîtrise dans l'utilisation des objets par une grille d'observation du résident et une mesure du niveau de directivité de l'intervenant ;
- le bien-être durant la séance (Kuhnel *et al.*, 2014) avec l'échelle EVIBE par exemple ;
- la qualité de leurs interactions sociales et la qualité de vie (Rabins, 2007) ;
- l'évolution de leurs troubles du comportement durant la séance par une échelle subjective du suivi des troubles jugés les plus problématiques par les soignants.

Des grilles standardisées ou un cahier d'observation pourront être mis en place pour le suivi des évaluations, mais ces outils restent encore à construire et à faire évoluer.

### ***Évaluation d'un cycle de médiation***

Il est également possible et intéressant que les troubles du comportement des résidents soient évalués avant le début des séances à partir des échelles de type NPI-es et/ou Cohen Mansfield. La passation de ces échelles pourrait être proposée à mi-parcours et en fin de cycle pour observer l'évolution. Enfin, une évaluation qualitative de cette médiation auprès des professionnels de l'établissement serait intéressante à réaliser pour mettre en avant l'évolution de la qualité de vie des résidents et des professionnels grâce à cette prise en charge.

Face à la diversité des outils d'évaluation et à la contrainte qu'ils exercent parfois sur l'équipe soignante, il nous semblerait nécessaire, dans nos travaux à venir, de construire un outil d'évaluation spécifique à cette médiation objectivant à la fois l'impact de la médiation au niveau des troubles du comportement mais aussi au niveau des interactions sociales, du bien-être, de la qualité de vie des résidents et des professionnels.

## Conclusion

La thérapie par la médiation du jeu propose un cadre ludique adapté au champ des pathologies du vieillissement de type Alzheimer. Le choix des jeux et l'aménagement de l'espace tiennent compte des compétences des malades pour permettre la maîtrise et la lisibilité des propositions. Le rôle du soignant est pensé dans l'intention de favoriser l'autonomie des résidents. Ce cadre s'inspire d'une approche pluridisciplinaire empruntant des réflexions aux sciences du jeu, au courant des médiations thérapeutiques, au mouvement d'Éducation nouvelle ou encore à la gériatrie. En faisant appel aux capacités préservées des résidents, ce dispositif de médiation trouve également des articulations avec l'approche de la résilience, notamment si l'on considère que la médiation par le jeu participe à la mise en évidence des compétences des patients et s'étaye sur le développement de leurs ressources (Anaut, 2015 ; Ploton et Cyrulnik, 2014). À travers ce dispositif, le professionnel s'inscrit dans une relation d'accompagnement des processus de résilience. Le cadre ludique invite en effet les participants à développer des ressources cognitives, sociales, affectives et conatives. Toutefois, dans la mesure où la maladie d'Alzheimer est une pathologie progressive et irréversible mais non linéaire, nous préférons rester prudents dans nos interprétations et considérons que la médiation par le jeu peut promouvoir des « *moments de résilience* » permettant de renforcer la qualité de vie des résidents séjournant en EHPAD et d'offrir un outil adapté de prise en charge aux professionnels.

## RÉFÉRENCES

- Anaut, M. (2014). Créativité, humour et résilience avec l'avancée en âge. Dans L. Ploton et B. Cyrulnik (dir.), *Résilience et personnes âgées* (pp. 18-38). Paris, France : Odile Jacob.
- Anaut, M. (2015a). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 28-39. doi:10.3917/rsi.121.0028
- Anaut, M. (2015b). *Psychologie de la résilience* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Bathsavanis, A., Delphin-Combe, F., Gueyraud, C., Denormandie, P., Bertin-Hugault, F. et Krolak-Salmon, P. (2014). *Effet d'un nouveau cadre ludique comme intervention non médicamenteuse dans la démence sur la qualité de vie*. Poster présenté au congrès national des unités de soin, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Paris. Repéré à : <http://www.uspalz.com/archives/posters-2014> consulté le 18 novembre 2016.
- Benoit, M., Bocker, P., Clement, J.-P., Cnockaert, X., Hinault, P., Nourashemi, F.... Verny, M. (2005). Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. *Revue neurologique*, 161(3), 357-366. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(05\)85064-7](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(05)85064-7)
- Bisiani, L. et Angus, J. (2013, juillet). Doll therapy: A therapeutic means to meet past attachment needs and diminish behaviours of concern in a person living with dementia – a case study approach. *Dementia (London)*, 12(4), 447-62. doi:10.1177/1471301211431362

- Boulay, M., Benveniste, S., Boespflug, S., Jouvelot, P. et Rigaud, A.-S. (2011). A pilot usability study of MINWii, a music therapy game for demented patients. *Technol Health Care*, 19(4), 233-246. doi:10.3233/THC-2011-0628
- Brougère, G. (1995). *Jeu et éducation*. Paris, France : L'Harmattan.
- Caillois, R. (1967). *Les jeux et les hommes* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Gallimard.
- Camp, C.J. (2012). Origins of Montessori programming for dementia. *Non-pharmacological Therapies in dementia*, 1(2), 163-174.
- Château, J. (1967). *L'enfant et le jeu* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Éditions du Scarabée.
- Cohen, G.D., Firth, K.M., Biddle, S., Lloyd Lewis, M.J. et Simmens, S. (2008-2009). The first therapeutic game specifically designed and evaluated for Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 23(6), 540-551. doi:10.1177/1533317508323570
- Ehrenfeld, M. et Bergman, R. (1995). The therapeutic use of dolls. *Perspectives in Psychiatric Care*, 31(4), 21-22. doi:10.1111/j.1744-6163.1995.tb00484.x
- FM2J. (2009). *COL : Comment classer ses jeux et ses jouets ?* Lyon, France : FM2J.
- Garon, D., Chiasson, R. et Fillion, R. (2002). *Le système ESAR : guide d'analyse, de classification et d'organisation d'une collection de jeux et jouets*. Montréal, Québec : Asted.
- Gueyraud, C., Denormandie, P., Anaut, M., Bathsavanis, A. et Krolak-Salmon, P. (2016). Jeu et maladie d'Alzheimer : le cadre ludique dans la prise en charge de la démence. *Empan*, 102, 116-122. doi:10.3917/empa.102.0116
- Kuhnel, M.L., Sanchez, S., Hugault, F.B., Denormandie, P. et Dramé, M. (2014). Un outil simple pour mesurer le bien-être immédiat des personnes âgées en EHPAD. *Soins Gériatrie*, 19(108), 9-13. doi:10.1016/j.sger.2014.04.005
- Montessori, M. (1936). *L'Enfant*. Genève, Suisse : Gonthier.
- Périno, O. (2014). *Des espaces pour jouer : pourquoi les concevoir ? Comment les aménager ?* (2<sup>e</sup> éd.). Toulouse, France : Erès.
- Piaget, J. (1994). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (9<sup>e</sup> éd.). Lausanne, Suisse : Delachaux et Niestlé.
- Ploton, L. et Cyrulnik, B. (2014). *Résilience et personnes âgées*. Paris, France : Odile Jacob.
- Point, M. et Dugas, C. (2016). *MOOC Jouer pour apprendre en petite enfance* (vidéo en ligne). Repéré à [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw030?owa\\_no\\_site=1318&owa\\_no\\_fiche=21](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw030?owa_no_site=1318&owa_no_fiche=21), consulté le 10 novembre 2016.
- Rabins, P.V. (2007). Measuring quality of life in dementia: Purposes, goals, challenges and progress. *International psychogeriatrics*, 19(3), 401-407. doi:https://doi.org/10.1017/S1041610207004863

emails auteurs : [cedric.gueyraud@fm2j.com](mailto:cedric.gueyraud@fm2j.com) ; [marie.anaut@univ-lyon2.fr](mailto:marie.anaut@univ-lyon2.fr) ;  
[stephane.hedont@korian.fr](mailto:stephane.hedont@korian.fr) ; [pierre.krolak-salmon@chu-lyon.fr](mailto:pierre.krolak-salmon@chu-lyon.fr)