



HAL
open science

La collaboration ergothérapeute/aide-soignant via la méthode Montessori en EHPAD : facteur de volition chez le résident atteint de la maladie d'Alzheimer ?

Marine Saudrais

► To cite this version:

Marine Saudrais. La collaboration ergothérapeute/aide-soignant via la méthode Montessori en EHPAD : facteur de volition chez le résident atteint de la maladie d'Alzheimer ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269905

HAL Id: dumas-02269905

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269905>

Submitted on 23 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Faculté des sciences médicales et paramédicales

– École des sciences de la réadaptation –

– Formation Ergothérapie –

SAUDRAIS Marine

UE 6.5 – Semestre 6

Mémoire d'initiation à la
recherche

16 Mai 2019

**La collaboration ergothérapeute/aide-soignant via la méthode
Montessori en EHPAD : facteur de volition chez le résident atteint
de la maladie d'Alzheimer ?**

Sous la direction de BLANC Catheline, directrice de mémoire et de
LOUIT Vincent, référent professionnel

Remerciements

Je souhaite remercier Catheline BLANC et Vincent LOUIT pour leur disponibilité, leur écoute et leurs précieux conseils.

Merci aux équipes pédagogiques des Instituts de Formation en Ergothérapie de Rouen et de Marseille pour leur accompagnement tout au long de cette formation.

Je tiens également à remercier les ergothérapeutes et les aides-soignants ayant pris le temps de répondre à mon enquête et de m'avoir permis d'avancer dans ce travail d'initiation à la recherche.

Manon, Lucie, Laurianne, Laurine, Marion et Cindy, merci, rien n'aurait été pareil sans vous.

Un grand merci à ma famille et à toi, Yan, pour votre patience et votre soutien indéfectibles.

Table des matières

1	<u>INTRODUCTION.....</u>	1
1.1	CONTEXTE	1
1.2	THEME GENERAL	3
1.2.1	L'EHPAD	3
1.2.2	L'ALZHEIMER.....	4
1.3	LES ENJEUX SOCIO—ECONOMIQUE, PROFESSIONNELS ET DE SANTE PUBLIQUE	4
1.4	LA REVUE DE LITTERATURE.....	5
1.4.1	CHOIX DES BASES DE DONNEES	5
1.4.2	CHOIX DES MOTS-CLES	6
1.4.3	L'ALZHEIMER ET LA RESTRICTION DANS L'ACTIVITE.....	7
1.4.4	LES DIFFICULTES DE PRISE EN SOIN DES PERSONNES AGEES ATTEINTES D'ALZHEIMER.....	7
1.4.5	LA COLLABORATION DES AIDES-SOIGNANTS ET DES ERGOTHERAPEUTES AUTOUR DES THERAPIES NON-MEDICAMENTEUSES DANS LES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE.....	8
1.5	L'ENQUETE EXPLORATOIRE.....	10
1.5.1	LES OBJECTIFS	10
1.5.2	CONSTRUCTION DE L'OUTIL	11
1.5.3	LES BIAIS	12
1.5.4	LE DEROULEMENT	12
1.5.5	CHOIX DES OUTILS D'ANALYSE DE DONNEES.....	12
1.5.6	LES RESULTATS	13
1.5.7	ANALYSE CRITIQUE	18

1.6	LA QUESTION INITIALE DE RECHERCHE.....	19
1.7	LE CADRE DE REFERENCE	19
1.7.1	COLLABORATION.....	19
1.7.2	MONTESORI	21
1.7.3	ENGAGEMENT.....	23
1.7.4	VOLITION.....	26
1.8	LA QUESTION ET L’OBJET DE RECHERCHE	27
2	<u>MATERIEL ET METHODE</u>	<u>28</u>
2.1	CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE	28
2.2	HYPOTHESES	29
2.3	LE PROTOCOLE	29
2.4	CRITERES D’INCLUSION ET D’EXCLUSION.....	30
2.5	DEROULE DE LA RECHERCHE.....	32
2.5.1	ÉVALUATION DE LA VOLITION A T0.....	33
2.5.2	PRISE EN SOIN.....	33
2.5.3	ÉVALUATION DE LA VOLITION A T1	37
2.5.4	PRISE EN SOIN.....	37
2.5.5	ÉVALUATION DE LA VOLITION A T2.....	37
2.6	LOI JARDE	37
2.7	LES BIAIS.....	38
3	<u>ANALYSE DES RESULTATS</u>	<u>40</u>
4	<u>DISCUSSION.....</u>	<u>42</u>
4.1	INTERPRETATIONS DES RESULTATS.....	42
4.2	CRITIQUE DU DISPOSITIF DE RECHERCHE.....	42

4.3	APPORTS, INTERETS ET LIMITES DE LA RECHERCHE POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	43
4.4	PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	44
5	<u>TABLE DES FIGURES.....</u>	<u>45</u>
6	<u>ANNEXES.....</u>	<u>46</u>
6.1	ANNEXE 1 – SYNTHÈSE DES BASES DE DONNÉES	46
6.2	ANNEXE 2 – SYNTHÈSE DES ARTICLES.....	47
6.3	ANNEXE 3 – MATRICES DE QUESTIONNEMENT	53
6.3.1	POUR LES ERGOTHERAPEUTES.....	53
6.3.2	POUR LES AIDES-SOIGNANTS.....	55
6.4	ANNEXE 4 – RESULTATS DE L’ENQUÊTE EXPLORATOIRE	57
6.4.1	LES ERGOTHERAPEUTES	57
6.4.2	LES AIDES-SOIGNANTS	94
6.5	ANNEXE 5 – MATRICE THÉORIQUE.....	111
6.6	ANNEXE 6 – VOLITIONAL QUESTIONNAIRE	115
6.7	ANNEXE 7 – LE SYSTÈME DE MESURE DE L’AUTONOMIE FONCTIONNELLE	117
7	<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	<u>119</u>

1 Introduction

Aujourd'hui, selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) « l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement » (1).

1.1 Contexte

Au cours de nos stages, nous avons pu constater que les prises en soin des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer pouvaient s'avérer complexes. En effet, nous avons pu rencontrer des soignants « faire pour » les personnes, ou encore ne pas être en mesure de mettre en place ou de critiquer les recommandations de l'ergothérapeute. Cela nous a particulièrement interpellé lors d'une toilette : avec l'ergothérapeute de l'EHPAD¹ nous avons réalisé une évaluation à la toilette et la conclusion était que la personne était indépendante à la toilette mais en perte d'autonomie. C'est-à-dire qu'elle avait besoin d'une guidance orale pour réaliser sa toilette. L'équipe en a discuté lors des transmissions de la mi-journée. Pourtant, le lendemain, le soignant a réalisé une toilette totale alors que, lors des transmissions, personne n'avait manifesté de divergence d'opinion. Aussi, il n'était pas possible, par exemple, pour tous les professionnels, de reporter la toilette à plus tard, même lorsque le résident était dans le refus de soin.

Il est stipulé dans l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'ergothérapeute – Annexe 1, que l'ergothérapie a pour buts de « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace [...] » (2). De plus, la collaboration entre professionnels est abordée « L'ergothérapeute rend compte de son intervention et de ses résultats aux bénéficiaires et aux différents intervenants concernés et formule des préconisations. » (2).

En outre, l'Arrêté du 05 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'État d'aide-soignant – Annexe 1, stipule que les professionnels devront « Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de

¹ EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

son degré d'autonomie » et « repérer l'autonomie et les capacités de la personne » (3). Il est donc question, comme pour les ergothérapeutes, de maintenir les capacités du résident et de « stimuler la personne, lui proposer des activités contribuant à maintenir son autonomie et à créer le lien social. ». (3) Nous pouvons donc nous demander pourquoi existe-il des différences entre la théorie et la pratique ?

Cette situation nous a poussé à la réflexion. En effet, aide-soignant et ergothérapeute sont des professions complémentaires. Chaque professionnel peut apporter à l'autre pour améliorer la qualité des prises en soin, la qualité de vie des résidents mais aussi la qualité de vie au travail des professionnels. De plus, il nous semble que les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer doivent être considérées à part entière, avec des volontés, des envies mais aussi et parfois des refus.

Si ces différentes expériences de stages nous ont permis de renforcer nos valeurs professionnelles telles que le respect, la bienveillance, l'écoute active et empathique, le partage, l'approche holistique et centrée sur la personne, ainsi que l'interprofessionnalité, elles nous ont également permis de nous poser plusieurs questions :

- Pourquoi, parfois, les aides-soignants « font pour » et ne « laisse pas faire » les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? ;
- Pourquoi les préconisations de l'ergothérapeute ne sont-elles pas toujours entendues ? ;
 - o Malgré le but commun des équipes, l'autonomie et l'indépendance des résidents, les propositions de l'ergothérapeutes peuvent ne pas être suivies, sans pour autant être discutées/contredites. Est-ce parce que la communication dans l'équipe n'est pas optimale ? Le rythme de travail imposé aux équipes permet-il aux soignants de proposer aux résidents une prise en soin basée sur l'autonomie et l'indépendance ?
- Comment peut-on améliorer les prises en soin des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ? ;
- Pourquoi des approches si différentes entre deux professions de santé ? ;
- Quelles difficultés de prise en soin rencontrent les équipes soignantes dans l'accompagnement de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? ;
- Comment les ergothérapeutes et les aides-soignants collaborent-ils en EHPAD ?

1.2 Thème général

Aux vues des dernières actualités concernant les EHPAD et les échanges que nous avons pu avoir avec les professionnels, nous avons compris que l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer se révélait régulièrement complexe. En effet, le travail en pluridisciplinarité peut influencer la qualité de la prise en soin. Normalement, celle-ci doit se faire dans la bientraitance qui est « une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'utilisateur et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'utilisateur, son écoute et ses besoins tout en prévenant la maltraitance » (4). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la bientraitance nécessite un travail de collaboration entre tous les professionnels qui accompagnent la personne. Aussi, des analyses de pratiques sont nécessaires pour adapter et améliorer cet accompagnement. C'est pour cela que le thème de notre recherche s'oriente vers la collaboration aide-soignant/ergothérapeute dans la prise en soin des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD.

Ainsi, notre recherche tend à appartenir à divers champs disciplinaires :

- Médical puisque nous nous intéressons aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- Paramédical puisque nous travaillons autour des aides-soignants et des ergothérapeutes ;
- Communication puisque nous souhaitons nous intéresser à la collaboration entre deux professions ;
- Ergothérapie puisque c'est notre profession et qu'elle fait partie intégrante de notre recherche ;
- Santé et santé publique puisque la maladie d'Alzheimer affecte majoritairement les populations âgées et cela à l'international ;
- Social puisque notre recherche s'intéresse également au lien qui se crée entre le résident, l'aide-soignant et l'ergothérapeute.

1.2.1 L'EHPAD

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes sont destinés à accueillir des personnes âgées de 60 ans et plus, avec ou sans pathologie mentale et/ou

physique. Ces personnes sont souvent en perte d'autonomie et/ou d'indépendance dans leur vie quotidienne. Ainsi il est parfois difficile pour elles de rester à leur domicile.

L'EHPAD leur propose un accueil temporaire ou définitif et assure « l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin » (5). Les EHPAD sont habilités à accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer soit dans des unités « classiques », soit dans des unités fermées pouvant accueillir une dizaine de résidents.

Ces établissements sont financés par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Celle-ci veille également à ce que les prises en soin soient de qualité et respectueuses du résident.

1.2.2 L'Alzheimer

Selon le DSM V, « les caractéristiques principales [...] de la maladie d'Alzheimer incluent un début insidieux et une évolution progressive des symptômes cognitifs et comportementaux » (6). Aussi, on remarque qu'« au stade de trouble neuro-cognitif léger, la maladie d'Alzheimer se traduit typiquement par une diminution de la mémoire et de l'apprentissage, quelque fois accompagnée par des déficits des fonctions exécutives » (6). Progressivement, « les habiletés visuoconstructives et perceptivomotrices et le langage peuvent aussi être déficients » (6). Cependant, « les cognitions sociales tendent à être préservées jusqu'à un stade avancé de la maladie » (6). Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, nous pouvons également observer une « dépression et/ou apathie » (6). Dans certains cas, la démence peut engendrer des troubles du comportement, tels que de « l'irritabilité, l'agitation, l'hostilité et la déambulation » (6). Plus la maladie avance, plus on observera des « troubles de la marche, de la déglutition, une incontinence, des myoclonies et des crises comitiales » (6).

1.3 Les enjeux socio—économique, professionnels et de santé publique

Plusieurs enjeux sont soulevés par ce thème. Tout d'abord, des enjeux socio-économiques. En 2015, le remboursement des médicaments « anti-Alzheimer » a coûté environ 90 millions d'euros à l'Assurance Maladie (7). La maladie d'Alzheimer est donc une pathologie qui coûte à l'État, et désormais, aux familles. En effet, l'Arrêté du 29 mai 2018, portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code la Sécurité Sociale, stipule que « les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles » ne seront plus

remboursés (8). « 4 médicaments dits « Anti-Alzheimer » sont concernés (9). Il y a aussi les arrêts maladies, « Selon les professions, les écarts sont importants. Les médecins et les professions administratives se distinguent par un nombre d'arrêts nettement plus faible que les aides-soignant.e.s et les agent.e.s d'entretien [...] Ces écarts s'expliquent par des différences de conditions de travail, d'exposition aux contraintes physiques. Les contraintes psychosociales et les exigences émotionnelles [...] des déterminants importants de recours aux arrêts maladie » (10). Ainsi, les soignants sont sujets au burnout mais également aux troubles musculo-squelettiques. C'est pathologie sont « multifactorielles à la fois biomécaniques mais également liées à des facteurs psychosociaux » (10).

Il y a aussi des enjeux professionnels puisque la Stratégie Nationale de Santé 2018/2022 prévoit d'« Adapter la formation initiale et faire progresser les compétences » des professionnels de santé et d' « Améliorer [leur] qualité de vie au travail » (11).

Le dernier enjeu est celui de la Santé Publique. En effet, comme l'indique le Plan Maladies Neurodégénératives, 850 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée en France. Ce plan, d'une durée de 5 ans (2014/2019), vise à garantir un « Accès à des soins de qualité tout au long de la vie avec la maladie », et « l'accès à un programme personnalisé de soins » (12). Il est aussi question « d'adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades » et « d'assurer l'accès à un accompagnement et à des soins adaptés en établissement médico-social » (12).

1.4 La revue de littérature

1.4.1 Choix des bases de données

Comme nous avons pu le voir, le thème de notre recherche appartient à plusieurs champs disciplinaires : médical, paramédical, pédagogie/communication, ergothérapie, psychologie, santé, santé publique, et social. Ainsi, nous avons pu sélectionner des banques de données nécessaires à l'élaboration de notre revue de littérature.

Nous avons retenu ScienceDirect comme base de données, car elle regroupe des articles en lien avec les champs médicaux, paramédicaux, et de l'ergothérapie, que nous avons défini précédemment. C'est une base de données scientifiques.

Sage Journal a également été retenue puisqu'elle rassemble des données appartenant à des champs disciplinaires que nous avons retenus pour notre recherche : la santé, la médecine, le paramédical et le social.

Nous avons également choisi de retenir Google Scholar qui permet d'avoir accès à des données appartenant aux champs de la santé, du médical, du paramédical ou encore de la pédagogie. C'est une base de données scientifiques.

Pour le champ de la santé publique, nous avons retenu comme base de données BDSP.

Cairn a été choisi puisqu'il regroupe des données appartenant aux champs du médical, de la pédagogie, de la psychologie, du paramédical mais également du social (annexe 1).

1.4.2 Choix des mots-clés

Pour cette revue de littérature, nous avons choisi comme mots clés :

Ergothérapeute *occupational therapist* : ce thérapeute est au cœur de notre recherche.

Aide-soignant *nursing aid* : ce professionnel fait partie intégrante de notre recherche.

Collaboration *collaboration* : nous cherchons à étudier ce phénomène entre l'ergothérapeute et l'aide-soignant.

EHPAD *nursing home* : nous cherchons à étudier la collaboration aide-soignant/ergothérapeute au sein de cette structure.

Maladie d'Alzheimer *Alzheimer's disease* : nous souhaitons orienter notre recherche sur la collaboration ergothérapeute/aide-soignant autour de résidents atteints de cette pathologie.

Pour mener à bien notre recherche, nous nous sommes appuyés sur des données probantes. Pour les sélectionner, nous avons établi des critères d'inclusion et d'exclusion :

Nos critères d'inclusion :

- Les articles doivent avoir 10 ans ou moins, c'est-à-dire avoir été publiés entre 2008 et 2018. On estime donc que les articles antérieurs à 2008 sont surannés. L'accompagnement de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer est un sujet actuel comme le suggère le Plan Maladies Neurodégénératives (2014-2019) ;
- Les articles retenus peuvent être issus de recherches internationales. La maladie d'Alzheimer affectant le monde entier, il paraît judicieux de s'intéresser aux problèmes,

et peut-être aux solutions, de prises en soin rencontrées dans les autres pays que la France.

Nos critères d'exclusion :

- Les articles ont plus de 10 ans, c'est-à-dire qu'ils ont été publiés avant 2008.

Après avoir sélectionné nos articles (annexe 2), nous avons pu composer une analyse critique de notre revue de littérature.

1.4.3 L'Alzheimer et la restriction dans l'activité

Selon M.G Ulep, S.K Saraon et S. McLea (2018), 47 millions de personnes seraient touchées par une démence dans le monde. La maladie d'Alzheimer est la démence la plus fréquente (13) . Le Plan Maladies Neurodégénératives 2014/2019, nous apporte des précisions : « Aujourd'hui le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer est estimé à plus de 850 000 personnes » en France (12).

Le Plan Maladies Neurodégénératives 2014/2019 et l'Association France Alzheimer s'accordent à dire que la maladie d'Alzheimer impacte directement la qualité de vie de la personne. En effet, les symptômes de cette pathologie altèrent les relations sociales de l'individu mais également son autonomie et son indépendance ; « La maladie d'Alzheimer se traduit par des troubles progressifs du langage (aphasie), de l'écriture (dysorthographe), du mouvement (apraxie), de la reconnaissance (agnosie) associés à des troubles du comportement et de l'humeur (anxiété, dépression irritabilité) » (12). Les activités de la vie quotidienne deviennent donc difficiles puisque « La personne a perdu son autonomie pour presque tous les actes de sa vie quotidienne. » (14). On peut donc supposer que l'accompagnement au quotidien des personnes âgées atteintes d'Alzheimer peut se révéler compliqué mais alors en quoi la maladie d'Alzheimer peut-elle impacter la prise en soin du résident ?

1.4.4 Les difficultés de prise en soin des personnes âgées atteintes d'Alzheimer

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer nécessitent une prise en soin particulière qui peut, parfois, se révéler complexe. En effet, comme le prouvent J. Hughes, H. Bagley, S. Reilly, A. Burns et D. Challis (2008) dans leur étude randomisée longitudinale « Care staff working with people with dementia » – Équipe soignante travaillant avec des personnes atteintes de démences – le personnel soignant est insuffisamment formé sur les démences. Les

équipes ne savent pas toujours comment prendre en soin un résident atteint de la maladie d'Alzheimer dans une phase d'agitation ou de colère par exemple (15). Toujours d'après J. Hughes, H. Bagley, S. Reilly, A. Burns and D. Challis (2008), il arrive que le personnel rencontre des difficultés à entrer en communication avec la personne, ce qui est corroboré par D. Duffy, J.R Oyeboode et J. Allen (2009) dans « Burnout among care staff for older adults with dementia » – Épuisement professionnel chez le personnel soignant accompagnant des personnes âgées atteintes de démence – (15) (16). Pour ces auteurs, le manque de connaissances des soignants, les difficultés relationnelles entre le résident et le soignant, mais également entre soignants, impactent directement la qualité de prise en soin et la qualité de vie au travail. Les soignants deviennent sujets aux burnouts. Ainsi, d'après les études de J. Hughes, H. Bagley, S. Reilly, A. Burns et D. Challis (2008), et D. Duffy, J.R Oyeboode et J. Allen (2009), pour améliorer les prises en soin et la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et la qualité de vie au travail des soignants, il est nécessaire de former le personnel des EHPAD aux spécificités des démences, leur offrir un cadre de travail agréable et adapté mais également créer une dynamique de groupe pour communiquer et faire évoluer les pratiques. Ceci est complété par le Plan Maladies Neurodégénératives qui fait de la formation des professionnels, un enjeu ; « Adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux malades » (12).

Néanmoins, nous veillerons à prendre en compte que les données obtenues par J. Hughes, H. Bagley, S. Reilly, A. Burns et D. Challis (2008), et D. Duffy, J.R Oyeboode et J. Allen (2009), sont issues de recherches menées au Royaume-Uni. De ces recherches, nous pouvons nous questionner :

- Est-ce que le personnel soignant des EHPAD Français est formé sur les démences ? ;
- Est-ce que les professionnels, dont les ergothérapeutes et les aides-soignants, collaborent dans les prises en soin des résidents atteints d'Alzheimer ? ;
- Quels outils sont à la disposition des soignants pour accompagner les résidents ?

1.4.5 La collaboration des aides-soignants et des ergothérapeutes autour des thérapies non-médicamenteuses dans les activités de la vie quotidienne

A. Villaumé (2018) explique dans son article « Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie » que lorsque l'ergothérapeute « forme les équipes soignantes, il a des objectifs concernant les personnes âgées et d'autres concernant les soignants » (17). L'article « Méthode de prise en

charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés » rédigé par E. Wenisch et al. (2004), nous permet de compléter l'affirmation de A. Villaumé (2018). En effet, ils expliquent que les ergothérapeutes délivrent des conseils aux aides-soignants pour améliorer les prises en soin et la qualité de vie des résidents : toilettes, prises des repas, installation au lit et/ou au fauteuil... (18) L'ergothérapeute insiste sur le maintien de l'autonomie et de l'indépendance des résidents. Pour cela, il renseigne les soignants sur les capacités de la personne âgée. Il fournit également des conseils aux soignants eux-mêmes (18). En effet, comme le souligne A. Villaumé (2018), l'ergothérapeute est apte à former les aides-soignants à la manutention pour prévenir les troubles musculo-squelettiques et ainsi préserver leur santé (17).

Plusieurs auteurs soutiennent l'importance de la pluridisciplinarité dans la prise en soin des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, A. Villaumé (2018) dans son article « Le rôle de l'ergothérapeute en gériatrie » explique qu'« En coopérant avec les différents acteurs, l'ergothérapeute participe à l'amélioration de la prise en charge du sujet âgé » (17). De même, E. Wenisch et al. (2004) font référence « à la richesse de la pluridisciplinarité » pour « proposer une prise en charge globale » (18). Nous pouvons remarquer que la Mesure 40 du Plan Maladies Neurodégénératives 2014/2019 vise à « favoriser les protocoles de coopérations entre les professionnels » (12).

E. Carbera et al. (2015) dans « Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review » – Méthodes non-médicamenteuses comme meilleures stratégies de prise en soin des personnes atteintes de démences et vivant en EHPAD. Revue de littérature – tâchent de démontrer que les méthodes non-médicamenteuses, telles que le groupe de parole, la musicothérapie, ou encore la luminothérapie, peuvent limiter l'expression des symptômes de la maladie d'Alzheimer, et donc faciliter les prises en soin (19). Donc, l'utilisation de ces méthodes permet aux soignants de ne pas gérer les symptômes de la maladie d'Alzheimer et donc d'être pleinement présents avec les résidents. Ainsi, la qualité de soins et la qualité de vie sont améliorées. Cependant, E. Carbera et al. (2015) précisent que, pour le moment, ils manquent encore de preuves de l'efficacité des méthodes non-médicamenteuses, ce qui est corroboré par E. Wenisch et al. (2004) qui s'accordent à dire que les méthodes non-médicamenteuses sont insuffisamment étudiées : « Les études contrôlées évaluant l'efficacité de ces diverses méthodes de prise en charge sont peu nombreuses, souvent insuffisantes au plan méthodologique et peu comparables entre elles. » (18). Nous pouvons néanmoins remarquer que le Gouvernement Français s'y

intéresse puisque la Mesure 83 du Plan Maladies Neurodégénératives, est de « tester l'efficacité des interventions non-médicamenteuses » (12).

Nous pouvons donc nous demander :

- Si le Plan Maladies Neurodégénératives promeut les thérapies non-médicamenteuses, sont-elles réellement utilisées en France dans les prises en soin des personnes âgées en EHPAD ?
- Nous avons pu voir que la collaboration interprofessionnelle est importante pour proposer une prise en soin de qualité aux résidents. Alors comment, en pratique, l'ergothérapeute et l'aide-soignante collaborent-ils ? Utilisent-ils des thérapies non-médicamenteuses dans la prise en soin des résidents atteints d'Alzheimer ?

Problématique pratique :

En quoi la collaboration aide-soignant/ergothérapeute, au travers des thérapies non-médicamenteuses, peut-elle améliorer la qualité de prise en soin de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ?

1.5 L'enquête exploratoire

1.5.1 Les objectifs

Notre enquête exploratoire se doit de répondre à plusieurs objectifs définis :

- Obtenir un aperçu global des pratiques en France ;
- Recueillir des opinions sur les prises en soin réalisées en EHPAD par les aides-soignants et les ergothérapeutes ;
- Savoir si, en France, les ergothérapeutes et les aides-soignants sont formés sur les démences ;
- Prendre connaissance des difficultés rencontrées par les aides-soignants et les ergothérapeutes dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ;
- Savoir si les aides-soignants et les ergothérapeutes exerçant en EHPAD, en France, connaissent les thérapies non-médicamenteuses ;

- Savoir si les méthodes non-médicamenteuses sont utilisées en France dans la prise en soin des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD.

Pour répondre à nos objectifs, il nous a semblé pertinent de choisir le questionnaire comme outil de recueil de données. Nous souhaitons en construire 2. En effet, nous devons questionner les pratiques des ergothérapeutes et des aides-soignants en EHPAD. Nous avons donc déterminé des critères d'inclusion et d'exclusion afin de définir plus précisément notre population cible :

- Critères d'inclusion :
 - Des ergothérapeutes diplômés d'État exerçant en EHPAD depuis au moins 1 an, afin que les professionnels connaissent l'établissement dans lequel ils évoluent et qu'ils y soient intégrés ;
 - Des aides-soignants diplômés d'État exerçant en EHPAD depuis au moins en 1 an, avec un ergothérapeute dans l'établissement, afin que les professionnels connaissent l'établissement dans lequel ils évoluent et qu'ils y soient intégrés.
- Critères d'exclusion :
 - Des ergothérapeutes diplômés d'État exerçant en EHPAD depuis moins d'1 an ;
 - Les aides-soignants diplômés d'État exerçant en EHPAD depuis moins d'1 an ;
 - Des aides-soignants évoluant dans un EHPAD sans ergothérapeute.

Afin de diffuser nos questionnaires à un maximum de professionnels et de les transmettre dans différents établissements (différentes valeurs, outils...) dans la France entière, nous avons choisi de les distribuer par voie de mail et sur différents groupes, d'aides-soignants et d'ergothérapeutes, d'un réseau social.

1.5.2 Construction de l'outil

Suite à l'analyse de notre revue de littérature et pour pouvoir mener notre enquête exploratoire, nous avons construit une matrice de questionnement pour le questionnaire à destination des ergothérapeutes, et une autre matrice de questionnement pour le questionnaire à destination des aides-soignants (annexe 3).

1.5.3 Les biais

Nous avons pu identifier plusieurs biais dans notre enquête exploratoire, auxquels nous avons dû faire attention.

Tout d'abord, les questionnaires pouvaient comporter des biais méthodologiques, tels qu'une mauvaise formulation des questions. Il est également possible que les personnes aient répondu à plusieurs, et non de façon individuelle, au questionnaire.

Pour limiter et atténuer ces biais, nous avons veillé à tester notre outil auprès d'une ergothérapeute et de 2 aides-soignantes, avant de le diffuser par mail et sur un réseau social.

1.5.4 Le déroulement

Nous avons diffusé nos questionnaires, du lundi 17 décembre au jeudi 27 décembre 2018, sur un réseau social et par mail. Lors des premiers jours, il a été difficile d'avoir des retours de la part des aides-soignants. En effet, elles ne disposent pas d'une adresse mail professionnelle. Il n'y avait qu'une ou deux réponses d'aides-soignants via le réseau social. Nous avons donc pris la décision de contacter une ergothérapeute qui a pu diffuser le questionnaire sous format papier au sein de l'EHPAD dans lequel elle exerçait. Elle a également contacté des collègues ergothérapeutes exerçant au sein d'autres EHPAD pour faire de même.

Au total, nous avons obtenu 19 réponses d'aides-soignantes. Concernant les ergothérapeutes, nous avons obtenu deux listes de diffusion par mail en plus de la diffusion via le réseau social. Nous avons reçu 34 réponses (annexe 4).

1.5.5 Choix des outils d'analyse de données

Nous avons choisi d'utiliser Microsoft Excel pour analyser nos données. Ce logiciel nous a permis de réaliser des graphiques simples de lecture et d'exploitation.

1.5.6 Les résultats

Nous avons obtenu 34 réponses d'ergothérapeutes, diplômés entre 1997 et 2017, et 19 réponses d'aides-soignants, diplômés entre 1983 et 2017 (annexe 4). Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) il y a 11 971 ergothérapeutes en activité, en France, au 1^{er} janvier 2018, tout secteur confondu (20). Au 1^{er} janvier 2014, ils estiment à 598 le nombre d'ergothérapeutes évoluant dans un établissement pour personnes âgées (21). Nous avons donc recueilli l'avis d'environ 5,7% des ergothérapeutes travaillant en EHPAD.

Les professionnels ayant été diplômés sur des années différentes, on peut donc supposer qu'ils ont eu des formations plus ou moins différentes, puisqu'elles sont amenées à évoluer avec les années. Ainsi, ils auront probablement une vision et une approche différente.

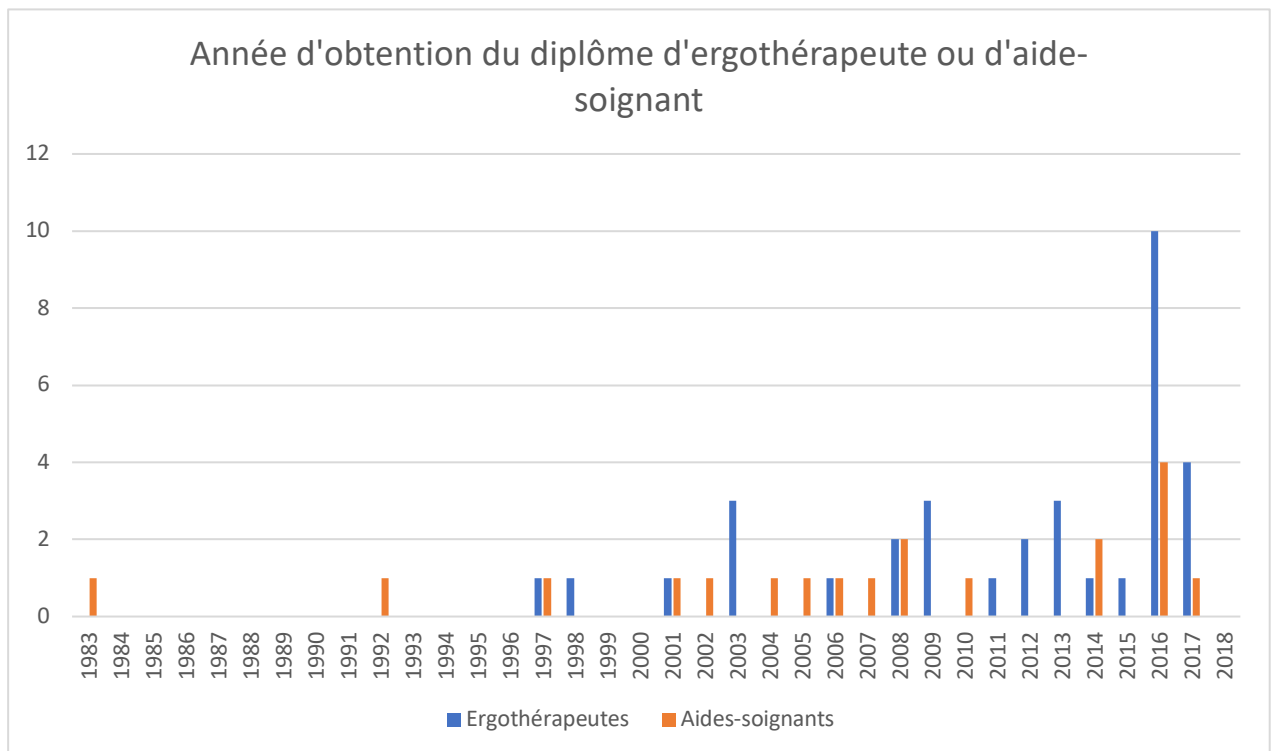


Figure 1 : Histogramme représentant le nombre d'ergothérapeutes et d'aides-soignants interrogés diplômés par année.

Nous avons souhaité interroger l'expérience de chaque professionnel en EHPAD car l'expérience impacte et permet de faire évoluer les pratiques. Elle peut également influencer leur vision sur les prises en soin mais aussi leurs pratiques.

Les aides-soignants interrogés exercent, majoritairement, en EHPAD depuis plus de 8 ans alors que les ergothérapeutes y exercent, pour la plupart, depuis 1 à 4 ans.

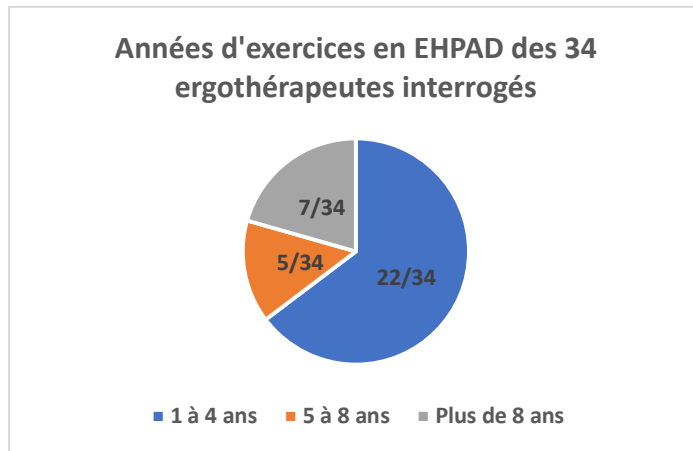


Figure 2 : Diagramme circulaire représentant le nombre d'années d'exercice par ergothérapeute.

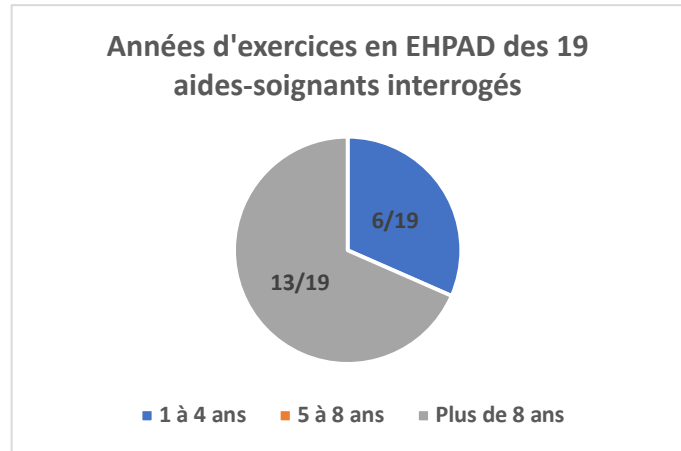


Figure 3 : Diagramme circulaire représentant le nombre d'années d'exercice par aide-soignant.

La revue de littérature nous apprend que la maladie d'Alzheimer provoque des restrictions d'activité chez la personne qui en est atteinte. Selon les professionnels interrogés, les résidents atteints ont des difficultés à « s'adapter à leur environnement » et « perdent en autonomie » (difficulté à s'orienter) (annexe 4). Il devient de plus en plus difficile pour eux de réaliser leurs activités de la vie quotidienne (repas, toilette, habillage, loisirs...). Ils estiment aussi que les personnes deviennent apathiques et développent des troubles de la communication, ce qui confirme ce que nous avons pu découvrir au travers de la revue de littérature.

D'après notre revue de littérature, le personnel soignant rencontre des difficultés de prise en soin auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Celles-ci peuvent être dues à des difficultés relationnelles entre le résident et le soignant. Ceci est corroboré par notre enquête exploratoire. En effet, la majorité des ergothérapeutes rencontrent des difficultés de prise en soin des résidents atteints d'Alzheimer (21/34). 9 des 19 aides-soignants interrogés estiment en rencontrer. Ils expliquent que les difficultés résident dans « l'incompréhension », le « refus » de soin, « l'agressivité », ou encore dans la difficulté à accompagner les résidents dans leur activités quotidiennes (toilettes, repas...) qui peut s'expliquer par des troubles du comportement (apathie, agressivité) (annexe 4). Notre revue de littérature met également en lumière des difficultés de prises en soin dû au manque de formation, de connaissances des soignants sur les démences. Finalement, les données obtenues au cours de notre enquête exploratoire, ne confirment pas cette information. En effet, 30 des 34 ergothérapeutes et 16 des

19 aides-soignants interrogés ont été formés sur les démences durant leur formation initiale et/ou pendant leur formation continue.

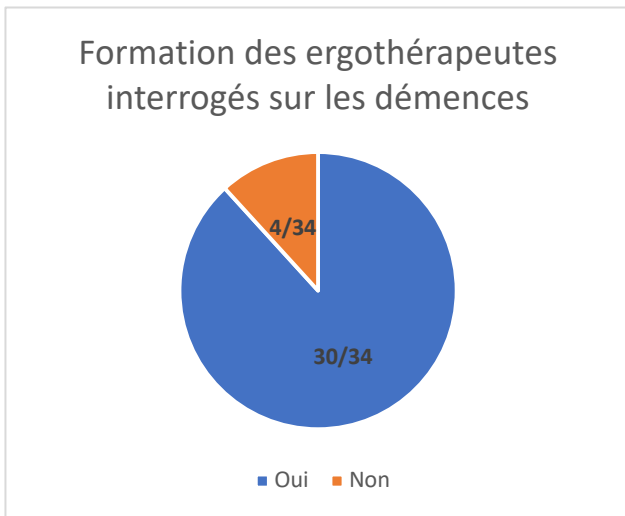


Figure 5 : Diagramme circulaire représentant le nombre d'ergothérapeutes formés aux démences.

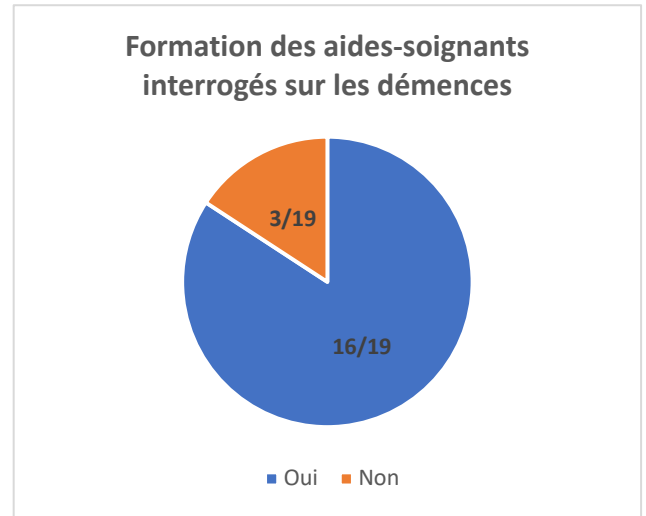


Figure 4 : Diagramme circulaire représentant le nombre d'aides-soignants formés aux démences.

Aussi, la revue de littérature évoquait un possible manque de communication entre les différents soignants. Les résultats de notre enquête ne nous permettent pas de confirmer cela. En effet, seulement 2 aides-soignants sur 19 estiment avoir de « rares échanges » avec l'ergothérapeute de l'EHPAD. Les autres aides-soignants interrogés travaillent avec l'ergothérapeute autour de préconisations pour 3 d'entre eux, d'ateliers en commun pour 7 d'entre-eux, de transmissions (orales ou écrites) pour 10 d'entre eux, autour du positionnement pour 2 d'entre eux et 1 des aides-soignants effectue des toilettes en binôme avec l'ergothérapeute.

D'après les ergothérapeutes interrogés, le travail avec les aides-soignants s'effectue principalement autour de transmissions (orales ou écrites) pour 26 des 34 ergothérapeutes et de préconisations pour 14 des 34 ergothérapeutes. Les ergothérapeutes évoquent également des ateliers en commun (8/34), des toilettes en binôme en cas de difficultés (4/34), de formations (6/34), d'évaluations en binôme (5/34), de cahier d'animation (1/34), ou encore de repas thérapeutiques (1/34). Cependant, 3 des ergothérapeutes interrogés expriment des difficultés à travailler avec les aides-soignants. Les causes invoquées sont le manque de temps car l'ergothérapeute n'est pas à temps plein sur l'EHPAD par exemple, le « turn-over » des aides-

soignants mais également le fait que les préconisations « ne perdurent pas dans le temps et ne sont pas appliquées par tous » (annexe 4).

Notre revue de littérature nous a permis de mettre en lumière des thérapies non-médicamenteuses. Cependant, elle soulignait qu'elles étaient encore insuffisamment testées, malgré leur potentiel. Nous avons donc voulu savoir si les sujets interrogés connaissaient ces méthodes. D'après nos résultats, les 34 ergothérapeutes et 17 des 19 aides-soignants interrogés connaissent des thérapies non-médicamenteuses. 28 ergothérapeutes sur 34 et 11 aides-soignants sur 19 en utilisent.

Comme nous pouvons le constater, la majorité des ergothérapeutes interrogés utilisent Snoezelen et la majorité des aides-soignants interrogés utilisent la thérapie par le toucher.

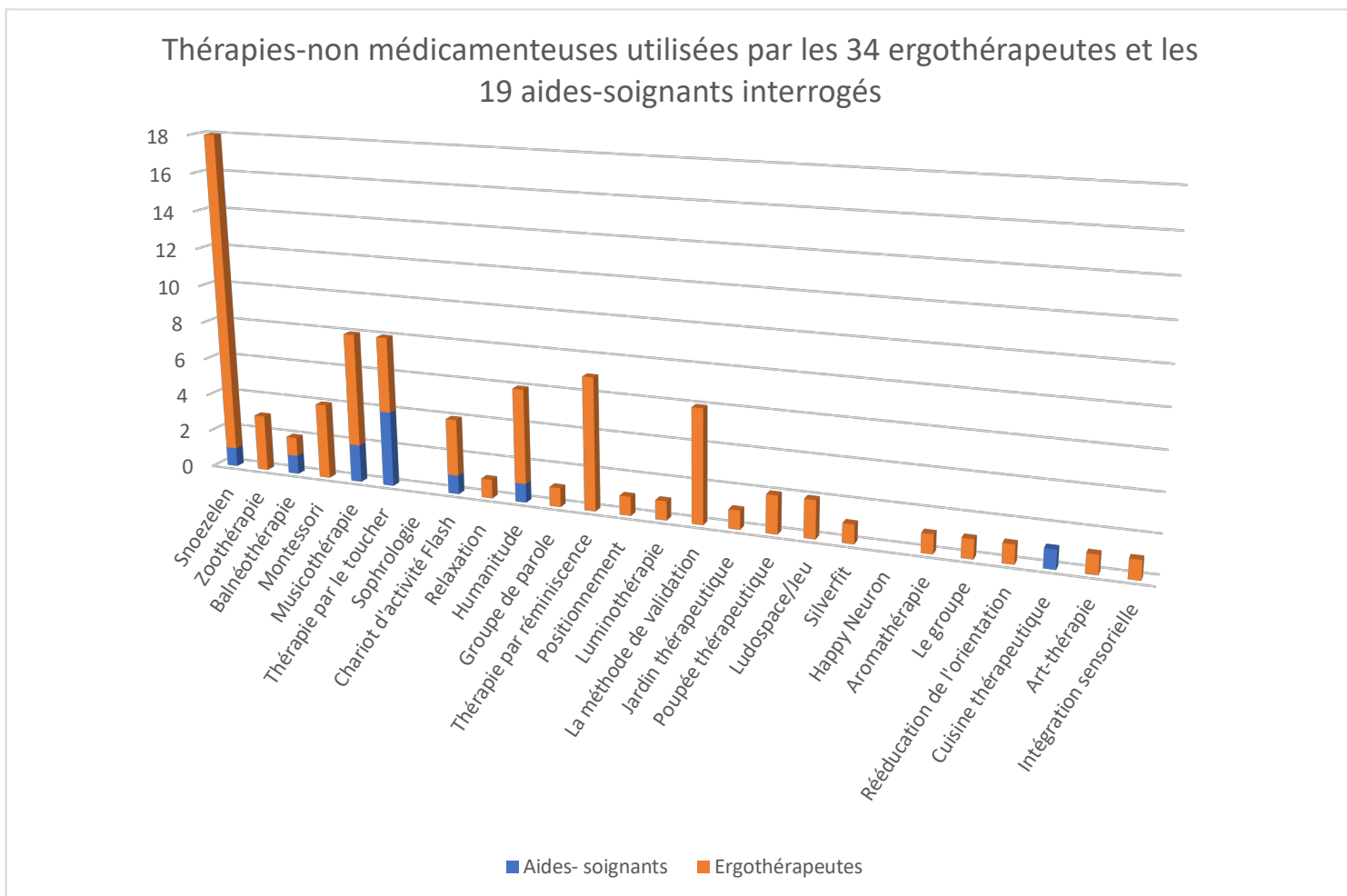


Figure 6 : Histogramme représentant les thérapies non-médicamenteuses utilisées par les ergothérapeutes et les aides-soignants interrogés.

Selon notre revue de littérature, les aides-soignants et les ergothérapeutes sont amenés à collaborer pour offrir une prise en soin de qualité aux résidents atteints d'Alzheimer, et cela peut passer par les thérapies non-médicamenteuses. Selon notre enquête, 10 ergothérapeutes sur 34 et 5 aides-soignants sur 19 estiment collaborer avec, respectivement, les aides-soignants et l'ergothérapeute de l'EHPAD, autour des thérapies non-médicamenteuses.

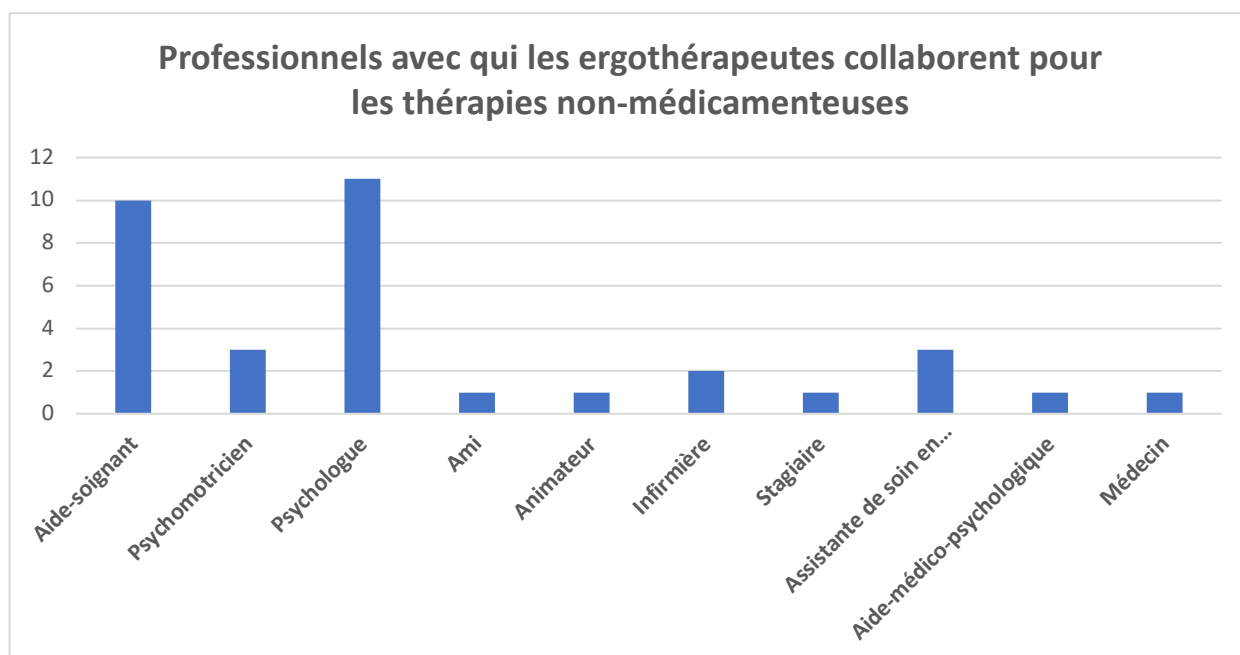


Figure 7 : Histogramme représentant les professionnels collaborant avec les ergothérapeutes interrogés autour des thérapies non-médicamenteuses.

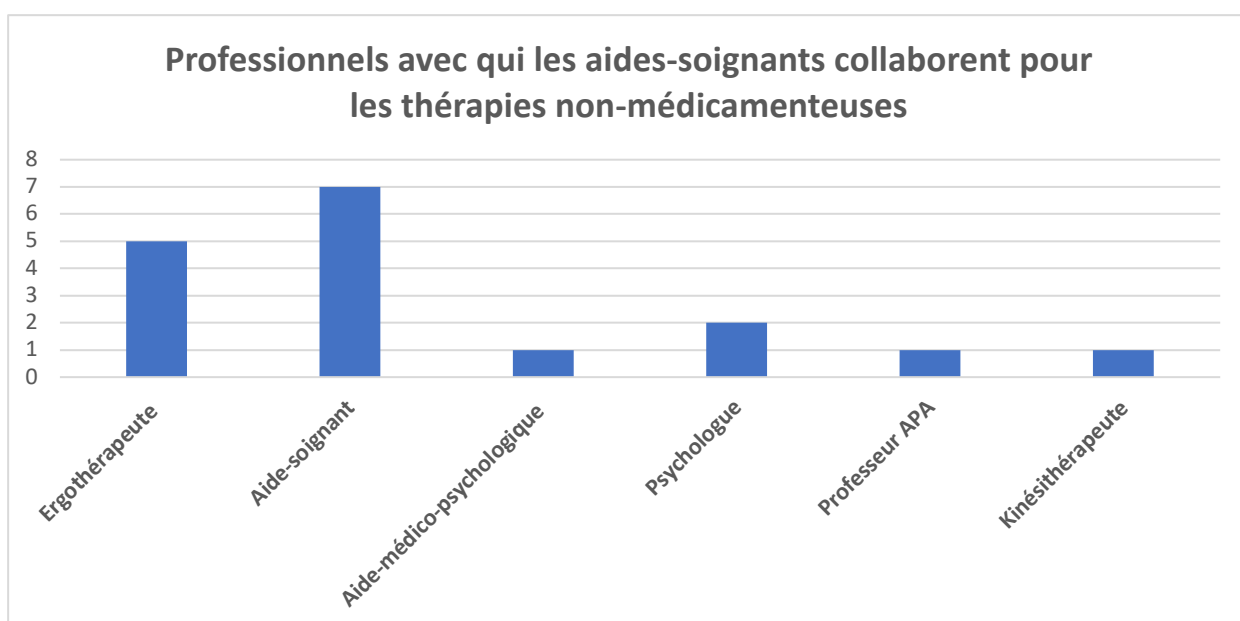


Figure 8 : Histogramme représentant les professionnels collaborant avec les aides-soignants interrogés autour des thérapies non-médicamenteuses.

Selon les personnes interrogées, les thérapies non-médicamenteuses sont à adapter à chaque résident. Pour elles, elles permettent de limiter l'anxiété et l'agressivité des résidents. Elles peuvent apaiser les personnes. Finalement, les thérapies non-médicamenteuses peuvent limiter les troubles du comportement et donc améliorer l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer en EHPAD dans leur vie quotidienne.

Ainsi, nous pouvons voir que les apports de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire se corroborent sur différents aspects. En effet, la maladie d'Alzheimer impacte la vie quotidienne des résidents mais également leur prise en soin. Afin d'accompagner les personnes âgées dans leurs activités de la vie quotidienne, il est possible de leur proposer des thérapies non-médicamenteuses. Pour cela, il est important de choisir la thérapie la plus adaptée au résident. Dans notre cas, quelle thérapie non-médicamenteuse serait la plus adaptée à l'accompagnement d'un résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de sa toilette, qui est une activité de la vie quotidienne ?

La méthode Montessori est une méthode qui se base sur les activités quotidiennes. Mais peut-elle faciliter la toilette du résident atteint de la maladie d'Alzheimer ? Peut-elle être utilisée pour cet objectif en EHPAD ?

1.5.7 Analyse critique

L'enquête exploratoire nous a permis d'obtenir des données de terrain et de les confronter à notre revue de littérature. Nous pensons que cette enquête aurait pu être plus approfondie, avec des questions plus précises et ciblées. En effet, certaines personnes interrogées sont restées très générales dans leurs réponses, ce qui limite nos données. Nos questions étaient-elles mal formulées ? Étaient-elles trop nombreuses ? Nos questions étaient-elles trop ouvertes ?

De plus, entrer en contact avec la population cible n'a pas été aisé. Nous avons dû solliciter l'aide de personnes extérieures à la recherche afin d'obtenir des réponses. Sans ces personnes, nous aurions obtenu que peu de données, et celles-ci n'auraient pas été suffisantes pour poursuivre nos recherches. Cependant, ces professionnels interviennent dans différentes régions de France, ce qui nous permet d'avoir un aperçu général des pratiques françaises. Aussi, nous n'avons obtenu que 19 réponses d'aides-soignants. Cela n'est pas pleinement représentatif de la population des aides-soignants en France qui, en 2012, en comptait environ 390 000 (22).

1.6 La question initiale de recherche

Question initiale de recherche :

Comment la collaboration aide-soignant/ergothérapeute, autour de la méthode Montessori, peut-elle favoriser l'autonomie du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette ?

1.7 Le cadre de référence

Notre question initiale de recherche met en lumière plusieurs concepts, que nous nous devons de définir, telles que la collaboration et la méthode Montessori.

1.7.1 Collaboration

Selon M. Robidoux, la collaboration interprofessionnelle est un « lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe » (23). Pour S. Outata et al. « L'interprofessionnalité est [...] au cœur de la dynamique de travail des équipes soignantes en gériatrie ». Cette collaboration doit donc permettre de proposer au patient, ou dans notre cas à la personne âgée atteinte d'Alzheimer en EHPAD, une prise en soin holistique. Pour cela, chaque professionnel doit mettre ses compétences au service d'un but commun : le maintien de l'autonomie de la personne âgée atteinte d'Alzheimer en EHPAD. À la lecture des travaux de D. D'Amour et I. Oandasan, nous comprenons qu'une collaboration n'est possible que lorsque les professionnels en ont l'envie et la volonté (24). Cela corrobore M. Robidoux et S. Outata et al.

De plus, selon S. Outata et al. l'interprofessionnalité est indispensable en gériatrie car les personnes âgées sont sujettes à la polypathologie² (26) . Ainsi, elle requiert les compétences de divers professionnels de santé afin d'accompagner la personne âgée dans son projet de vie, cela complète M. Robidoux. D. D'Amour et I. Oanadasan soulignent que chaque professionnel

² Selon l'HAS, « à partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente. » (25)

développe ses propres compétences dans son propre champ d'exercice, ce qui impacte la prise en soin.

D. D'Amour et I. Oandasan estiment que le cadre d'une équipe a un rôle prépondérant dans la collaboration interprofessionnelle. En effet, ce serait à lui de regrouper l'équipe autour de valeurs et objectifs communs.

S. Outata et al., expliquent que la collaboration permettrait de prévenir « l'usure professionnelle ». En effet, les professionnels évoluant en interprofessionnalité, partagent leurs compétences et savoirs mais également les difficultés, physiques ou psychiques, rencontrées au cours de prise en soin. Cela est corroboré par notre enquête exploratoire puisque les professionnels interrogés expliquent échanger leurs savoirs et leurs difficultés au travers de « toilettes en binôme », « d'ateliers en communs » ou encore de « transmissions » afin de, par exemple, « trouver des solutions ensemble » (annexe 4).

S. Outata et al., ont également remarqué que ces dernières années, nous avons assisté à une « standardisation » des soins afin d'apporter un « maximum de sécurité au patient ». Cela peut mettre à mal les valeurs des soignants, et amener à une souffrance psychique. Cela est corroboré par D. D'Amour et I. Oandasan qui expliquent que les changements du système de santé durant ses dernières années peuvent mener à une évolution et parfois à une fragmentation des soins. Notre enquête exploratoire confirme les propos de S. Outata et al., D. D'Amour et I. Oandasan. En effet, si les aides-soignants et les ergothérapeutes interrogés parviennent à collaborer dans certaines situations comme nous avons pu le voir, certaines difficultés à travailler ensemble et liées à l'évolution du système de santé, persistent. Les professionnels justifient cela par des problématiques institutionnelles tels que les temps pleins et les temps partiels, le « turn over des équipes », le « manque de personnel et de temps » et par d'autres facteurs intrinsèques aux personnes comme « le manque d'implication » (annexe 4). Ainsi, la communication et les échanges, nécessaires dans une équipe interdisciplinaire en gériatrie, peuvent devenir difficiles (26). Les prises en soin peuvent en être impacter puisque les « solutions qui ne perdurent pas dans le temps ne sont pas appliquées par tous (annexe 4).

La collaboration interprofessionnelle se met en place entre divers professionnels partageant des valeurs et objectifs communs, mais aussi et parfois, des points de vue différents. Il est également possible de collaborer autour de méthodes et techniques spécifiques puisque celles-ci visent généralement des objectifs précis (annexe 5). Certains des ergothérapeutes et aides-

soignants interrogés collaborent autour de thérapies non-médicamenteuses, même si cela est parfois compliqué de par les contraintes institutionnelles.

Ainsi, « l'interprofessionnalité apparaît comme un véritable atout » pour S. Outata et al. car elle permet aux professionnels d'identifier des solutions aux problématiques rencontrées (26). Cependant, comme nous avons pu le voir, elle n'est pas systématique et peut être difficile à instaurer. Nous pouvons donc nous demander comment favoriser la collaboration aides-soignants/ergothérapeute autour de la toilette ? Est-il possible de limiter l'impact des contraintes institutionnelles sur les prises en soin à la toilette des résidents ? La méthode Montessori, étant très proche de l'ergothérapie, peut-elle favoriser la collaboration aides-soignants/ergothérapeute ?

1.7.2 Montessori

La pédagogie Montessori se base sur les travaux d'une médecin et pédagogue italienne, Maria Montessori (27). C'est en observant évoluer les enfants qu'elle a pris conscience de l'impact de l'environnement sur leur évolution et leurs apprentissages. En effet, au fur et à mesure de ses observations, elle a remarqué qu'un environnement adapté permettait aux enfants d'avoir une concentration et une maîtrise d'eux-mêmes accrues (27). En développant la pédagogie Montessori, Maria Montessori avait pour objectif d'accompagner l'enfant dans son développement pour qu'il puisse devenir un « adulte responsable et équilibré », « acteur de sa propre vie » (27). Elle souhaitait qu'il devienne autonome et confiant avec une certaine estime de lui-même. Maria Montessori désirait que les individus développent un « esprit d'initiative et d'innovation » et « un amour du travail » (28). Elle estimait que cela permettrait aux enfants de devenir des personnes épanouies pouvant évoluer sereinement dans leur société et dans un esprit de collaboration (28).

Finalement, la méthode Montessori est un autoapprentissage puisqu'elle vise à « développer l'automotivation, l'autodiscipline, l'autoévaluation et l'autoéducation ». Ainsi, l'autonomie est un fondement de cette pédagogie, c'est peut-être pourquoi Maria Montessori pouvait résumer sa méthode par « Aide-moi à faire par moi-même ! » (28).

Au fur et à mesure, la pédagogie Montessori s'est développée et étendue à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'objectif : que la personne puisse reprendre confiance en ses capacités afin qu'elle puisse évoluer en autonomie au sein de sa communauté et poursuivre ses activités (28). En effet, C. Camp explique la

nécessité de « s'appuyer sur les capacités et les compétences restantes de la personne âgée atteinte d'Alzheimer afin de lui proposer des rôles sociaux ou encore des activités » pour qu'elle puisse maintenir son autonomie et rester maître de sa vie (29). Pour cela, il insiste sur la « normalisation », développée par Maria Montessori. C. Camp explique qu'en dépit de ses troubles cognitifs, la personne a toujours des capacités d'apprentissage, et qu'il est important de s'appuyer sur celles-ci afin de redonner une certaine « normalité » à la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer (29). Chez les enfants, Maria Montessori avait nommé ce phénomène « un apprentissage inconscient ».

De plus, il estime que la méthode Montessori, en respectant les choix et envies des personnes, peut permettre de retrouver un certain élan vital, « une envie de se lever le matin et de sortir de leur chambre » (29).

Selon C. Camp, l'approche Montessori s'appuie sur des valeurs telles que : la dignité, l'égalité et le respect (29). Celles-ci sont applicables aux résidents de l'EHPAD mais également aux professionnels.

Il souhaite développer la réflexion et l'analyse des équipes soignantes. En effet, il explique qu'un comportement dit « problématique » n'est jamais le fruit du hasard, et que c'est aux équipes d'en chercher l'origine car celle-ci ne sera jamais « parce qu'il a une démence » (30). C. Camp estime qu'il faut chercher ce qui a motivé la personne à agir de cette façon, même si l'équipe n'est pas toujours en mesure d'en comprendre la raison. Selon lui, il faut se poser plusieurs questions « Où cela se produit-il ? Quand cela se produit-il ? Que s'est-il passé avant ? Que s'est-il passé après ? » (30). Tout comme Maria Montessori, il demande à ce que les accompagnants observent les individus et leurs comportements avec un regard holistique. C. Camp estime qu'il est primordial de prendre en compte tous les aspects de la vie d'une personne, y compris son environnement. Toutes ces questions vont permettre aux équipes de mieux comprendre les personnes qu'elles accompagnent au quotidien et d'identifier leurs forces et leurs capacités restantes. Ainsi, les professionnels pourront s'adapter aux personnes qu'ils accompagnent afin de leur proposer des activités signifiantes (cognitives, physiques...), en individuel ou en groupe, et favoriser leur engagement dans celles-ci. Les équipes devront veiller à respecter les principes de la programmation Montessori, qui se basent sur ceux de la réhabilitation : décomposer les tâches, répéter, complexifier progressivement la tâche et progresser au rythme de la personne – du simple au complexe et du concret à l'abstrait (31). De plus, il sera très important de veiller à ce que l'environnement dans lequel aura lieu les activités, soit un environnement connu et habituel de la personne. En effet, il semble primordial qu'elle

ait des repères au sein de celui-ci afin de limiter l'angoisse, le stress que pourrait engendrer un milieu inconnu. Ainsi, l'individu pourra s'appuyer sur son espace, et les habitudes qu'il y a développé pour évoluer au sein de sa communauté (30)(31). Selon KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic Jeras, il faut éviter le plus possible les changements d'habitudes ou d'environnement pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer car ils peuvent être à l'origine de troubles du comportements (agitation, agression, stress, cris...) (32).

Selon le Professeur C. Camp, la méthode Montessori permet aux personnes âgées atteintes d'Alzheimer de se sentir en vie et de prendre place au sein de leur communauté, d'améliorer les relations entre pairs ou encore au sein de leur famille. Elle permettrait également aux personnes d'être « plus autonomes, d'être engagées, et de se concentrer sur ses forces et capacités » (30)(31) (annexe 5).

L-C Lin et al. ont prouvé que l'utilisation de la méthode Montessori et de l'acupression³, pouvait réduire l'agitation et l'agressivité liées à la démence chez les personnes âgées, ainsi qu'accroître l'engagement de la personne. Les soins seraient donc plus faciles à réaliser que chez une personne atteinte d'Alzheimer ne bénéficiant pas d'une prise en soins Montessori et d'acupression (34).

La méthode Montessori peut donc rendre plus aisée les soins mais est-ce que cela inclut la toilette ? À la lecture de cette étude, nous comprenons que cette méthode impacte l'engagement de la personne. Nous pouvons nous demander si la méthode Montessori peut également impacter l'engagement d'une personne âgée lors de l'activité toilette ?

Nous savons qu'au sein des EHPAD les équipes tentent de collaborer le plus possible et pour cela partagent des idées, des valeurs mais également des objectifs de prises en soin. La méthode Montessori, ayant des objectifs définis, peut-elle favoriser la collaboration aides-soignants/ergothérapeute ?

1.7.3 Engagement

Pour Michel Vial, l'engagement est « ce pour quoi on est prêt à se battre » (35). Si l'on s'appuie sur la définition d'Universalis, « l'engagement peut être entendu au sens de « conduite » ou au sens « d'acte de décision », selon qu'il désigne un mode d'existence dans et

³ Thérapie manuelle chinoise qui consiste à appliquer une pression sur des points d'acupuncture (33).

par lequel l'individu est impliqué activement dans le cours du monde, s'éprouve responsable de ce qui arrive, ouvre un avenir à l'action, ou qu'il désigne un acte par lequel l'individu se lie lui-même dans son être futur, à propos soit de certaines démarches à accomplir, soit d'une forme d'activité, soit même de sa propre vie. » (36). Selon S. Meyer, ergothérapeute, l'engagement serait « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (37). Ainsi, cela pourrait désigner l'investissement qu'une personne peut fournir pour participer à une activité, ou encore l'énergie qu'elle déploie pour être actrice de sa vie. La méthode Montessori, visant le maintien de l'autonomie de la personne âgée atteinte d'Alzheimer dans sa vie quotidienne, doit donc favoriser l'engagement de la personne dans sa vie.

Selon les recherches, le programme Montessori peut impacter l'engagement de la personne âgée. Selon C. Camp, celui-ci est lié à l'environnement physique, et social (31). KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic-Jeras décrivent 4 types d'engagement (32).

Tout d'abord, ils distinguent l'engagement constructif qui concerne le lien que la personne fait avec l'activité proposée. Celui-ci peut être physique ou verbal.

Ils décrivent ensuite l'engagement dit passif. Dans ce cas, la personne ne prend pas directement part à l'activité mais se positionne en tant qu'observateur de celle-ci. Cela peut lui permettre de prendre confiance avant d'y participer, peut-être, activement.

Ensuite, il y a l'engagement personnel, c'est-à-dire que la personne âgée est centrée sur elle-même sans s'intéresser à l'activité proposée (annexe 5).

Enfin, le non-engagement décrit une personne qui ne prend pas part à l'activité mais somnole, est dans ses pensées ou qui fait des liens avec une autre activité que celle proposée (32). Ils ont établi une échelle de l'engagement, basée sur des observations, à partir de ces 4 types d'engagement. Cependant, celle-ci n'est pas validée.

Dans leur étude, KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic-Jeras ont observé que les personnes âgées atteintes de démence évoluant au sein d'un accueil de jour et bénéficiant d'une prise en soin Montessori développaient un engagement constructif plus important que des personnes âgées atteintes de démence évoluant au sein d'un accueil de jour et bénéficiant d'une prise en soin dite classique (32). Ils concluent que la méthode Montessori se révèle bénéfique pour développer une forme positive d'engagement chez la personne âgée atteinte de démence, dans le cadre d'un accueil de jour. Cela est corroboré par S. E. Jarrot, T. Gozali et C. M. Gigliotti.

En effet, ils estiment également qu'une approche Montessori favorise, un engagement constructif de la personne. De plus, S. E. Jarrott, T. Gozali et C. M. Gigliotti expliquent que des « activités bien planifiées » sont en mesure de limiter les comportements dits « problématiques » (38).

Comment pouvons-nous mesurer l'engagement d'une personne à la toilette ? Existe-il un bilan, un outil validé ?

D'après nos recherches il n'existe, pour le moment, pas d'outil validé pour évaluer l'engagement d'une personne même si nous savons qu'« il existe des indices, par exemple du plaisir ou du déplaisir que l'individu a dans l'accomplissement d'une tâche » (37). Cependant, selon S. Meyer l'engagement est lié la volition et la motivation. Ces trois concepts sont liés.

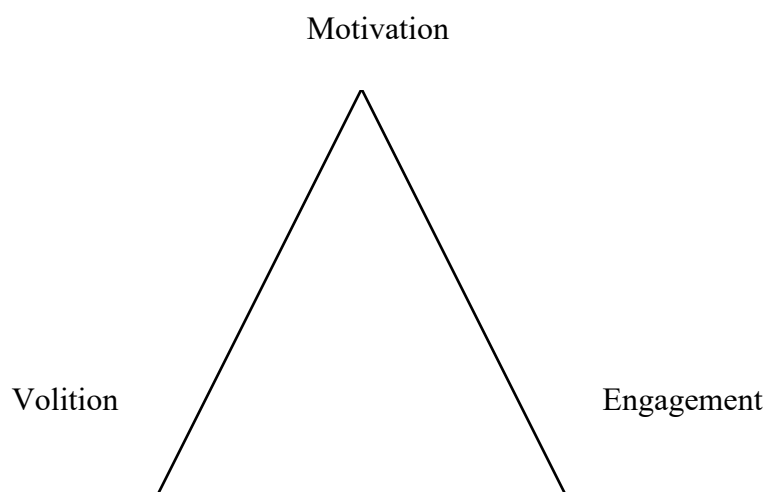


Figure 9 : "Les relations entre concepts"
issue *De l'activité à la participation* par
Sylvie Meyer

Elle définit la volition comme « la capacité de choisir, de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire » (37). S. Meyer détermine la motivation comme « un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins » (37). Finalement, la volition, l'engagement et la motivation permettent à la personne de réaliser une activité.

Le groupe Terminologie dans lequel a pris part S. Meyer, estime que ces trois concepts peuvent être regroupé sous un terme : « énergie » (37). En effet, pour l'équipe ils représentent

« une sorte d'implication ou de vitalité » que la personne peut développer pour ses activités (37). Ainsi, s'il n'existe pas d'outil pour évaluer l'engagement d'une personne, une évaluation a été élaboré pour apprécier la volition d'un individu.

Par leur interrelation, nous pensons que nous pouvons nous appuyer sur le Volitional Questionnaire pour notre recherche (annexe 6). Cet outil validé permet à l'ergothérapeute, d'évaluer la volition d'une personne. Pour cela, l'ergothérapeute va observer la personne à un temps donné sur une activité.

1.7.4 Volition

Ce terme s'inscrit dans le Modèle de l'Occupation Humaine développé dans les années 80 par G. Kielhofner. Ce modèle est centré sur la personne et pousse à avoir une vision holistique de celle-ci.

Selon G. Kielhofner, la volition est « la motivation d'une personne à agir sur son environnement » (39). La volition est donc impactée par l'environnement de l'individu : « Le moi et le monde dans lequel on agit sont imbriqués » (40). Aussi, pour lui la volition a trois composantes : les valeurs, les centres d'intérêts et les déterminants personnels (40). Il définit les valeurs comme ce qui fait et a du sens pour la personne, comme les activités signifiantes. Les centres d'intérêts sont des activités dans lesquelles la personne prend du plaisir et participe volontiers (40). Enfin, il décrit les déterminants personnels comme « ce qui fait référence au sentiment de compétence et d'efficacité » pour la personne (40).

La volition est définie par S. Meyer comme « la capacité de choisir, de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire » (37).

Ainsi, nous pouvons dire que la volition permet à la personne d'être maître de ses choix et décisions. Elle lui permet d'être actrice de sa vie et « d'anticiper, de choisir et d'expérimenter » (37).

Nous pouvons relier ce concept de volition à la méthode Montessori. En effet, si la volition est une dynamique permettant à la personne d'être décisionnaire de ses choix et actions, la méthode Montessori cherche à laisser la personne faire ses propres choix, à être le plus autonome possible pour être « acteur de sa propre vie » (27). Ainsi, la méthode Montessori peut-elle impacter la volition de la personne lors de l'activité toilette ? Dans le cadre d'une prise

en soin en EHPAD, la collaboration interprofessionnelle ergothérapeute/aides-soignants peut-elle impacter la volition du résident lors l'activité toilette ?

1.8 La question et l'objet de recherche

Le cadre de référence définit, nous pouvons nous demander :

Question de recherche :

Quel est l'impact de la collaboration aide-soignant/ergothérapeute sur la volition du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette, au travers de la méthode Montessori ?

L'objet de recherche qui découle de notre question est donc :

Objet de recherche :

La collaboration aide-soignant/ergothérapeute sur la volition du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette, au travers de la méthode Montessori.

2 Matériel et méthode

2.1 Choix de la méthode de recherche

En 2000, KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic-Jeras ont mené une étude « Use of Montessori-based activities for clients with dementia in adult day care : effects on engagement » – L'utilisation d'activités basées sur la méthode Montessori pour les patients atteints de démence en accueil de jour : effets sur l'engagement –, c'est-à-dire qu'ils cherchaient à savoir si des activités s'appuyant sur des principes Montessori avaient un impact sur l'engagement de la personne âgée démente en accueil de jour (32).

Pour mener à bien leur recherche, ils ont utilisé une méthode expérimentale qui a duré 9 mois. Ils ont recruté 19 personnes âgées de 60 à 101 ans, ayant un MMSE⁴ compris en 7 et 24 et atteints de diverses démences (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence mixte). Les participants ont été divisé en 2 groupes : le groupe contrôle, qui a bénéficié d'activités qui ne se basaient pas sur les principes Montessori, et le groupe test, qui a bénéficié d'activités se basant sur les principes Montessori.

Nous savons que KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic-Jeras ont développé une échelle d'observation de l'engagement et qu'ils définissent 4 types d'engagement, comme nous avons pu le voir précédemment : l'engagement constructif, l'engagement passif, le non-engagement et l'auto-engagement. Sa passation dure 10 minutes. Cependant, cette échelle n'est pas validée.

Pour obtenir des données et conclure leur recherche, ils ont mis en place trois temps d'évaluation pendant laquelle l'échelle d'observation de l'engagement était utilisée : avant le début du programme, quatre mois après le début du programme et 8 mois après le début du programme.

Notre recherche vise à définir l'impact de la collaboration aide-soignant/ergothérapeute sur la volition du résident à la toilette, au travers de la méthode Montessori. Ainsi, comme KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic-Jeras, nous cherchons un lien de cause à effet. Cela nous oriente vers une méthode expérimentale.

⁴ MMSE : Le Mini Mental State Examination est un outil validé qui a pour objectif de « dépister les personnes souffrant d'une atteinte neurocognitive majeure (démence) » (41).

P. Grelley définit la méthode expérimentale comme « une démarche scientifique qui consiste à contrôler la validité d'une hypothèse au moyen d'épreuves répétées » et comporte « une suite de vérifications in situ dont les conditions sont fixées par un protocole qui peut être repris à l'identique par tout nouvel expérimentateur » (42). Pour mener à bien notre recherche, nous allons donc devoir poser une hypothèse et établir un protocole qui devra être reproductible.

2.2 Hypothèses

Pour notre recherche, l'hypothèse de travail posée est : la collaboration interprofessionnelle autour de la méthode Montessori impacte la volition d'une personne (43).

Afin de tester notre hypothèse générale, nous définissons des hypothèses opérationnelles, qui se posent dans un « cadre concret » (43) :

- H0 : il n'y a pas de différence entre le groupe contrôle et le groupe test, c'est-à-dire que la collaboration aide-soignant/ergothérapeute autour de la méthode Montessori n'impacte pas la volition du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette ;
- H1 : il y a une différence entre le groupe contrôle et le groupe test, c'est-à-dire que la collaboration aide-soignant/ergothérapeute autour de la méthode Montessori impacte la volition du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette.

Pour tester nos hypothèses, il nous est nécessaire de mettre en place un protocole de recherche.

2.3 Le protocole

Pour évaluer l'impact de la collaboration aide-soignant/ergothérapeute, via la méthode Montessori, sur la volition du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette, nous devons mener une étude expérimentale. Comme KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic-Jeras, il nous est nécessaire de déterminer deux groupes : un groupe contrôle et un groupe test.

Le groupe contrôle sera composé de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer qui bénéficieront d'une prise en soin autour de l'activité toilette dite « classique », c'est-à-dire que la collaboration aide-soignant/ergothérapeute ne se fera pas autour de la méthode Montessori. Cette collaboration dite « classique » sera développé plus tard (annexe 5).

Le groupe test sera quant à lui composé de résidents atteints d'Alzheimer qui bénéficieront d'une prise en soin autour de l'activité toilette avec une collaboration aide-soignant/ergothérapeute autour de la méthode Montessori. Cette collaboration autour de la méthode Montessori sera développée plus tard (annexe 5).

Nous nous appuyons sur la recherche de KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic-Jeras. Ainsi, notre protocole comprendra également 19 personnes. Pour pouvoir mettre en place ces groupes, nous allons pouvoir solliciter des EHPAD désireux de participer à notre recherche.

Tout comme KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic-Jeras, notre recherche a pour « objet d'étude l'humain » (43). Elle comporte donc des « variations intra et inter individuelles » plus ou moins importantes (43). Ainsi, nous effectuerons, comme eux, trois évaluations de la volition afin de limiter ces variations et d'obtenir des résultats les plus objectifs possible (43).

Pour des questions pratiques et organisationnelles, chaque EHPAD aura des résidents faisant parti soit du groupe contrôle, soit du groupe test. Pour mener à bien notre recherche, les EHPAD, les résidents, les aides-soignants et les ergothérapeutes devront répondre à quelques critères d'inclusion.

2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de pouvoir créer nos deux cohortes, nous avons déterminé des critères d'inclusion et d'exclusion.

- Critères d'inclusion :

- L'EHPAD a au moins un ergothérapeute dans son équipe pluriprofessionnelle ;
Et
- L'ergothérapeute de l'EHPAD est diplômé d'État et exerce depuis au moins 1 an dans la structure, afin que le professionnel connaisse l'établissement dans lequel il évolue et qu'il y soit intégré ;
Et
- Les aides-soignants de l'EHPAD sont diplômés d'État et exercent depuis au moins 1 an dans la structure, afin qu'ils connaissent l'établissement dans lequel ils évoluent et qu'ils y soient intégrés ;
Et

- La personne âgée réside dans l'EHPAD depuis au moins 3 mois, pour qu'il puisse déjà avoir établi quelques repères dans l'établissement ;
Et
 - Le résident a un diagnostic d'Alzheimer posé et un MMSE compris entre 25 et 7 (démence légère à sévère) ;
Et
 - Le résident et/ou sa tutelle/curatelle sont d'accord pour participer à la recherche.
- Critères d'exclusion :
- L'EHPAD n'a pas d'ergothérapeute dans son équipe pluriprofessionnelle ;
 - L'ergothérapeute de l'EHPAD est diplômé d'État et exerce depuis moins d'1 an dans la structure ;
 - Les aides-soignants de l'EHPAD sont diplômés d'État et exercent depuis moins d'1 an dans la structure ;
 - Le résident n'a pas de diagnostic d'Alzheimer posé ;
 - La personne âgée réside dans l'EHPAD depuis moins de 3 mois ;
 - Le résident a un MMSE inférieur à 7 (démence sévère) ;
 - Le résident et/ou sa tutelle/curatelle ne sont pas d'accord pour participer à la recherche.

2.5 Déroulé de la recherche

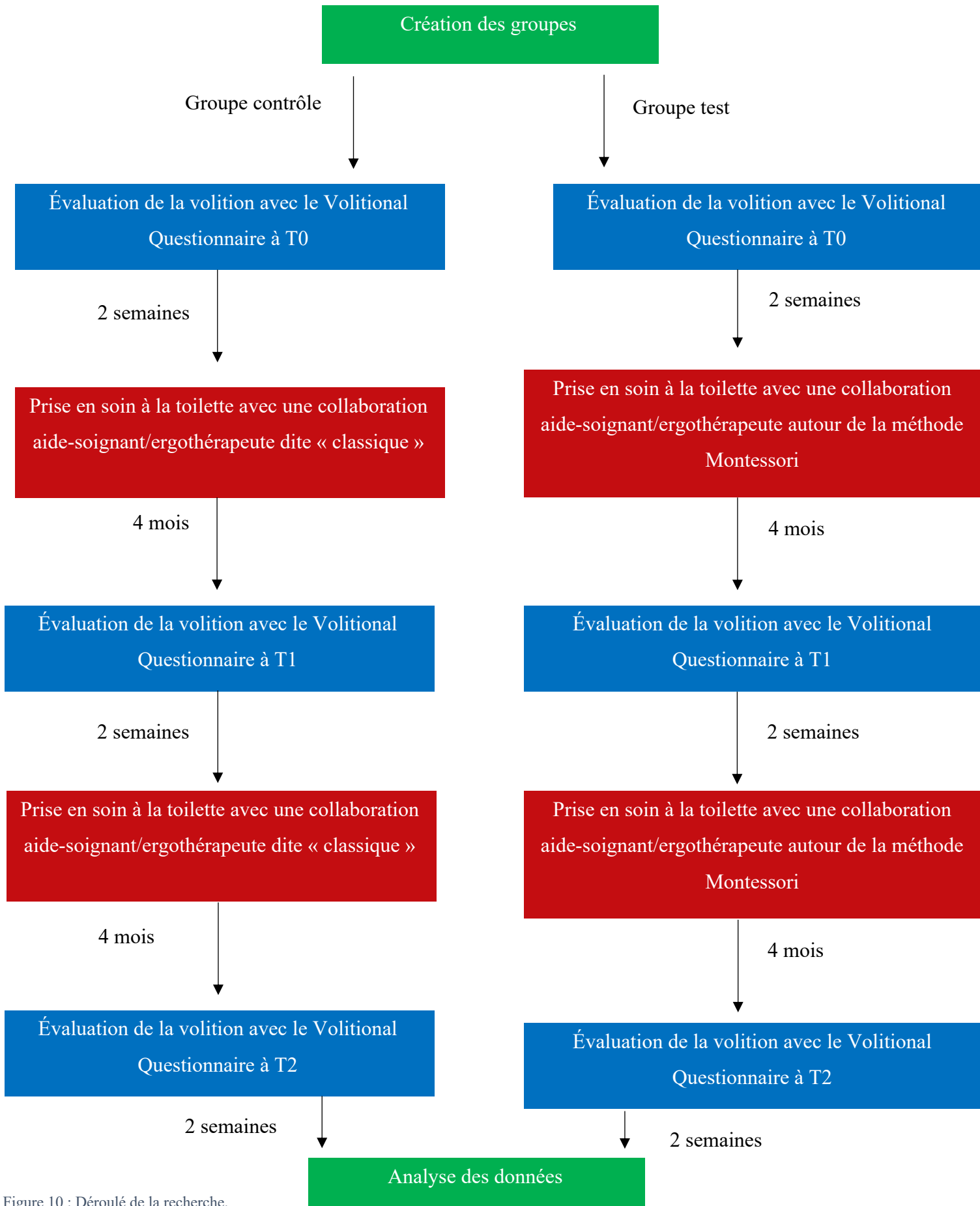


Figure 10 : Déroulé de la recherche.

2.5.1 Évaluation de la volition à T0

Dans un premier temps, les ergothérapeutes participant à notre recherche évalueront la volition, lors de l'activité toilette, des résidents atteints d'Alzheimer du groupe témoin et du groupe test. Pour cela, la grille du Volitional Questionnaire leur sera fourni (annexe 6). Les ergothérapeutes auront deux semaines pour observer les résidents participant à notre recherche lors de l'activité toilette et remplir le Volitional Questionnaire. Tout comme KS. Judge, C. Camp et S. Orsulic-Jeras, l'observation durera 10 minutes. Cette évaluation sera réalisée dans l'environnement habituel, prétest, du résident pour sa toilette, et en présence d'un aide-soignant. Les ergothérapeutes veilleront à ce que le résident ne voit pas la grille d'évaluation et n'ait pas conscience qu'il est observé dans un but d'évaluation. En effet, cela peut être une source d'anxiété et de stress.

2.5.2 Prise en soin

Dans un second temps, chaque résident du groupe témoin et du groupe test bénéficiera d'une prise en soin à la toilette.

Le groupe témoin profitera d'une prise en soin à la toilette avec une collaboration aide-soignant/ergothérapeute dite « classique », c'est-à-dire proche des données que nous avons recueilli lors de notre enquête exploratoire : échange lors de transmissions, mise en place d'aides-techniques, intervention de l'ergothérapeute en cas de difficultés. Certaines personnes interrogées ont signifié que les préconisations de l'ergothérapeute n'étaient pas toujours appliquées. Cela est en lien avec notre situation de départ. Ainsi, dans ce groupe, les prises en soin se feront avec les contraintes institutionnelles : manque de temps, manque de personnel. Cela peut impliquer des cas où les soignants feront « pour » plutôt que de « laisser faire » (annexe 5). Les habitudes des équipes resteront inchangées.

Le groupe test se verra proposer une prise en soin à la toilette avec une collaboration aide-soignant/ergothérapeute autour de la méthode Montessori. Ainsi, ce seront les outils du quotidien de la personne qui seront utilisés comme par exemple : le linge personnel du résident, ou encore les produits d'hygiène personnels, et dans son environnement quotidien comme la salle de bain de sa chambre (38). Nous avons vu que la méthode Montessori suivait les étapes de la réhabilitation dont le respect du rythme de la personne. Nous devons respecter le temps dont a besoin le résident pour réaliser sa toilette. Ainsi, on ne peut pas lui demander d'aller plus

vite ou encore de faire à sa place afin de gagner du temps. Il est également possible de proposer une division de l'activité à la personne âgée afin de faciliter sa réalisation. Dans le cadre de la collaboration et de l'utilisation de la méthode Montessori, l'ergothérapeute pourra donc mettre en place un descriptif de l'activité toilette sous forme de pictogrammes, par exemple. Ce sera un repère et un guide pour le résident. L'ergothérapeute et l'aide-soignant pourront cibler les forces et les faiblesses du résident.

Aussi, il sera possible de complexifier progressivement l'activité toilette. Pour cela, nous allons proposer aux équipes un suivi quotidien de la toilette (figure 11). Nous avons construit cet outil simple d'utilisation, puisque très visuel, en nous appuyant sur le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF – annexe 7) (44).

Le SMAF est un outil validé permettant « d'évaluer les 5 grandes dimensions de l'autonomie » (45) :

- Les activités de la vie quotidienne ;
- La mobilité ;
- La communication ;
- Les fonctions mentales ;
- Les activités de la vie domestique.

Son objectif est de « valoriser l'autonomie fonctionnelle en prenant en compte l'environnement de l'individu (en établissement ou à domicile), les ressources disponibles (humaines et matérielles) et leur stabilité » (45).

Pour notre étude, nous souhaitons nous concentrer sur une seule activité de la vie quotidienne : la toilette. C'est pourquoi nous avons établi notre propre outil, en nous basant sur le SMAF. Nous avons essayé de le rendre le plus simple d'utilisation possible.

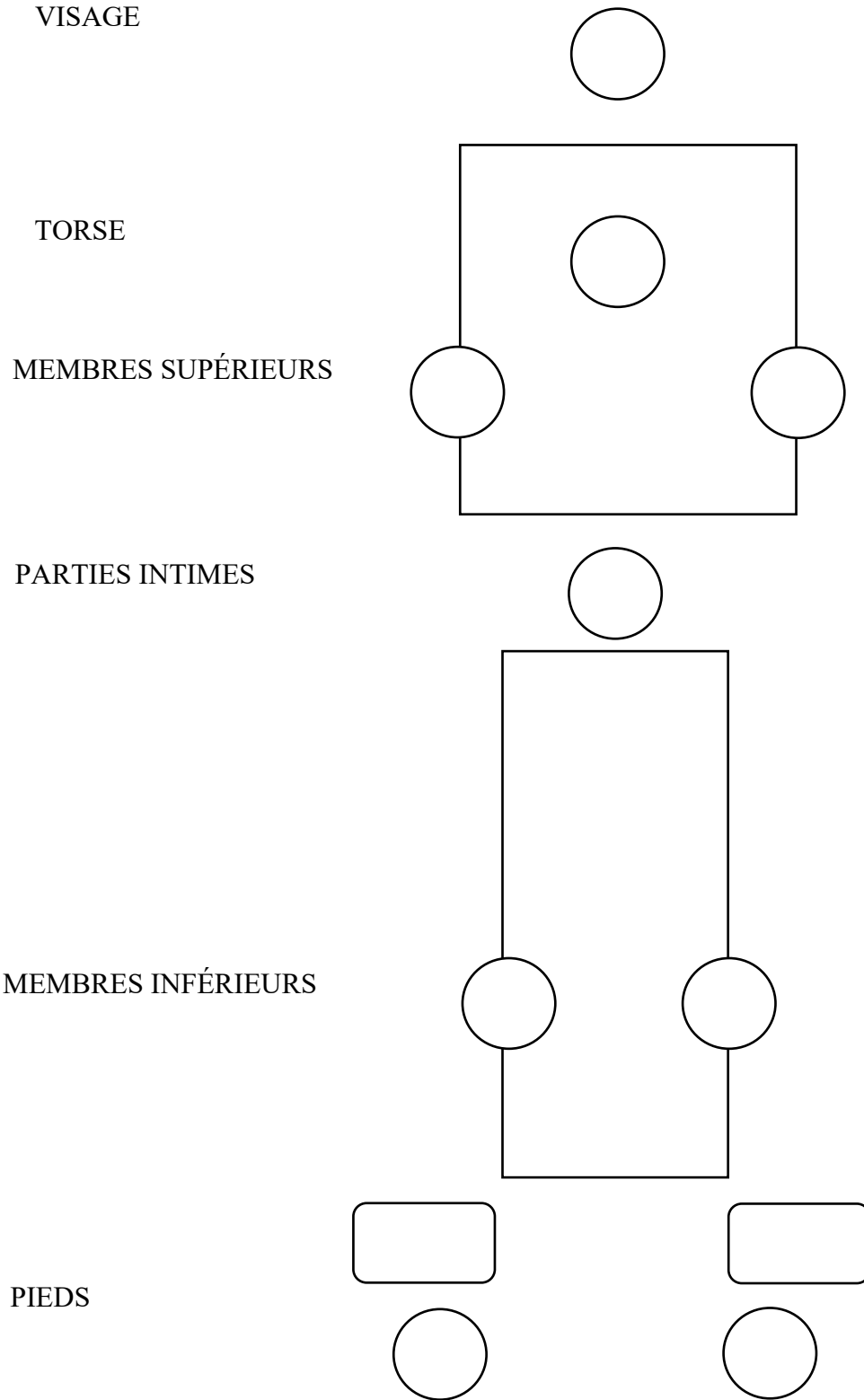
Ainsi, une fois notre outil testé et validé, les aides-soignants pourront le remplir et marquer quotidiennement, à l'aide d'autocollants colorés, les parties de la toilette que le résident a pu :

- Réaliser seul ;
- Réaliser avec une surveillance et/ou une stimulation telle qu'une guidance ou un rappel verbal ;
- Réaliser avec une aide partielle telle qu'une guidance gestuelle, une aide humaine pour initier ou terminer la toilette ;
- Réaliser avec une aide totale, c'est-à-dire que la toilette a dû être réalisé par le soignant.

Ce suivi visuel de la toilette du résident permettra aux équipes de suivre l'évolution de la personne lors de cette activité, en complément des observations habituelles. Si le premier jour, par exemple, le résident ne s'occupe que de son torse, on pourra lui proposer de réaliser sa toilette intime, en plus, le lendemain.

La méthode Montessori a pour objectif de « laisse faire » la personne par elle-même ; on doit donc pouvoir respecter et honorer ses choix : prendre un bain, une douche ou encore faire sa toilette au lavabo (annexe 5). Cela sera également à spécifier sur le Suivi Quotidien de la Toilette (figure 11).

NOM	CHAMBRE	DATE



Toilette réalisée :

Au lit
 Au lavabo
 À la douche
 Dans la baignoire

Code couleur :

● Fait seul.
● Surveillance et/ou stimulation.
● Aide partielle.
● Aide totale.

Figure 11 : Suivi Quotidien de la Toilette.

2.5.3 Évaluation de la volition à T1

Dans un troisième temps, pour évaluer l'impact sur la volition du résident de la collaboration aide-soignant/ergothérapeute autour de la méthode Montessori, une évaluation de la volition sera réitérée. Celle-ci sera réalisée par les mêmes ergothérapeutes que l'évaluation à T0 et également en présence d'un aide-soignant. Cette évaluation à T1 concerne tous les résidents participant à notre recherche et s'étalera sur 2 semaines. L'outil du Volitional Questionnaire sera encore une fois utilisé (annexe 6). En effet, c'est en comparant les résultats obtenus lors de l'évaluation à T0 et les résultats obtenus lors de l'évaluation à T1, que nous commencerons à déterminer si la volition de la personne âgée résidant en EHPAD, lors de l'activité toilette, est impactée par une collaboration aide-soignant/ergothérapeute autour de la méthode Montessori.

2.5.4 Prise en soin

Dans un quatrième temps, une fois l'évaluation de la volition à T1 faite, la prise en soin du groupe contrôle et du groupe test pourra se poursuivre.

2.5.5 Évaluation de la volition à T2

Dans un cinquième temps, une évaluation de la volition à T2 sera faite. Elle se réalisera dans les mêmes conditions que l'évaluation de la volition à T0 et à T1. Ainsi, nous aurons 3 évaluations de la volition : avant le test, pendant le test et après le test. Nous pourrons donc analyser nos données afin de conclure notre recherche.

2.6 Loi Jardé

En France, les recherches en ergothérapie sont réglementées surtout lorsqu'elles « impliquent la personne humaine » (46). Le 5 mars 2012 la loi Jardé est mise en place. Elle vise à « renforcer la protection des personnes se prêtant à des recherches visant à développer des connaissances biologiques ou médicales » et à « harmoniser les procédures et répondre aux besoins de la communauté scientifique régulièrement confrontée aux impératifs éditoriaux des revues scientifiques concernant l'avis des comités d'éthique lors de la soumission de leurs publications » (46).

Notre recherche implique « la personne humaine dite malade » et « est réalisée sur des personnes » (46). Cependant, nous ne cherchons pas à « développer des connaissances biologiques ou médicales » (46). Nous souhaitons donc mener une recherche non-interventionnelle puisque « tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, sans procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic, de traitement ou de surveillance » (46). Ainsi, pour pouvoir mener notre recherche, nous devons envoyer notre protocole à l'ANSM (Agence Nationale de Protection des Personnes) afin qu'un CPP (Comité de Protection des Personnes) valide, ou non, notre recherche sous 45 jours (46).

2.7 Les biais

Notre recherche peut comporter des biais que nous allons devoir limiter.

Tout d'abord, nous pouvons avoir un biais de sélection. Il est possible que l'échantillon de personne prenant part à notre recherche ne soit pas représentatif de la population mère. Nous pouvons limiter cela en respectant strictement les critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons défini.

De plus, nous pouvons identifier un biais affectif. En effet, le Volitional Questionnaire est un outil qui se base sur les observations d'un ergothérapeute. Celui-ci peut être influencé par ses états d'âme, ou encore par le lien qu'il a pu créer avec le résident observé. Ainsi, il sera nécessaire de sensibiliser les aides-soignants et les ergothérapeutes à ce biais. Nous leur expliquerons l'importance de prendre du recul par rapport à leur travail et à la personne observée. C'est également pour cela que nous souhaitons que l'ergothérapeute et l'aide-soignant soient présents pour les évaluations à T0, T1 et T2 de la volition. Être en binôme lors de l'évaluation peut leur permettre de prendre de la distance.

Un biais de désirabilité sociale est aussi à anticiper. Les résidents participant à notre recherche vont être observés à 3 temps différents pour l'évaluation de leur volition. Cela peut impacter leur comportement et les pousser à faire plus que d'habitude. Ils peuvent se sentir en confiance et valoriser. C'est l'effet de Hawthorne. Nous pensons pouvoir limiter ce biais et cet effet en incluant à notre recherche 19 personnes âgées atteints d'Alzheimer et résidant en EHPAD. De plus, nous ne présenterons pas le Volitional Questionnaire aux résidents afin de limiter ce biais ou encore le stress que peut engendrer le fait de se savoir évalué. Ainsi, la présence de l'ergothérapeute sera justifiée par le besoin d'échanger et de faire le point sur l'activité toilette afin de savoir si des ajustements sont nécessaires.

Les ergothérapeutes et les aides-soignants étant informés de notre recherche, il est possible que leur point de vue évolue et favorise la validation de notre hypothèse H0 ou H1, en fonction de leurs croyances et opinions. C'est le biais de confirmation. Pour le limiter, nous avons prévu d'effectuer notre recherche auprès de 19 résidents évoluant dans des EHPAD différents et donc avec des ergothérapeutes et des aides-soignants différents.

Nous pouvons identifier un biais qui consiste à rester fixé sur l'objectif comme par exemple remplir le Volitional Questionnaire. Un ergothérapeute étant focalisé à remplir le Volitional Questionnaire, peut ne pas percevoir des informations importantes transmises de manière directe ou indirecte par le résident. C'est pour cela que nous souhaitons la présence de l'aide-soignant pendant sa passation. La présence de deux professionnels lors de ce bilan limitera la perte d'informations.

3 Analyse des résultats

Une fois notre étude terminée, il faudra analyser nos résultats. Nous allons utiliser une méthode statistique inférentielle puisque nous allons nous baser sur un principe de comparaison (43). Pour cela, nous utiliserons le logiciel Microsoft Excel.

Dans un premier temps, nous indiquerons les données que nous avons obtenu dans des tableaux croisés dynamiques.

RÉSIDENT	VOLITION À T0	VOLITION À T1	VOLITION À T2
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Figure 12 : Tableau croisé dynamique des résultats du groupe contrôle.

RÉSIDENT	VOLITION À T0	VOLITION À T1	VOLITION À T2
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Figure 13 : Tableau croisé dynamique des résultats du groupe test.

Ensuite, nous calculerons les moyennes de la volition pour chaque groupe à T0, T1 et T2. Nous calculerons également les médianes de chaque groupe. De cette façon, nous pourrons

comparer le groupe contrôle au groupe test. Prendre en compte ces deux indices permettra de limiter les erreurs.

Si le groupe contrôle a une médiane supérieure au groupe test, l'hypothèse H0 sera validée : il n'y a pas de différence entre le groupe contrôle et le groupe test, c'est-à-dire que la collaboration aide-soignant/ergothérapeute autour de la méthode Montessori n'impacte pas la volition du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette.

Si le groupe test a une médiane supérieure au groupe test, l'hypothèse H1 sera validée : il y a une différence entre le groupe contrôle et le groupe test, c'est-à-dire que la collaboration aide-soignant/ergothérapeute autour de la méthode Montessori impacte la volition du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette.

4 Discussion

4.1 Interprétations des résultats

Notre recherche ne comporte pas de résultat exploitable. En effet, celle-ci n'a pas pu être réalisée car elle n'a pas été présentée en CPP et, dans le cas où elle aurait été présentée et validée, s'étalant sur 9 mois, nous n'aurions pas pu la réaliser. Cependant, il est possible de critiquer notre dispositif de recherche.

4.2 Critique du dispositif de recherche

Tout d'abord, nous souhaitons proposer aux ergothérapeutes le Volitional Questionnaire (annexe 6). Cet outil validé a été développé dans le cadre du Modèle de l'Occupation Humaine. Il existe une formation dispensée par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) intitulée « L'OSA, le VQ et l'ACIS : Évaluer la participation occupationnelle et les habiletés de la personne par l'auto-évaluation et par observation directe selon le MOH » (47). Cette formation se déroule en 2 parties et nécessite un travail intersession. À la fin, les stagiaires se voient remettre les manuels correspondant aux bilans abordés et les grilles de cotations. La formation coûte 891€ pour les ergothérapeutes n'adhérant pas à l'ANFE et 810€ pour les ergothérapeutes adhérant à l'ANFE. Si la formation nous paraît intéressante pour maîtriser la passation du Volitional Questionnaire et intéressante pour appuyer notre recherche, il nous paraît compliquer de pouvoir la financer. En effet, nous aurions besoin d'au moins 2 ergothérapeutes formés pour notre recherche, ce qui fait un minimum de 1620€ à déboursier pour la formation. Celle-ci est à financer soit par l'employeur, et donc l'EHPAD, soit par nous, chercheurs, soit par les ergothérapeutes eux-mêmes. Or, le tarif nous semble difficilement accessible pour les précités. Ainsi, nous avons fait le choix de fournir le Volitional Questionnaire aux ergothérapeutes, sans formation officielle, même si cela peut faire perdre en validité notre recherche.

Nous aurions pu développer une échelle de l'engagement, étant donné l'absence d'outil validé à ce jour. Pour cela, il aurait été nécessaire que nous développions davantage nos recherches sur l'engagement afin de pouvoir en saisir pleinement toutes les spécificités. Ensuite, nous aurions pu construire une matrice théorique reprenant tous les facteurs impactant

l'engagement afin de pouvoir construire un outil. Celui-ci aurait dû être testé afin d'être validé avant d'être utilisé pour notre recherche.

De plus, nous avons fait le choix d'établir un outil, le Suivi Quotidien de la Toilette (figure 11). Celui-ci n'est pas validé. Afin de pouvoir l'utiliser, et pour que notre recherche soit reproductible il faudra le faire tester.

Nous pouvons nous demander si notre étude est reproductible. En effet, si dans le groupe contrôle la collaboration aide-soignant/ergothérapeute se réalise dans des conditions habituelles, ce n'est pas le cas dans le groupe test. En effet, ce groupe nécessite une organisation qui doit permettre à l'aide-soignant de rester le temps qu'il faut avec le résident. C'est pour cela que nous souhaitons que les personnes participant à notre recherche résident dans différents EHPAD, pour éviter un changement massif de l'organisation.

4.3 Apports, intérêts et limites de la recherche pour la pratique professionnelle

Si notre hypothèse H1 est validée, nous pouvons nous demander si le maintien, après notre recherche d'une collaboration aide-soignant/ergothérapeute autour de la méthode Montessori peut être pérenne. En effet, comme nous avons pu le voir, cela nécessite un important changement d'organisation au sein des EHPAD. Dans notre étude, la prise en soin lors de l'activité toilette d'un résident, selon les principes Montessori, requiert la participation pleine et entière d'un aide-soignant. Le professionnel, devant respecter le temps nécessaire à la personne pour réaliser sa toilette, ne sera donc pas disponible pour accompagner un autre résident pour sa toilette, son habillage, son repas ou encore son levé/couché, par exemple. Il est alors fortement probable que cela sollicite davantage d'aides-soignants dans les services pour répondre aux besoins de tous les résidents. Ainsi, on suppose que des moyens financiers supplémentaires pour les EHPAD sont nécessaires afin de financer des embauches et permettre cet accompagnement spécifique lors de l'activité toilette. Cependant, dans leur rapport d'information concluant « des travaux de la mission sur les EHPAD », M. Iborra et C. Fiat expliquent que « ... [les directions des EHPAD] soutiennent [les professionnels], estimant ne plus avoir les moyens de gérer leur établissement avec la qualité de prise en charge et la capacité d'innovation organisationnelle et technologique que réclame un public toujours plus malade et dépendant... » (48). Cela nous semble donc difficile dans les conditions actuelles de pouvoir financer des créations de poste d'aides-soignants.

Cependant, nous pensons que si cette recherche était menée à terme, elle pourrait être une piste de réflexion pour l'amélioration de la prise en soin des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD. En effet, si l'hypothèse H0 est vérifiée, il semblerait intéressant de réfléchir à une autre approche pour maintenir l'autonomie du résident lors de l'activité toilette. Si l'hypothèse H1 est vérifiée, nous pourrions réfléchir à adapter au mieux notre protocole au système de soin actuel des EHPAD.

4.4 Perspectives de recherche

C. Camp estime que les principes Montessori sont le respect, la dignité et l'égalité (29). Ces principes sont mis en avant dans le rapport de M. Iborra et C. Fiat puisqu'elles expliquent « qu'il nous faut [...] construire un parcours de vie qui permette à chacun d'envisager sans crainte sa perte d'autonomie future ou celle de ses proches, dans le respect de la liberté de choix de chacun et dans le respect d'une personne humaine qui ne peut être résumée à ses problèmes de santé » (48).

Au cours de notre recherche, nous nous sommes intéressés à l'impact de la collaboration aide-soignant/ergothérapeute sur la volition du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette, au travers de la méthode Montessori. Nous avons donc dû tenir compte des principes de respect, de dignité et d'égalité, qui sont également une des bases de l'ergothérapie. Cependant, nous nous sommes concentrés que sur une seule activité de la vie quotidienne. Nous pouvons donc nous demander comment se déroulent les autres activités de la vie quotidienne ? L'équipe soignante dispose-t-elle des moyens nécessaires permettant de mettre en application les principes précités ?

À la lecture du rapport de M. Iborra et C. Fiat, « des milliers de professionnels, face à la dégradation de l'état des personnes âgées et à l'anxiété persistante des familles, expriment leur désarroi face à la difficulté de ne pouvoir continuer à exercer dans des conditions humaines et décentes le métier qu'ils ont choisi et qu'ils apprécient », nous pouvons donc supposer que les équipes ne parviennent pas à appliquer ces principes pour diverses raisons (48). Ainsi, comment l'ergothérapeute, en collaborant avec les équipes soignantes, pourraient-ils favoriser l'application des principes de respect, de dignité et d'égalité dans toutes les activités de la vie quotidienne ?

5 Table des figures

Figure 1 : Histogramme représentant le nombre d'ergothérapeutes et d'aides-soignants interrogés diplômés par année.....	13
Figure 2 : Diagramme circulaire représentant le nombre d'années d'exercice par ergothérapeute.	14
Figure 3 : Diagramme circulaire représentant le nombre d'années d'exercice par aide-soignant.	14
Figure 4 : Diagramme circulaire représentant le nombre d'aides-soignants formés aux démences.....	15
Figure 5 : Diagramme circulaire représentant le nombre d'ergothérapeutes formés aux démences.....	15
Figure 6 : Histogramme représentant les thérapies non-médicamenteuses utilisées par les ergothérapeutes et les aides-soignants interrogés.....	16
Figure 7 : Histogramme représentant les professionnels collaborant avec les ergothérapeutes interrogés autour des thérapies non-médicamenteuses.	17
Figure 8 : Histogramme représentant les professionnels collaborant avec les aides-soignants interrogés autour des thérapies non-médicamenteuses.	17
Figure 9 : "Les relations entre concepts" issue De l'activité à la participation par Sylvie Meyer	25
Figure 10 : Déroulé de la recherche.	32
Figure 11 : Suivi Quotidien de la Toilette.....	36
Figure 12 : Tableau croisé dynamique des résultats du groupe contrôle.	40
Figure 13 : Tableau croisé dynamique des résultats du groupe test.....	40

6 Annexes

6.1 Annexe 1 – Synthèse des bases de données

Total à partir des mots clés	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le titre	Sélection selon le résumé	Articles retenus
2028	Sage Journals	386	5	4	4
	ScienceDirect	536	5	1	1
	BDSP	2	1	0	0
	Cairn	613	4	0	0
	Google Scholar	491	6	1	1

6.2 Annexe 2 – Synthèse des articles

Sources	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Champs disciplinaires d'étude
"Alzheimer disease"	La maladie d'Alzheimer	Synthèse de données issues de recherches précédentes		Médical ; Santé.
"Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review"	Les thérapies non-médicamenteuses	Revue de littérature	Personnes âgées atteintes de démence ; Aidants familiaux ; Équipe soignante	Santé ; Psychologie.
"Burnout among care staff for older adults with dementia"	Le burnout chez le personnel soignant	Revue de littérature + enquête transversale	Équipe soignante travaillant en EHPAD auprès de personnes âgées atteintes d'Alzheimer	Psychologie ; Social.
"Care staff working with people with dementia"	Étudier le lien entre le niveau de connaissances et la confiance du personnel travaillant avec des personnes	Étude régionale par questionnaires + étude principale par entretiens téléphoniques	Personnel soignant en Angleterre	

	âgées atteintes de démence			
"Le rôle de l'ergothérapeute en gériatrie"	Objectifs de l'ergothérapeute auprès de personnes âgées	Synthèse de données issues de recherches précédentes		Ergothérapie ; Pédagogie ; Santé.
«Les traitements de la maladie d'Alzheimer »	Traitements pour la maladie d'Alzheimer	Synthèse de traitements médicamenteux et non-médicamenteux existants pour la maladie d'Alzheimer		Santé
"Méthode de prise en charge globale non-médicamenteuse des patients déments institutionnalisés"	Utilisation de techniques non-médicamenteuses auprès de personnes démentes institutionnalisées	Étude randomisée	Équipe pluridisciplinaire : 1 cadre ergothérapeute ; 5 aides-soignants ; 1 ergothérapeute ; 1 orthophoniste ; 1 psychomotricien ; 1 psychologue. Patients déments institutionnalisés.	Santé ; Social ; Psychologie.

Sources	Principaux résultats	Questions non-abordées
"Alzheimer disease"	<p>47 millions de personnes ont une démence dans le monde ;</p> <p>Les médicaments ;</p> <p>Les symptômes ;</p> <p>Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activité physique ; - Lien social ; - Stimulation de la mémoire ; - Régime méditerranéen ; - Dormir au moins 7 heures par nuit. 	<p>Qu'en est-il des interventions non-médicamenteuses ?</p> <p>Quelles sont les conséquences des symptômes sur la vie quotidienne ?</p>
"Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review"	<p>Manque de preuves pour dire quelles interventions non-médicamenteuses pourraient entrer dans ce programme Européen ;</p> <p>Il y a des interventions médicamenteuses qui permettent de limiter les symptômes de la démence, et d'améliorer la qualité de vie et la qualité de soins, mais il n'y a pas assez de preuves (groupe de parole, psychosocial, activités éducatives, thérapies par réminiscence, faits passés, thérapie par le touché, luminothérapie (agitation), musicothérapie (agitation), ergothérapie + réhabilitation fonctionnelle (cognition, psychologique, bien-être).</p>	<p>Quelle est la place des aides-soignantes dans les méthodes non-médicamenteuses ?</p> <p>Existe-il des méthodes validées ?</p> <p>Est-ce que les méthodes abordées sont mises en place dans les EHPAD français ?</p>

<p>"Burnout among care staff for older adults with dementia"</p>	<p>Émotionnellement épuisés ;</p> <p>Dépersonnalisation ;</p> <p>Manque d'épanouissement au travail ;</p> <p>Difficultés à gérer les comportements parfois difficiles des résidents ;</p> <p>Cause du burnout :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge ; - Perte d'efficience ; - Manque d'échange avec les collègues, prises en soin compliquées. <p>Nécessité d'améliorer la qualité de vie au travail pour améliorer la qualité de soins et de vie des résidents.</p>	<p>Des choses sont-elles mises en place pour gérer les comportements difficiles ?</p> <p>Comment améliorer la communication entre collègues ?</p>
<p>"Care staff working with people with dementia"</p>	<p>Manque de connaissances des symptômes de la démence ;</p> <p>Manque de connaissances sur les conséquences d'une démence, ce qui impact négativement la qualité de la prise en charge ;</p> <p>Difficulté à gérer l'agitation et la colère des personnes âgées atteintes de démence ;</p> <p>Haut niveau de confiance si formé sur les démences et expérimenté ;</p> <p>Si l'équipe est soudée, communique librement et facilement, et dispose d'un cadre présent et soutenant, le personnel trouvera des ressources pour s'améliorer et améliorer les prises en charge.</p>	<p>En France, les aides-soignantes sont-elles formées sur les démences au cours de leur formation initiale ?</p> <p>Au cours de leur formation continue ?</p>

<p>"Le rôle de l'ergothérapeute en gériatrie"</p>	<p>Évaluation holistique de la personne ; Favoriser la participation ;</p> <p>Maintenir l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne ; Réadaptation cognitive, mises en situation, activités ludiques (importantes dans le cas de démence), mise en place d'aides techniques ou humaines, possibilités de former les aidants familiaux et/ou professionnels, prévention.</p>	<p>Le travail d'équipe ?</p> <p>La pluriprofessionnalité ?</p> <p>L'interprofessionnalité ?</p>
<p>"Les traitements de la maladie d'Alzheimer"</p>	<p>Rééducation ou revalidation cognitive : stades précoces de la maladie d'Alzheimer, en individuel ;</p> <p>Stimulation cognitive : stimuler les compétences restantes ;</p> <p>Thérapie par reminiscence : communication, socialisation, plaisir ;</p> <p>Orthophonie : maintenir la communication ;</p> <p>Musicothérapie, luminothérapie, aromathérapie, techniques de Snoezelen, exercice physique... Troubles cognitifs et psycho comportementaux ;</p> <p>Difficultés à évaluer les thérapies non-médicamenteuses.</p>	<p>La place de l'ergothérapeute dans les thérapies non-médicamenteuses ?</p> <p>Celle de l'aide-soignant ?</p>

<p>"Méthode de prise en charge globale non-médicamenteuse des patients déments institutionnalisés »</p>	<p>Prise en soin globale centrée sur le patient et pluridisciplinaire ;</p> <p>Peut permettre d'améliorer la communication entre le patient, sa famille et les soignants ;</p> <p>Bénéfices sur les capacités cognitives résiduelles, les troubles du comportement et les troubles de l'appétit ;</p> <p>Enjeu pour la qualité de vie des résidents, la qualité de vie au travail des soignants et thérapeutes, pour le coût.</p>	<p>Est-ce que les équipes travaillent en interprofessionnalité ?</p>
--	---	--

6.3 Annexe 3 – Matrices de questionnement

6.3.1 Pour les ergothérapeutes

Sous-thématiques issues de la revue de littérature	Questionnement issue des sous-thématiques	Questions	Objectifs de la question
L'Alzheimer et la restriction dans l'activité	En EHPAD, qu'elles sont les restrictions d'activités observées ?	Quelles restrictions d'activités observez-vous chez les résidents atteints d'Alzheimer en EHPAD ? → Q°4	Recueillir des observations et des faits de "terrain"
Les difficultés de prises en soin des personnes âgées atteintes d'Alzheimer	Quelles difficultés les équipes soignantes rencontrent-elles dans la prise en soin des résidents atteints d'Alzheimer ?	<p>En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'État d'ergothérapeute ? → Q°1</p> <p>Depuis quand travaillez-vous en EHPAD ? (1 à 4 ans, 5 à 8 ans, plus de 8 ans ?) → Q°2</p> <p>Avez-vous été formé sur les démences ? → Q°3</p> <p>Si oui, était-ce en formation initiale ou en formation continue ? → Q°4</p> <p>Si non, aimeriez-vous l'être ? Pourquoi ? → Q°4</p> <p>Quelles restrictions d'activité observez-vous chez les résidents atteints</p>	<p>Savoir si les équipes sont formées sur les démences ;</p> <p>Connaître les difficultés rencontrées en EHPAD, en France ;</p> <p>Savoir si l'expérience impacte la prise en soin.</p>

		d'Alzheimer en EHPAD ? → Q°5	
La collaboration des aides-soignants et des ergothérapeutes autour des thérapies non-médicamenteuses dans les activités de la vie quotidienne	<p>Les thérapies non-médicamenteuses sont-elles utilisées en France dans les prises en soin des personnes âgées en EHPAD ?</p> <p>Comment, en pratique, l'ergothérapeute et l'aide-soignant collaborent-ils autour des thérapies non-médicamenteuses dans la prise en soin des résidents atteints d'Alzheimer ?</p>	<p>Rencontrez-vous des difficultés de prise en soin avec les résidents atteints d'Alzheimer ? → Q°6</p> <p>Quelles difficultés de prise en soin rencontrez-vous et pourquoi ? → Q°7</p> <p>Comment travaillez-vous avec les aides-soignants ? → Q°8</p> <p>Connaissez-vous des méthodes, thérapies non-médicamenteuses (Snoezelen, groupe de parole, thérapie par le toucher, thérapie par réminiscence...) ? → Q°9</p> <p>Quelles(s) méthode(s), thérapie(s) non-médicamenteuse(s) connaissez-vous ? → Q°10</p> <p>Comment les avez-vous connues ? → Q°11</p> <p>Les utilisez-vous ? → Q°12</p> <p>Lesquelles et pourquoi ? → Q°13</p>	<p>Avoir des données de terrain, savoir ce qui est mis en place dans les EHPAD ;</p> <p>Ouvrir nos recherches et identifier des axes d'amélioration.</p>

		<p>Les utilisez-vous avec d'autres professionnels ? Si oui, lesquels et comment ? → Q°14</p> <p>Trouvez-vous que les méthodes non-médicamenteuses ont des effets sur le résident ? Si oui, lesquels ? → Q°15</p>	
--	--	--	--

6.3.2 Pour les aides-soignants

Sous-thématiques issues de la revue de littérature	Questionnement issue des sous-thématiques	Questions	Objectifs de la question
L'Alzheimer et la restriction dans l'activité	En EHPAD, qu'elles sont les restrictions d'activités observées ?	Quelles restrictions d'activités observez-vous chez les résidents atteints d'Alzheimer en EHPAD ? → Q°4	Recueillir des observations et des faits de "terrain"
Les difficultés de prises en soin des personnes âgées atteintes d'Alzheimer	Quelles difficultés les équipes soignantes rencontrent-elles dans la prise en soin des résidents atteints d'Alzheimer ?	<p>En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'État d'aide-soignant ? → Q°1</p> <p>Depuis quand travaillez-vous en EHPAD ? (1 à 4 ans, 5 à 8 ans, plus de 8 ans ?) → Q°2</p> <p>Avez-vous été formé sur les démences ? → Q°3</p>	<p>Savoir si les équipes sont formées sur les démences ;</p> <p>Connaître les difficultés rencontrées en EHPAD, en France ;</p>

		<p>Si oui, était-ce en formation initiale ou en formation continue ? → Q°4</p> <p>Si non, aimeriez-vous l'être ? Pourquoi ? → Q°4</p> <p>Quelles conséquences de la maladie d'Alzheimer observez-vous sur les résidents et leur vie quotidienne ? → Q°5</p>	<p>Savoir si l'expérience impacte la prise en soin.</p>
<p>La collaboration des aides-soignants et des ergothérapeutes autour des thérapies non-médicamenteuses dans les activités de la vie quotidienne</p>	<p>Les thérapies non-médicamenteuses sont-elles utilisées en France dans les prises en soin des personnes âgées en EHPAD ?</p> <p>Comment, en pratique, l'ergothérapeute et l'aide-soignant collaborent-ils autour des thérapies non-médicamenteuses dans la prise en soin des résidents atteints d'Alzheimer ?</p>	<p>Rencontrez-vous des difficultés de prise en soin avec les résidents atteints d'Alzheimer ? → Q°6</p> <p>Quelles difficultés de prise en soin rencontrez-vous ? → Q°7</p> <p>Comment travaillez-vous avec l'ergothérapeute de votre EHPAD ? → Q°8</p> <p>Connaissez-vous des méthodes, thérapies non-médicamenteuses (Snoezelen, groupe de parole, thérapie par le toucher, thérapie par réminiscence...) ? → Q°9</p> <p>Quelles(s) méthode(s), thérapie(s) non-</p>	<p>Avoir des données de terrain, savoir ce qui est mis en place dans les EHPAD ;</p> <p>Ouvrir nos recherches et identifier des axes d'amélioration.</p>

		<p>médicamenteuse(s) connaissez-vous ? → Q°10</p> <p>Comment les avez-vous connues ? → Q°11</p> <p>Les utilisez-vous ? → Q°12</p> <p>Lesquelles utilisez-vous et pourquoi ? → Q°13</p> <p>Les utilisez-vous avec d'autres professionnels ? Si oui, lesquels et comment ? → Q°14</p> <p>Trouvez-vous que les méthodes non- médicamenteuses ont des effets sur le résident ? Si oui, lesquels ? → Q°15</p>	
--	--	--	--

6.4 Annexe 4 – Résultats de l'enquête exploratoire

Ici sont présentés les résultats bruts de l'enquête exploratoire.

6.4.1 Les ergothérapeutes

1) En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'État d'ergothérapeute ?

Ergothérapeute 1	2009
Ergothérapeute 2	2003

Ergothérapeute 3	2011
Ergothérapeute 4	1997
Ergothérapeute 5	2009
Ergothérapeute 6	2013
Ergothérapeute 7	2009
Ergothérapeute 8	2014
Ergothérapeute 9	2006
Ergothérapeute 10	2003
Ergothérapeute 11	2016
Ergothérapeute 12	2016
Ergothérapeute 13	2015
Ergothérapeute 14	2016
Ergothérapeute 15	2017
Ergothérapeute 16	1998
Ergothérapeute 17	2017
Ergothérapeute 18	2013
Ergothérapeute 19	2003
Ergothérapeute 20	2013

Ergothérapeute 21	2016
Ergothérapeute 22	2016
Ergothérapeute 23	2016
Ergothérapeute 24	2008
Ergothérapeute 25	2008
Ergothérapeute 26	2016
Ergothérapeute 27	2016
Ergothérapeute 28	2012
Ergothérapeute 29	2017
Ergothérapeute 30	2017
Ergothérapeute 31	2016
Ergothérapeute 32	2001
Ergothérapeute 33	2016
Ergothérapeute 34	2012

2) Depuis quand travaillez-vous en EHPAD ?

Ergothérapeute 1	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 2	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 3	5 à 8 ans ;

Ergothérapeute 4	Plus de 8 ans.
Ergothérapeute 5	Plus de 8 ans.
Ergothérapeute 6	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 7	5 à 8 ans ;
Ergothérapeute 8	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 9	Plus de 8 ans.
Ergothérapeute 10	Plus de 8 ans.
Ergothérapeute 11	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 12	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 13	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 14	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 15	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 16	Plus de 8 ans.
Ergothérapeute 17	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 18	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 19	Plus de 8 ans.
Ergothérapeute 20	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 21	1 à 4 ans ;

Ergothérapeute 22	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 23	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 24	5 à 8 ans ;
Ergothérapeute 25	Plus de 8 ans.
Ergothérapeute 26	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 27	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 28	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 29	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 30	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 31	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 32	5 à 8 ans ;
Ergothérapeute 33	1 à 4 ans ;
Ergothérapeute 34	5 à 8 ans ;

3) Avez-vous été formé sur les démences ?

Ergothérapeute 1	Oui ;
Ergothérapeute 2	Oui ;
Ergothérapeute 3	Oui ;
Ergothérapeute 4	Oui ;

Ergothérapeute 5	Oui ;
Ergothérapeute 6	Oui ;
Ergothérapeute 7	Oui ;
Ergothérapeute 8	Oui ;
Ergothérapeute 9	Oui ;
Ergothérapeute 10	Oui ;
Ergothérapeute 11	Oui ;
Ergothérapeute 12	Oui ;
Ergothérapeute 13	Oui ;
Ergothérapeute 14	Oui ;
Ergothérapeute 15	Oui ;
Ergothérapeute 16	Oui ;
Ergothérapeute 17	Oui ;
Ergothérapeute 18	Oui ;
Ergothérapeute 19	Oui ;
Ergothérapeute 20	Oui ;
Ergothérapeute 21	Oui ;
Ergothérapeute 22	Oui ;

Ergothérapeute 23	Oui ;
Ergothérapeute 24	Oui ;
Ergothérapeute 25	Oui ;
Ergothérapeute 26	Non.
Ergothérapeute 27	Oui ;
Ergothérapeute 28	Oui ;
Ergothérapeute 29	Oui ;
Ergothérapeute 30	Non.
Ergothérapeute 31	Non.
Ergothérapeute 32	Oui ;
Ergothérapeute 33	Non.
Ergothérapeute 34	Oui ;

4)

Si non à la question 3), aimeriez-vous avoir une formation sur les démences ?

Pourquoi ?

Ergothérapeute 26	Pour faciliter l'accompagnement des troubles du comportement.
Ergothérapeute 30	Oui. Favoriser la communication thérapeute/résident ?
Ergothérapeute 31	Oui, pourquoi pas, pour enrichir davantage mes connaissances.

Ergothérapeute 33	Oui, toujours des évolutions, en particulier sur la classification.
-------------------	---

Si oui à la question 3), avez-vous été formé sur les démences lors de votre formation initiale et/ou dans le cadre de votre formation continue ?

Ergothérapeute 1	Formation continue ;
Ergothérapeute 2	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 3	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 4	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 5	Formation initiale ;
Ergothérapeute 6	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 7	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 8	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 9	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 10	Formation initiale ;;Formation continue ;;Recherche personnelle, achat de livres, internet, MOOC sur la démence
Ergothérapeute 11	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 12	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 13	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 14	Formation initiale ;;Formation continue ;

Ergothérapeute 15	Formation initiale ;
Ergothérapeute 16	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 17	Formation initiale ;
Ergothérapeute 18	Formation initiale ;
Ergothérapeute 19	Formation continue ;
Ergothérapeute 20	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 21	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 22	Formation initiale ;
Ergothérapeute 23	Formation initiale ;
Ergothérapeute 24	Formation continue ;
Ergothérapeute 25	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 27	Formation initiale ;;Formation continue ;
Ergothérapeute 28	Formation initiale ;
Ergothérapeute 29	Formation initiale ;
Ergothérapeute 32	Formation continue ;
Ergothérapeute 34	Formation initiale ;

5) Quelles restrictions d'activités observez-vous chez les résidents atteints d'Alzheimer en EHPAD ?

Ergothérapeute 1	Il y a toutes sortes de restrictions d'activités, cela va des loisirs, à la toilette en passant par la prise des repas. Absolument toutes les activités peuvent être touchées dans la maladie d'Alzheimer
Ergothérapeute 2	manque d'envie, problème de concentration et d'attention, capacités cognitives très limitées...
Ergothérapeute 3	Restrictions au niveau des actes du quotidien (toilette, habillage, repas...), mais également les activités proposées (ateliers mémoire, repas thérapeutique, jeux société...)
Ergothérapeute 4	Des activités trop minutieuses ou demandant trop d'attention
Ergothérapeute 5	Se nourrir, se laver, s'habiller
Ergothérapeute 6	J'observe des restrictions dans les AVJ et les activités de loisirs ; la réalisation des AVQ est souvent bien accompagnée par les aides-soignantes (surtout si elles ont suivi des formations complémentaires : formation Alzheimer, ASG...).
Ergothérapeute 7	difficultés dans les AVQ, les déplacements, à prendre des décisions, initiatives, difficultés de compréhension et de communications
Ergothérapeute 8	Dans tout les domaines
Ergothérapeute 9	'
Ergothérapeute 10	j'ai du mal à répondre à la question, pour moi pas de restriction mais plus une adaptation aux goûts de la personne, c'est avant tout une personne avant d'être un malade, mais bien sûr tout dépend de l'évolution de la maladie, ne pas mettre en échec la personne ma seule restriction

Ergothérapeute 11	Obligé de faire des petits groupes, d'adapter ++ les consignes
Ergothérapeute 12	Difficultés de communication -> restriction participation sociale. Difficultés praxiques.
Ergothérapeute 13	Concentration longue
Ergothérapeute 14	Tout dépend du stade de la maladie, progressivement la réalisation de toute les activité de la vie quotidienne deviennent difficile souvent cela commence par un besoin d'aide pour l'organisation de la journée (guidance temporel voir spatial) ensuite l'activité toilette habillage est touché car les troubles exécutifs deviennent prédominant, puis les déplacements et les repas. Pour les activités de loisir tout dépend ce que appréciait la personne, car s'il s'agit des activités demandant peu de cognition, la mémoire procedural permet de maintenir l'activité (ex: tricot, lecture, qql étape de la cuisine, faire la vaisselle, plier du linge, catégorisation de papier...). Pour d'autre activité plus complexe, il est nécessaire qu'une personne soit présente (réaliser une recette de A à Z, faire des mots croisés...)
Ergothérapeute 15	sociabilisation, diminution d'implication dans les AVQ, mais c'est un peu le cas avec toute la population de l'ehpad
Ergothérapeute 16	Déambulation, préparation repas, petits travaux ménagers...
Ergothérapeute 17	Activités cognitives avec demande de réflexion, gestes praxiques dans certains cas bloquant les AVQ, planification et exécutions d'actions entraînant plusieurs tâches
Ergothérapeute 18	Activités comportant des consignes complexes
Ergothérapeute 19	/
Ergothérapeute 20	...

Ergothérapeute 21	Restrictions de participation dans toutes les aivq, difficulté à initier une activité, apraxie, difficulté' de compréhension des consignes
Ergothérapeute 22	AVQ : toilette, repas, déplacements. Au stade léger surtout des restrictions au niveau cognitif : difficultés à s'organiser, à organiser l'activité... Plus avancé dans la maladie : troubles du comportement qui entravent l'activité
Ergothérapeute 23	Sortie de l'EHPAD seul pour se promener. Certaines animations de l'animatrice
Ergothérapeute 24	Dans toutes les AVQ
Ergothérapeute 25	je ne sais pas
Ergothérapeute 26	Pour toutes les AVQ
Ergothérapeute 27	Le repas, la toilette et habillage.
Ergothérapeute 28	communication, loisirs, soins personnels...
Ergothérapeute 29	tous les AVQ (déplacements, habillage, toilette, loisirs, dans leurs rôles sociaux, leurs habitudes de vie)
Ergothérapeute 30	Toilette et soins personnels avec aide humaine totale. Incontinence. Nécessité de stimuler pour l'alimentation.
Ergothérapeute 31	Résidents perdus, déambulants, perte d'autonomie et d'indépendance dans tous les domaines : toilette, habillage, interactions sociales, alimentation, déplacements
Ergothérapeute 32	SORTIE AVEC DE LONGUES MARCHES

Ergothérapeute 33	Toutes les activités de vie quotidienne sont touchées , selon les stades. De plus, l'institution en elle même a tendance a grabatariser les résidents... Donc perte non seulement d'indépendance, mais aussi d'autonomie. Les activités les plus touchées sont les soins personnels, en particulier tout ce qui est choix : des vêtements, de l'heure de la toilette, de la manière de se laver, de la douche ou du lavabo... Et le repas, où pour aller plus vite on donne à manger au lieu de stimuler.
Ergothérapeute 34	toutes activités du quotidien mais principalement, les activités de loisirs, les AIVQ (ménage, préparation des repas, courses, etc) ainsi que les déplacements et la liberté de les réaliser comme à son habitude.

6) Rencontrez-vous des difficultés de prise en soin avec les résidents atteints d'Alzheimer ?

Ergothérapeute 1	Oui ;
Ergothérapeute 2	Oui ;
Ergothérapeute 3	Oui ;
Ergothérapeute 4	Non.
Ergothérapeute 5	Oui ;
Ergothérapeute 6	Non.
Ergothérapeute 7	Oui ;
Ergothérapeute 8	Oui ;
Ergothérapeute 9	Oui ;

Ergothérapeute 10	Non.
Ergothérapeute 11	Oui ;
Ergothérapeute 12	Oui ;
Ergothérapeute 13	Non.
Ergothérapeute 14	Non.
Ergothérapeute 15	Non.
Ergothérapeute 16	Oui ;
Ergothérapeute 17	Oui ;
Ergothérapeute 18	Oui ;
Ergothérapeute 19	Non.
Ergothérapeute 20	Non.
Ergothérapeute 21	Non.
Ergothérapeute 22	Oui ;
Ergothérapeute 23	Oui ;
Ergothérapeute 24	Oui ;
Ergothérapeute 25	Oui ;
Ergothérapeute 26	Oui ;
Ergothérapeute 27	Oui ;

Ergothérapeute 28	Oui ;
Ergothérapeute 29	Oui ;
Ergothérapeute 30	Oui ;
Ergothérapeute 31	Oui ;
Ergothérapeute 32	Oui ;
Ergothérapeute 33	Oui ;
Ergothérapeute 34	Oui ;

7) Quelles difficultés de prise en soin rencontrez-vous et pourquoi ?

Ergothérapeute 1	Refus d'accompagnement; agressivité
Ergothérapeute 2	manque d'adhésion aux activités
Ergothérapeute 3	Les résidents ont du mal à comprendre le but de mon intervention. Certains sont dans le déni de leurs troubles en plus. Arrivé à un certain stade de la maladie les consignes sont difficiles à comprendre pour le résident. On a affaire parfois des résidents agressifs.
Ergothérapeute 5	Coopération du patient
Ergothérapeute 7	compréhension des consignes
Ergothérapeute 8	Gestion des troubles du comportement important.

Ergothérapeute 9	Des reports de soins parfois difficiles à faire pour les soignants. La méconnaissance des troubles liés aux démences de La part de certains soignants.
Ergothérapeute 11	Le refus, l'incompréhension, l'agressivité
Ergothérapeute 12	Refus de soin, agressivité
Ergothérapeute 16	Organisation institutionnelle essentiellement
Ergothérapeute 17	Troubles du comportement sévère, exécutions d'actes de vie quotidienne
Ergothérapeute 18	Cela dépend de l'avance de la maladie, difficulté d'intégration des consignes
Ergothérapeute 22	Toilette difficile car troubles du comportement. Transfert idem
Ergothérapeute 23	Adapter une activité thérapeutique permettant d'intégrer entre 14 et 17 personnes atteintes de troubles cognitifs divers.
Ergothérapeute 24	Agressivité lors de la toilette, apathie ...
Ergothérapeute 25	non coopération dans les AVJ, la rééducation. Difficulté dans la prévention des chutes
Ergothérapeute 26	Gestion des troubles du comportement
Ergothérapeute 27	La difficulté de l'installation au repas pour que le résident reste à table. (Pas un aidant par résident,) les angoisses des résidents sont difficiles en prise de soin car peu ou pas de communication avec l'entourage.

Ergothérapeute 28	Mise en place d'aides techniques ou entraînements perturbé par les troubles cognitifs
Ergothérapeute 29	compréhension des consignes, comprendre les besoins/envies des résidents, les apprentissages, la compliance, la motivation
Ergothérapeute 30	Manque de compréhension, manque d'attention/concentration, difficulté de communication, troubles du comportement
Ergothérapeute 31	Pas d'unité spécialisée ni fermée dans mon EHPAD, résidents perdus avec nombreux troubles du comportements malgré une organisation pour leur proposer des activités adaptées et des temps d'accompagnements individuels
Ergothérapeute 32	RESIDENTS NON PREPARES PAR LES SOIGNANTS PHYSIQUEMENT ET PSYCHOLOGIQUEMENT POUR VENIR AUX ATELIERS REFUS EXPRIMES PAR LES RESIDENTS
Ergothérapeute 33	Voir question d'avant : la grabatarisation due à l'institution qui empêche que les acquisitions soient pérennes.
Ergothérapeute 34	freins de l'institution à la participation aux activités (aspect financier, hygiène, sécurité, etc), organisation du service, transposition des acquis difficile dans les situations de vie quotidienne avec le personnel soignant.

8) Comment travaillez-vous avec les aides-soignants ?

Ergothérapeute 1	Dès mon arrivée dans la structure j'ai eu à cœur de les suivre pendant plusieurs demi-journées afin de comprendre leur organisation et apprendre à les connaître. Je vais les former PRAP 2S en 2019 et je prévois de consacrer ensuite une matinée par semaine à faire des toilettes en binômes avec elles pour m'assurer de la bonne application des manutentions sur le terrain. Je fais déjà des soins (toilettes, transferts) en binôme avec elles lorsqu'il y a une difficulté. Je réalise des évaluations toilette et transfert à chaque entrée d'un résident et leur fait un compte rendu avec des préconisations.
Ergothérapeute 2	quelques ateliers communs
Ergothérapeute 3	Au travers .la. communication et de préconisations. Je réalise avec eux des actes qu' ils ont du mal a faire afin que l'on trouve ensemble des solutions.
Ergothérapeute 4	Atelier gym douce en commun, préconisation des CAT après évaluations autonomie, transmissions...
Ergothérapeute 5	Formation, aide sur l'approche explications pathologies
Ergothérapeute 6	Accompagnement dans la compréhension et la prise en charge des SPCD sur les temps de transmissions, mise en place de matériel et formation à l'utilisation du matériel/d'outils spécifiques (valise animation flash, fauteuil sensoriel, projet Snoezelen...), prochainement, ateliers thérapeutiques en co-animation avec les aides soignantes avec médium variés (cuisine, créatif, jeux)
Ergothérapeute 7	comm, trans hebdo, apport de connaissances, échanges
Ergothérapeute 8	Communication informelle, compte rendus
Ergothérapeute 9	Échange de pratique, toilette en binôme, mise en place d'atelier

Ergothérapeute 10	je n'ai pas le temps pour des ateliers ou groupes malheureusement, je participe une fois par semaine aux transmissions, sinon les collègues peuvent m'appeler ou m'envier un message sur la messagerie interne et dès que je passe dans le service, je suis interpellée dans les couloirs ou la salle de soin
Ergothérapeute 11	Communication, mise en place de matériel
Ergothérapeute 12	évaluations et réflexions conjointes, préco, formation
Ergothérapeute 13	Réunion équipe, explication sur comment aborder une PA en crise ou qui refuse la toilette
Ergothérapeute 14	Mon bureau se situe dans un espace de vie protégé. Ma porte est ouverte et j'échange beaucoup avec les soignantes et les familles pour connaître au mieux le résidents et réfléchir ensemble au solution que l'on peut trouver. Les soignantes sont demandeuse de solution en cas de comportement problématique. Le seul soucis c'est que les solutions apportées ne perdurent pas dans le temps et ne sont pas appliquées par tous.
Ergothérapeute 15	Difficilement, je ne suis pas à temps pleins sur l'ehpad et l'équipe a un gros turn-over. Cependant quelques unes ont repéré mon role et m'interpellent lors de difficultés
Ergothérapeute 16	Préconisations matériel, communication
Ergothérapeute 17	Transmissions écrites et orales, positionnement en binôme, évaluations en commun (toilette, transfert, repas)
Ergothérapeute 18	Il y a un PASA avec des ASG donc des personnes formées aux démences
Ergothérapeute 19	Organisation, atelier commun

Ergothérapeute 20	Beaucoup de communication, mise en place préconisation, accompagnement pour optimisation prise en charge, gestion trouble du comportement...
Ergothérapeute 21	Atelier équilibre, aide à l'adaptation des activités, bilan d'autonomie des résidents réalisé en co évaluation, co thérapie sur des activités, préconisation d'aide technique et matériel après échange en équipe, formation des équipes sur l'utilisation des outils et matériaux, formations sur les démences et mode de pec pour les équipes
Ergothérapeute 22	Communication : transmission orale et écrite. Suivi à la demande en fonction des problématiques : toilette évaluation avec As, transfert et conseil de mise en place d'aide au transfert avec as
Ergothérapeute 23	Une fois par semaine un groupe de réminiscence est réalisé avec les AS. Je prepare les supports, elles me suggèrent des thèmes pouvant intéresser les résidents. J'ai mis en place un classeur avec des idées d' activités cognitives pour leur permettre de proposer une activité à ceux qui ne font pas les animations (lorsqu'elles sont en nombre ce qui est rare)
Ergothérapeute 24	Communication ++ orale et écrite, préconisation, évaluation, information...
Ergothérapeute 25	intervention à leur demande, transmission des acquis dans le dossier du résident, communication directe et/ou affichage...
Ergothérapeute 26	Transmissions orales et écrites
Ergothérapeute 27	Lors des staff, lors de mise en place d'aide (explications de son utilisation et mise en place)
Ergothérapeute 28	communication ++, préconisations d'AT et de technique de PEC, aide selon les besoins des AS

Ergothérapeute 29	collaboration étroite, lors des AVQ. Les AS m'interpellent sur une problématique et je réponds à la demande du mieux que je peux (toujours dans l'intérêt du résident et sous couvert médical). + transmissions écrites et orales pour un suivi des préconisations
Ergothérapeute 30	Communication orale et écrite par l'intermédiaire de téléphone internes et journalier. Mise en place d'un cahier d'animation rempli par AS et ergo
Ergothérapeute 31	Préconisations et échanges lors des réunions d'équipes. Notamment avec les AMP qui proposent des activités adaptées chaque après-midi.
Ergothérapeute 32	ATELIER COMMUN, EVALUATION, REPAS THERAPEUTIQUE? TRANSMISSION
Ergothérapeute 33	Accompagnement des soignants sur les temps de toilette et de repas, et un atelier sensoriel mais peu d'implication des AS qui en profitent souvent pour prendre leur pause. Sinon transmission écrites et orales lors des relèves
Ergothérapeute 34	Atelier commun très difficile à maintenir en raison des conditions de travail actuel, préconisations faites oralement lors des transmissions et dans le service, transmissions écrites dans le DPI et affiches en chambre si nécessaire. Interventions selon les besoins à la demande des soignants également, accompagnement dans les situations difficiles.

9) Connaissez-vous des méthodes, thérapies non-médicamenteuses (Snoezelen, groupe de parole, thérapie par le toucher, thérapie par reminiscence...)?

Ergothérapeute 1	Oui ;
Ergothérapeute 2	Oui ;
Ergothérapeute 3	Oui ;

Ergothérapeute 4	Oui ;
Ergothérapeute 5	Oui ;
Ergothérapeute 6	Oui ;
Ergothérapeute 7	Oui ;
Ergothérapeute 8	Oui ;
Ergothérapeute 9	Oui ;
Ergothérapeute 10	Oui ;
Ergothérapeute 11	Oui ;
Ergothérapeute 12	Oui ;
Ergothérapeute 13	Oui ;
Ergothérapeute 14	Oui ;
Ergothérapeute 15	Oui ;
Ergothérapeute 16	Oui ;
Ergothérapeute 17	Oui ;
Ergothérapeute 18	Oui ;
Ergothérapeute 19	Oui ;
Ergothérapeute 20	Oui ;
Ergothérapeute 21	Oui ;

Ergothérapeute 22	Oui ;
Ergothérapeute 23	Oui ;
Ergothérapeute 24	Oui ;
Ergothérapeute 25	Oui ;
Ergothérapeute 26	Oui ;
Ergothérapeute 27	Oui ;
Ergothérapeute 28	Oui ;
Ergothérapeute 29	Oui ;
Ergothérapeute 30	Oui ;
Ergothérapeute 31	Oui ;
Ergothérapeute 32	Oui ;
Ergothérapeute 33	Oui ;
Ergothérapeute 34	Oui ;

10) Quelle(s) méthode(s) non-médicamenteuse(s) connaissez-vous ?

Ergothérapeute 1	Snoezelen, réminiscence thérapie, Montessori
Ergothérapeute 2	Snoezelen/ réminiscence/Montessori...
Ergothérapeute 3	Par le toucher, positionnement

Ergothérapeute 4	Toucher massage, relaxation
Ergothérapeute 5	Luminothérapie, musicothérapie
Ergothérapeute 6	Snnozelen / Toucher massage / Animations flash / Ateliers thérapeutiques dont réminiscence /...
Ergothérapeute 7	Montessori, réminiscence
Ergothérapeute 8	Snnozelen, Montessori, validation.
Ergothérapeute 9	Snnozelen, jeu...
Ergothérapeute 10	J'ai fait la formation ANFE vieillesse soins relationnels et créativité qui était proposée par Monique Donaz, ergo et psychologue et j'ai eu la chance d'aller à une journée où Naomie Feil en personne présentait sa méthode de validation
Ergothérapeute 11	Snnozelen, atelier sensoriel
Ergothérapeute 12	Snnozelen, poupée thérapeutique, médiation animale, musico, jardin, réminiscence,
Ergothérapeute 13	Snnozelen, musicothérapie
Ergothérapeute 14	Je suis formée au snnozelen, à la méthode Montessori, au chariot flash, au ludospace, au silverfit et à happy neuron
Ergothérapeute 15	Snnozelen, humanitude (c'est plus une approche qu'une thérapie mais marche plutôt bien), chariot flash...
Ergothérapeute 16	Humanitaire
Ergothérapeute 17	Snnozelen, Montessori, balnéothérapie

Ergothérapeute 18	Snoezelen
Ergothérapeute 19	Snoezelen, médiation animale, huile essentielle, poupée,
Ergothérapeute 20	Humanitude, snoezelen...
Ergothérapeute 21	Snoezelen, validation, Hummanitude, groupe de parole
Ergothérapeute 22	Validation, snoezelen, réminiscence
Ergothérapeute 23	Réminiscence, activités de stimulations cognitives, snoezelen, création d'un espace associé à une dynamique de groupe bienveillante
Ergothérapeute 24	Humanitude, réorientation, snoezelen, Montessori, réminiscence, validation...
Ergothérapeute 25	Snoezelen, l'Hummanitude
Ergothérapeute 26	Snoezelen
Ergothérapeute 27	Snoezelen, aromathérapie, zoothérapie.
Ergothérapeute 28	Snoezelen, balnéothérapie, PASA
Ergothérapeute 29	Snoezelen, réminiscence, stimulation cognitive, Montessori, cadre spatio-temporel
Ergothérapeute 30	Snoezelen (actuellement en train de me former), réminiscence, validation (pas encore formée mais j'utilise les bases apprises en cours), bains thérapeutiques Snoezelen
Ergothérapeute 31	Sans y être formée suite au DE : Snoezelen, Montessori
Ergothérapeute 32	La validation, Montessori, l'Humanitude, ateliers thérapeutiques (par la musique, cuisine, activités manuelles, réminiscence...)

Ergothérapeute 33	Snoezelen, intégration sensorielle, musicothérapie
Ergothérapeute 34	Réminiscence, toucher relationnel, validation, snoezelen, aromathérapie, musicothérapie, art-thérapie, médiation animale

11) Comment les avez-vous connues ?

Ergothérapeute 1	Formations continues
Ergothérapeute 2	en formation
Ergothérapeute 3	École et stages
Ergothérapeute 4	Formations
Ergothérapeute 5	Pratique et étude
Ergothérapeute 6	Formation initiale d'ergothérapie et formation continue
Ergothérapeute 7	Lecture, groupes facebook, collègues ergo et autres professions,
Ergothérapeute 8	Formation
Ergothérapeute 9	Formation, lecture
Ergothérapeute 10	Internet
Ergothérapeute 11	École
Ergothérapeute 12	Formation, rencontres avec professionnels,
Ergothérapeute 13	Pendant mes stages
Ergothérapeute 14	Formations proposées par l'ehpad dans lequel je travaille

Ergothérapeute 15	Formation
Ergothérapeute 16	Formation interne pr humanitude
Ergothérapeute 17	Connaissances théoriques avec la formation initiale et apprentissage sur le terrain
Ergothérapeute 18	En formation initiale
Ergothérapeute 19	Recherche perso, congrès
Ergothérapeute 20	Formations
Ergothérapeute 21	Recherches personnelles, formations, lecture, échange pluridisciplinaire
Ergothérapeute 22	Formation initiale
Ergothérapeute 23	Formation initiale
Ergothérapeute 24	Documentation et formation continue
Ergothérapeute 25	En formation initiale et formation continue
Ergothérapeute 26	Formation d'ergo
Ergothérapeute 27	Formation initiale et interne à la structure.
Ergothérapeute 28	Études + formations sur le terrain
Ergothérapeute 29	À la formation initiale et en échangeant avec d'autres ergos/psychomot
Ergothérapeute 30	Formation initiale et continue
Ergothérapeute 31	Lors de mes études

Ergothérapeute 32	Par mon expérience en psychiatrie, formation interne et DIU sur l'accompagnement non médicamenteux
Ergothérapeute 33	En cours
Ergothérapeute 34	Mémoire réalisé sur le réminiscence, le reste vu en formation initiale puis développé avec l'observation des pratiques des autres professionnels de la structure et formations continues.

12) Les utilisez-vous ?

Ergothérapeute 1	Oui ;
Ergothérapeute 2	Non.
Ergothérapeute 3	Oui ;
Ergothérapeute 4	Oui ;
Ergothérapeute 5	Oui ;
Ergothérapeute 6	Oui ;
Ergothérapeute 7	Non.
Ergothérapeute 8	Oui ;
Ergothérapeute 9	Oui ;
Ergothérapeute 10	Oui ;
Ergothérapeute 11	Oui ;
Ergothérapeute 12	Oui ;

Ergothérapeute 13	Oui ;
Ergothérapeute 14	Oui ;
Ergothérapeute 15	Oui ;
Ergothérapeute 16	Oui ;
Ergothérapeute 17	Oui ;
Ergothérapeute 18	Non.
Ergothérapeute 19	Oui ;
Ergothérapeute 20	Oui ;
Ergothérapeute 21	Oui ;
Ergothérapeute 22	Oui ;
Ergothérapeute 23	Oui ;
Ergothérapeute 24	Non.
Ergothérapeute 25	Oui ;
Ergothérapeute 26	Non.
Ergothérapeute 27	Oui ;
Ergothérapeute 28	Oui ;
Ergothérapeute 29	Oui ;
Ergothérapeute 30	Oui ;

Ergothérapeute 31	Non.
Ergothérapeute 32	Oui ;
Ergothérapeute 33	Oui ;
Ergothérapeute 34	Oui ;

13) Lesquelles et pourquoi ?

Ergothérapeute 1	Snoezelen dans différents cas, en prévention des troubles du comportement. Réminiscence et Montessori au quotidien
Ergothérapeute 3	Toucher et positionnement
Ergothérapeute 4	Relax et TM. Temps de présence et d'écoute privilégié
Ergothérapeute 5	Luminothérapie musicothérapie snoezelen. Utile
Ergothérapeute 6	Toutes celles précitées ; parce que l'ergothérapeute est un professionnel de la thérapie non-médicamenteuse. Ce sont nos outils de travail.
Ergothérapeute 8	Toutes en fonction de la situation.
Ergothérapeute 9	Snoezelen, jeu...pour tenter de diminuer les troubles du comportement.
Ergothérapeute 10	La méthode de validation quand je rentre en relation avec des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, car cela m'aide à les apaiser et la communication passe mieux
Ergothérapeute 11	Snoezelen et atelier sensoriel -> recherche l'apaisement
Ergothérapeute 12	Pré-citées. Réduction et prévention des troubles du comportement.

Ergothérapeute 13	Snoezelen pour le côté relax + prise en charge individuelle. Musicothérapie en groupe pour raviver la mémoire + sentiment appartenance à un groupe
Ergothérapeute 14	La méthode Montessori se rapproche beaucoup de l'ergotherapie, avec en plus des techniques de communication avec la personne âgée. C'est ce que j'utilise le plus au quotidien. C'est vraiment efficace quand on est face à un problème de comportement. Le Silverfit est bien aussi mais destiné à des personnes avec un niveau cognitif plutôt bien préservé. Le Snoezelen je l'utilise maintenant essentiellement pour des fins de vie ou personne grabataire car c'est très chronophage. Le chariot flash et ludospace ce sont surtout les soignantes qui l'utilisent, elles sont formées.
Ergothérapeute 15	Principalement humanitude et activités flash car la salle snoezelen n'est pas encore fonctionnelle et elles ont l'avantage de calmer les "crises"
Ergothérapeute 16	Humanitude
Ergothérapeute 17	Montessori adapté à la PA snoezelen approche centrée sur les sens
Ergothérapeute 19	Toutes
Ergothérapeute 20	Humanitude et snozeleen car répond aux besoins des résidents et adapté à la patho
Ergothérapeute 21	Toutes pour le bien être du resident
Ergothérapeute 22	Validation : tous les jours pour diminuer les troubles du comportement, snoezelen en fonction des besoins et demande des résidents et des équipes
Ergothérapeute 23	Réminiscence car fait intervenir à la fois les souvenirs, le dialogue, la relation sociale, les émotions, les 5 sens, la valorisation... La dynamique de groupe bienveillante, car elle vient valoriser chacun et diminuer les angoisses. Les activités cognitives viennent stimuler les fonctions cognitives résiduelles afin de ralentir la perte et valoriser la personne. La musique, le chant et la danse car cela est signifiant pour les résidents et fait appel à leur souvenir et vient

	apporter une composante du mouvement. Chacune de ses thérapies a aussi pour but d'éviter l'isolement et l'apathie.
Ergothérapeute 25	Humanitude. Permet une meilleure collaboration soignant/soigné
Ergothérapeute 27	Snnozelen (pour les moments de relaxation et de revecu sensoriel), zoothérapie
Ergothérapeute 28	PASA (réfèrent PASA + atelier 1/s), sneozelen (séances occasionnelles), balnéo (séances quotidiennes)
Ergothérapeute 29	Réminiscence et stimulation cognitive pour maintien des acquis, cadre- spatiotemporel (dont aménagement environnement indiçage de l'environnement) pour abaisser troubles anxieux
Ergothérapeute 30	Snnozelen ; Réminiscence ; Validation. Dans le but de les stimuler, apprendre à les connaître, les écouter, à communiquer et calmer les troubles du comportement.
Ergothérapeute 32	validation : pour la réassurance des résidents présentant une anxiété majeure, dans des plongeurs rétrogrades, musique(percussions , chant , danse) s'applique meme dans une démence avancée permettant une communication non verbale, expression spontanée sans consigne
Ergothérapeute 33	Aucune précisément mais je m'inspire de toutes, pour essayer de trouver ce qui correspond le mieux en fonction des résidents.
Ergothérapeute 34	La réminiscence pour renforcer le sentiment d'identité, revaloriser et diminuer les symptômes psychologiques et comportementaux dans la démence, la validation en atelier avec la psychologue afin de redonner une identité à la personne et une place dans la société tout en favorisant le maintien des capacités cognitives, la médiation animale afin de solliciter la participation et le lien social, solliciter les capacités restantes aussi bien cognitives que physiques. La musico-thérapie et l'art thérapie sont utilisés par 2 art

	thérapeutes. Le toucher relationnel est utilisé au quotidien afin de favoriser la communication avec la personne quel que soit le stade de la pathologie.
--	---

14) Les utilisez-vous avec d'autres professionnels ? Si oui, lesquels et comment ?

Ergothérapeute 1	Toilette Snoezelen en binome avec AS
Ergothérapeute 3	Avec les aides soignants
Ergothérapeute 4	non
Ergothérapeute 5	Oui en collaboration avec le Psychomotricien
Ergothérapeute 6	Psychologue : Ateliers thérapeutiques en co-animation, mise en place des animations flash, projet snoezelen...
Ergothérapeute 8	Peu
Ergothérapeute 9	Psychologue, ami, animateur en atelier de groupe.
Ergothérapeute 10	non, par manque de formation des collègues, idem je ne suis pas formée à humanitude ma collègue animatrice si mais par manque de temps nous ne pouvons peu en profiter
Ergothérapeute 11	Psychologue
Ergothérapeute 12	Oui avec psychologue, AS, IDE. En réalisant des essais avec les résidents puis communication autour de la mise en place et formation.
Ergothérapeute 13	Musicothérapie aide soignant viennent pour chanter
Ergothérapeute 14	On fait malheureusement peu d'ateliers avec différents professionnels par manque de temps. Je sollicite plus les stagiaires animation, AS, IDE.. Les soignantes sont formés aux différentes TNM, je leurs donne

	des conseils ponctuellement, quand elles sont à cours d'idées, si elles ont une problématique ou si j'observe une possibilité d'amélioration de leur pratique.
Ergothérapeute 15	AS, ASG, psychologue... On est pas vraiment concertées ça dépend des situations
Ergothérapeute 16	Équipe soignante
Ergothérapeute 17	Non
Ergothérapeute 19	Non
Ergothérapeute 20	Oui aides soignants et psychomot
Ergothérapeute 21	Oui avec les volontaires formées en atelier de groupe en cothérapie
Ergothérapeute 22	Oui psychologue pour snoezelen, m'accompagne dans la séance, se tient à dispo pour les discussions
Ergothérapeute 23	Avec la psychologue autour d'un goûter festif, avec les AMP au quotidien dans l'unité alzheimer, avec les AS une fois par semaine dans le cadre du projet prendre soin de l'établissement , avec le musicotherapeute
Ergothérapeute 27	Aide soignante, infirmière, psychologue, médecin
Ergothérapeute 28	PASA avec 2 ASG
Ergothérapeute 29	psychomotricienne en partenariat sur ateliers
Ergothérapeute 30	L'écoute et la communication bienveillante sont des règles fondamentales que toutes les équipes (kiné, ergo, orthophoniste, infi, aide soignants...) utilisent. Snoezelen utilisé que par les ergo. Réminiscence : ergo + AS

Ergothérapeute 32	psychologue, permettant un observateur pendant la séance et un débriefing après coup ou collègue aide soignante asg prenant le relai de l'animation ou en second pour faciliter le suivi d'un résident pour les personnes en difficulté dans le groupe
Ergothérapeute 33	Avec psychologue dans l'atelier sensoriel, en mettant à disposition des objets sensoriel, en mettant de la musique plus ou moins entraînante suivant l'effet voulu, achat d'une couverture lestée pour la proprioception...
Ergothérapeute 34	avec la psychologue principalement, la participation des soignants ne pouvant être certaines de façon quotidienne, de même que la participation d'un seul et même agent afin d'avoir une certaine continuité.

15) Trouvez-vous que les méthodes non-médicamenteuses ont des effets sur le résident ? Si oui, lesquels ?

Ergothérapeute 1	oui toutes. Cela varie selon les résidents et les moments
Ergothérapeute 3	Positionnement évité les douleurs chez résidents qui n est plus capable de se bouger seul. Parfois positionnement cocooning. Le toucher, faire sentir que l on est la et qu' on les accompagne (avec certain, car parfois résidents ne supporte pas qu' on les touches, rentre dans une intimité). Effet de la parole qui les rassure, dire ce que l on va faire a l avance(surtout dans lors des soins ou des transferts.)
Ergothérapeute 4	oui . bien être, lâcher prise
Ergothérapeute 5	Oui luminotherapie
Ergothérapeute 6	Bien sûr ! Apaisement, canalisation, stabilisation des SPCD...

Ergothérapeute 8	Oui. Limiter les troubles du comportement agressif. Faciliter les soins.
Ergothérapeute 9	Apaisement, relation de confiance...
Ergothérapeute 10	oui, le relationnel, notre attitude peut être ou apaisante ou anxiogène, donc si le personnel est formé et utilise les bons outils, cela change tout. malheureusement il faudrait plus de personnel formé pour que cela aie un vrai impact
Ergothérapeute 11	Oui mais cela ne dure pas longtemps, ils sont calmes le temps de la séance, mais remonte vite en pression par la suite
Ergothérapeute 12	Oui, apaisement, réduction des troubles d'un comportement.
Ergothérapeute 13	Oui. Plus calme + reconnaissance de l'ergo + sentiment d'appartenance groupe + moins de crise/énervement
Ergothérapeute 14	Oui, elles aident grandement au maintien de l'autonomie de la personne en sollicitant le plus possible ses capacités préservés. Cela favorise une meilleure qualité de vie en EHPAD, une meilleure estime de soi et un bien être de la personne âgée. Cependant la limite c'est que ce sont des thérapies qui demande beaucoup de temps. Il manque de personnel !!
Ergothérapeute 15	En général ça le détend, ça nous rend un peu "en phase" avec lui, on est sur le même temps et ça permet de mieux se comprendre
Ergothérapeute 16	Diminution des trbles comportement
Ergothérapeute 17	Apaisement des troubles du comportement
Ergothérapeute 19	Oui détente
Ergothérapeute 20	Oui apaisement

Ergothérapeute 21	Diminution des troubles du comportement, bien être, diminution des douleurs, revalorisation, maintient des acquis
Ergothérapeute 22	Oui, au niveau de l'apaisement des angoisses
Ergothérapeute 23	Oui, cela diminue les troubles du comportement qui ont tendance à apparaître le soir (déambulation, désorientation, desinhibition, angoisse...)
Ergothérapeute 25	oui, moins d'angoisse, plus de collaboration
Ergothérapeute 27	Oui, procure une certaine plénitude (rassure) et pour certains diminue les douleurs.
Ergothérapeute 28	oui, réduction de l'anxiété principalement
Ergothérapeute 29	oui sur abaissement des angoisses, sur recontextualisation dans habitudes de vie
Ergothérapeute 30	Oui. Un apaisé comportemental, une communication plus bienveillante, une relation aidant/aidé plus renforcée et une confiance optimale entre les deux personnes
Ergothérapeute 32	la détente , la prise de plaisir, ils redeviennent acteur, penseur, créateur
Ergothérapeute 33	Oui, apaisement, réinvestissement du lien à l'autre, réminiscence de souvenirs, de langage
Ergothérapeute 34	oui, ils se sentent écoutés et remis en valeur en tant que personne ayant un vécu et une histoire avec des capacités et non comme des personnes n'étant plus capable de faire quoi que ce soit. ils sont revalorisés et le lien avec le professionnel est renforcé, l'accompagnement est plus serein au quotidien. diminution des troubles du comportement en cours d'atelier mais pas forcément sur le long terme.

6.4.2 Les aides-soignants

1) En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'État d'aide-soignant ?

Aide-soignant 1	2014
Aide-soignant 2	2010
Aide-soignant 3	2006
Aide-soignant 4	2007
Aide-soignant 5	1983
Aide-soignant 6	2016
Aide-soignant 7	2016
Aide-soignant 8	2017
Aide-soignant 9	2016
Aide-soignant 10	2005
Aide-soignant 11	2008
Aide-soignant 12	2001
Aide-soignant 13	2004
Aide-soignant 14	1997
Aide-soignant 15	1997
Aide-soignant 16	1992

Aide-soignant 17	2008
Aide-soignant 18	2014
Aide-soignant 19	2016

2) Depuis quand travaillez-vous en EHPAD ?

Aide-soignant 1	1 à 4 ans ;
Aide-soignant 2	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 3	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 4	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 5	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 6	1 à 4 ans ;
Aide-soignant 7	1 à 4 ans ;
Aide-soignant 8	1 à 4 ans ;
Aide-soignant 9	1 à 4 ans ;
Aide-soignant 10	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 11	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 12	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 13	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 14	Plus de 8 ans.

Aide-soignant 15	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 16	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 17	Plus de 8 ans.
Aide-soignant 18	1 à 4 ans ;
Aide-soignant 19	Plus de 8 ans.

3) Avez-vous été formé sur les démences ?

Aide-soignant 1	Oui ;
Aide-soignant 2	Oui ;
Aide-soignant 3	Oui ;
Aide-soignant 4	Non.
Aide-soignant 5	Oui ;
Aide-soignant 6	Oui ;
Aide-soignant 7	Oui ;
Aide-soignant 8	Oui ;
Aide-soignant 9	Oui ;
Aide-soignant 10	Non.
Aide-soignant 11	Oui ;
Aide-soignant 12	Oui ;

Aide-soignant 13	Oui ;
Aide-soignant 14	Oui ;
Aide-soignant 15	Oui ;
Aide-soignant 16	Oui ;
Aide-soignant 17	Oui ;
Aide-soignant 18	Non.
Aide-soignant 19	Oui ;

4)

Si non à la question 3), aimeriez-vous avoir une formation sur les démences ?

Pourquoi ?

Aide-soignant 4	
Aide-soignant 10	non
Aide-soignant 18	Oui, c'est un public de plus en plus présent en structure.

Si oui à la question 3), avez-vous été formé sur les démences lors de votre formation initiale et/ou dans le cadre de votre formation continue ?

Aide-soignant 1	Formation initiale ;
Aide-soignant 2	Formation initiale ;;montessori
Aide-soignant 3	Formation initiale ;;Formation continue ;;formation au travail

Aide-soignant 5	ASG
Aide-soignant 6	Formation initiale ;;Formation continue ;
Aide-soignant 7	Formation initiale ;
Aide-soignant 8	Formation initiale ;
Aide-soignant 9	Formation initiale ;
Aide-soignant 11	Formation continue ;
Aide-soignant 12	Formation initiale ;;Formation continue ;
Aide-soignant 13	Formation continue ;
Aide-soignant 14	Formation continue ;
Aide-soignant 15	Formation continue ;
Aide-soignant 16	Formation continue ;
Aide-soignant 17	Formation initiale ;;Formation continue ;
Aide-soignant 19	Formation initiale ;;Formation continue ;

5) Quelles conséquences de la maladie d'Alzheimer observez-vous sur les résidents et leur vie quotidienne ?

Aide-soignant 1	Les résidents atteints de cette maladie ont parfois plus de mal à s'adapter à leur environnement. Ils oublient les gestes simples de la vie quotidienne et quand ils ont la capacité de s'en rendre compte, ils vivent souvent mal.
-----------------	---

Aide-soignant 2	apathie
Aide-soignant 3	Perte d'autonomie
Aide-soignant 4	les personnes se sentent souvent agresser, en tout cas lors des soins d'hygiène. Ils ont parfois du mal a tolérer la présence d'autres personnes, ou au contraire, d'être très demandeur.
Aide-soignant 5	beaucoup de "troubles"
Aide-soignant 6	ils vivent a leurs rythmes qui peut être inversé des autres résidents et engendrés des conflits
Aide-soignant 7	Genere de l'angoisse, perte d'autonomie , aphasie apraxie, amnesie
Aide-soignant 8	deambulation
Aide-soignant 9	communication difficile
Aide-soignant 10	Non observé
Aide-soignant 11	perte de reperes dans l'espace et le temps, isolement
Aide-soignant 12	plus maître de soi-même, désorientation dans le temps et l'espace, gestes de la vie quotidienne altérés
Aide-soignant 13	compliquer au moment de la toilette, du repas
Aide-soignant 14	Le manque du mot. Désorientation. Angoisses.
Aide-soignant 15	Le manque du mot. Désorientation. Angoisses.
Aide-soignant 16	Perte des repères temps/espace. Incapacité de se projeter dans le temps.
Aide-soignant 17	Perte de l'estime de soi. Perte dans le temps, dans l'espace. Dépression...

Aide-soignant 18	Rythme de vie, famille, vie quotidienne avec les autres résidents
Aide-soignant 19	Obésité/diabète/hypertension...

6) Rencontrez-vous des difficultés de prise en soin avec les résidents atteints d'Alzheimer ?

Aide-soignant 1	Oui ;
Aide-soignant 2	Oui ;
Aide-soignant 3	Oui ;
Aide-soignant 4	Non.
Aide-soignant 5	Non.
Aide-soignant 6	Non.
Aide-soignant 7	Oui ;
Aide-soignant 8	Non.
Aide-soignant 9	Non.
Aide-soignant 10	Non.
Aide-soignant 11	Oui ;
Aide-soignant 12	Oui ;
Aide-soignant 13	Oui ;
Aide-soignant 14	Non.

Aide-soignant 15	Non.
Aide-soignant 16	Non.
Aide-soignant 17	Non.
Aide-soignant 18	Oui ;
Aide-soignant 19	Oui ;

7) Quelles difficultés de prise en soin rencontrez-vous ?

Aide-soignant 1	Le résident atteint de cette maladie peut être difficile à prendre en charge. Il ne reconnaît pas sa chambre, ses affaires personnelles et même les soignants. Le résident peut aussi se perdre et dans les stades les plus avancés de la maladie avoir du mal à manger et/ou à avaler la nourriture.
Aide-soignant 2	ne plus avoir envie de réaliser
Aide-soignant 3	essayer de maintenir leur autonomie dans les gestes de la vie quotidienne n'est pas toujours facile.
Aide-soignant 7	Difficulté à se faire comprendre
Aide-soignant 11	trouver les argumentations judicieuses face aux idées fixes
Aide-soignant 12	perdu dans le temps et l'espace, déambulations nocturnes, agressivité, manque de personnel
Aide-soignant 13	Au moment des soins le matin
Aide-soignant 18	Difficulté à la toilette (refus), inquiétude

Aide-soignant 19	Refus = incompréhension, la peur, les démences, hallucination
------------------	---

8) Comment travaillez-vous avec l'ergothérapeute de votre EHPAD ?

Aide-soignant 1	Nous nous adressons souvent à l'ergothérapeute quand nous voulons mettre en place des solutions pour simplifier la vie du résident. Des ateliers de gym douce sont mis en place pour les résidents par exemple. Lorsqu'un résident, déambulant par exemple, a besoin d'une aide à la marche nous travaillons avec l'ergothérapeute pour la mise en place d'aide comme une canne, un déambulateur ou même des fauteuils.
Aide-soignant 2	mise en place de préconisations
Aide-soignant 3	atelier en commun, transmissions ciblées..
Aide-soignant 4	dès qu'il y a une demande du résident, ou un souci de positionnement, j'en informe l'ergo.
Aide-soignant 5	rare échange
Aide-soignant 6	Communication, transmissions...
Aide-soignant 7	Echange lors de transmission
Aide-soignant 8	Communication, transmissions.
Aide-soignant 9	rarrement
Aide-soignant 10	en tant que référente matériel des services, je travaille avec l'ergo sur la nomination du matériel par résident, rangement de matériel, communication sur l'installation des résidents, problème de prise en charge pour les transferts...

Aide-soignant 11	concernant une soignante de nuit :échange écrit principalement
Aide-soignant 12	par transmissions écrites
Aide-soignant 13	Au moment des transmissions, on l'appelle si on a besoin d'elle (pour les levés, s'il manque du matériel)
Aide-soignant 14	Ateliers en commun (PASA).
Aide-soignant 15	Ateliers en commun (PASA).
Aide-soignant 16	Atelier en commun. Réunion régulière.
Aide-soignant 17	Atelier en commun, communication verbale et écrite
Aide-soignant 18	AS + ergothérapeute au PASA. Évaluation des toilettes.
Aide-soignant 19	Communication, mise en place d'atelier. Pour une meilleure prise en soin.

9) Connaissez-vous des méthodes, thérapies non-médicamenteuses (Snoezelen, groupe de parole, thérapie par le toucher, thérapie par réminiscence...) ?

Aide-soignant 1	Oui ;
Aide-soignant 2	Oui ;
Aide-soignant 3	Oui ;
Aide-soignant 4	Oui ;
Aide-soignant 5	Oui ;

Aide-soignant 6	Oui ;
Aide-soignant 7	Oui ;
Aide-soignant 8	Oui ;
Aide-soignant 9	Non.
Aide-soignant 10	Oui ;
Aide-soignant 11	Oui ;
Aide-soignant 12	Non.
Aide-soignant 13	Oui ;
Aide-soignant 14	Oui ;
Aide-soignant 15	Oui ;
Aide-soignant 16	Oui ;
Aide-soignant 17	Oui ;
Aide-soignant 18	Oui ;
Aide-soignant 19	Oui ;

10) Quelle(s) méthode(s), thérapie(s) non-médicamenteuses connaissez-vous ?

Aide-soignant 1	Nous disposons d'une salle snozelen, une zoothérapeute viens régulièrement et nous travaillons aussi avec des orthophonistes. Nous disposons aussi d'une balnéothérapie
-----------------	---

Aide-soignant 2	montessori
Aide-soignant 3	relaxation
Aide-soignant 4	snozelen, musique, chants, toucher massage
Aide-soignant 5	juste en théorie.....
Aide-soignant 6	snozelen et toucher massage bien-être
Aide-soignant 7	Snozelen chariot d'activité flash Sophrologie Zoothérapie
Aide-soignant 8	salle slozelen, activité manuelle
Aide-soignant 10	snozelen
Aide-soignant 11	méthode snoezelen transmise par collègues, car pas bénéficié de la formation
Aide-soignant 13	Le toucher
Aide-soignant 14	Écoute. Sensoriel. Muscio-thérapie avec arthérapeute. Atelier toucher bien-être.
Aide-soignant 15	Écoute. Sensoriel. Muscio-thérapie avec arthérapeute. Atelier toucher bien-être.
Aide-soignant 16	Ateliers et animations thérapeutiques.
Aide-soignant 17	Thérapie par le toucher, humanitude, groupe de parole. Activité sans mettre en difficulté.
Aide-soignant 18	snozelen
Aide-soignant 19	Écoute de la musique, toucher, activités manuelles

11) Comment les avez-vous connues ?

Aide-soignant 1	Par l'établissement ou je travail actuellement et lors de ma formation.
Aide-soignant 2	connaissance
Aide-soignant 3	au travail avec formation.
Aide-soignant 4	lors d'une formation (humanitude),ainsi que sur le lieu de travail
Aide-soignant 5	par la formation ASG
Aide-soignant 6	formation , stage
Aide-soignant 7	Dans l'unité
Aide-soignant 8	au cour de ma formation et du travail
Aide-soignant 10	par formation
Aide-soignant 11	en travaillant environ 10 années dans une unité protégée
Aide-soignant 13	En formation
Aide-soignant 14	Mise en place en travaillant auprès d'eux + formation
Aide-soignant 15	Mise en place en travaillant auprès d'eux + formation
Aide-soignant 16	À travers les formations et les échanges ergo/soignante
Aide-soignant 17	Formation, internet
Aide-soignant 18	Stage

Aide soignant 19	Formation AS (petit groupe de travail et mise en situation, ce qui permet de mieux se rendre compte des difficultés)
------------------	--

12) Les utilisez-vous ?

Aide-soignant 1	Oui ;
Aide-soignant 2	Oui ;
Aide-soignant 3	Oui ;
Aide-soignant 4	Oui ;
Aide-soignant 5	Non.
Aide-soignant 6	Non.
Aide-soignant 7	Oui ;
Aide-soignant 8	Oui ;
Aide-soignant 10	Non.
Aide-soignant 11	Non.
Aide-soignant 13	Oui ;
Aide-soignant 14	Oui ;
Aide-soignant 15	Oui ;
Aide-soignant 16	Oui ;
Aide-soignant 17	Oui ;

Aide-soignant 18	Non.
Aide-soignant 19	Oui ;

13) Lesquelles utilisez-vous et pourquoi ?

Aide-soignant 1	La balnéo est souvent utilisé pour calmer et détendre les résident. Il en va de meme pour la salle snozelen
Aide-soignant 2	plus douces et elles fonctionnent
Aide-soignant 3	beaucoup plus saine d'utiliser autre chose que les médicaments et surtout plus efficace
Aide-soignant 4	le chant, et le toucher douceur, que je trouve apaisant.
Aide-soignant 7	Chariot flash car cible les activités en fonction des residents
Aide-soignant 8	toutes, tout depend avec quel personnes
Aide-soignant 13	Le toucher pendant les soins
Aide-soignant 14	Utilise différentes approches en fonction de leur dépendance.
Aide-soignant 15	Utilise différentes approches en fonction de leur dépendance.
Aide-soignant 16	Animation et repas thérapeutiques
Aide-soignant 17	Toucher, humanitude, échange par le regard. Des facilités par ma personnalité et une conviction sur l'efficacité.
Aide-soignant 19	Toucher, écoute musique afin d'apaiser la personne en crise se qui fonctionne bien.

14) Les utilisez-vous avec d'autres professionnels ? Si oui, lesquels et comment ?

Aide-soignant 1	Oui avec l'ergothérapeute ou des collègue formé a cet effet
Aide-soignant 2	non
Aide-soignant 3	oui, AMP, autres AS, ergo..
Aide-soignant 4	parfois, lors des soins, le soignant qui ne fait pas la toilette capte l'attention du résident, pour lui faire "oublier" le soin.
Aide-soignant 7	Oui collègue AS
Aide-soignant 8	oui a deux cest bezycoup mieux
Aide-soignant 13	Au moment des douches thérapeutiques (une soignante détend la personne, et l'autre fait le soin)
Aide-soignant 16	Oui les autres soignantes et les différents partenaires (AS, diététicienne, ergo, APA, psychologue)
Aide-soignant 17	Oui, collègues, selon le besoin de chacun.
Aide-soignant 19	Oui, psychologue, ergo, kiné

15) Trouvez-vous que les méthodes non-médicamenteuses ont des effets sur les résidents ? Si oui, lesquels ?

Aide-soignant 1	Oui les résidents ressortent souvent plus détendu et plus calme.
Aide-soignant 2	moins d anxiété, moins d agressivité
Aide-soignant 3	risque de chute

Aide-soignant 4	oui, ont un effet apaisant
Aide-soignant 7	Apaisement
Aide-soignant 8	oui, plus calme
Aide-soignant 14	Oui. Apaisement. Attention.
Aide-soignant 15	Oui. Apaisement. Attention.
Aide-soignant 17	Oui, apaisement, valorisation, moins de stress, moins de douleurs.
Aide-soignant 19	Oui, le toucher et la musique.

6.5 Annexe 5 – Matrice théorique

Concepts	Variables	Indicateurs
Collaboration	Communication	<p>Mise en place et participation aux réunions/transmissions</p> <p>Soutien entre collègues lors de difficultés</p> <p>Équipe soutenue par le cadre lors de difficultés</p> <p>Les membres de l'équipe partagent des valeurs professionnelles communes</p> <p>Partage des difficultés rencontrées</p> <p>Partage et échange de connaissances</p>
	Prise de décisions	<p>Sollicitation des compétences de chaque professionnel</p> <p>Volonté commune de travailler en équipe</p> <p>Accompagnement du résident dans un but commun, qui a été discuté et validé</p>

Montessori	Autonomie	<p>La personne cherche à faire par elle-même</p> <p>Accompagnement lorsque cela est nécessaire – sur demande du résident –</p> <p>Proposition d'activités et de rôles sociaux</p> <p>Participation aux activités significatives</p> <p>Valorisation de la personne, de ses capacités et compétences</p>
	Environnement	<p>Lieu connu et habituel pour la personne</p> <p>Adaptation du lieu aux besoins et envie de la personne</p>
	Comportement	<p>Observation de la personne</p> <p>Analyse de ses comportements dits « problématiques » (apathie, agressivité...)</p> <p>Échange, partage lors d'activités</p>
	Valeurs	Dignité

		<p>Égalité</p> <p>Respect</p>
Engagement	Intérêt	<p>Engagement constructif : la personne fait du lien avec l'activité</p> <p>Personnel : la personne est centrée sur elle-même et ne s'intéresse pas à l'activité proposé</p> <p>Passif : la personne ne prend pas part à l'activité mais se positionne en tant qu'observateur</p> <p>Non-engagement : la personne ne prend pas part à l'activité</p> <p>Prise de plaisir ou déplaisir lors d'activité</p>
	Activités	<p>Types d'activités : signifiantes ou significatives</p> <p>Nombre d'activités proposées à la personne</p> <p>Organisation des activités : respect du rythme de la personne, ou pas</p>

Volition	Déterminants personnels	La personne cherche à se dépasser
	Valeurs	La personne cherche à faire seul
	Intérêts	La personne montre de la curiosité La personne prend du plaisir La personne est engagée dans l'activité

6.6 Annexe 6 – Volitional Questionnaire**VOLITIONAL QUESTIONNAIRE (VQ)****Grille de résultats****Centre de référence du modèle de l'occupation humaine (www.fmed.ulaval.ca/crmoh)**

Client :	Situation d'observation :			
Âge :	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Thérapeute :	Date :
Diagnostic :	Hospitalisé :			Externe :

DIMENSION ÉVALUÉE	ÉCHELLE DE COTATION					COMMENTAIRES
	P	H	I	S	N/O	
1. Fait preuve de curiosité	P	H	I	S	N/O	
2. Prend des initiatives	P	H	I	S	N/O	
3. Tente de faire quelque chose de nouveau	P	H	I	S	N/O	
4. Montre ses préférences	P	H	I	S	N/O	
5. Montre qu'une activité est significative ou qu'elle a un attrait particulier	P	H	I	S	N/O	
6. Fixe des objectifs	P	H	I	S	N/O	
7. Maintient sa participation à une activité	P	H	I	S	N/O	
8. Montre de la fierté	P	H	I	S	N/O	
9. Essaie de résoudre les problèmes	P	H	I	S	N/O	
10. Essaie de corriger ses erreurs	P	H	I	S	N/O	
11. Poursuit l'activité jusqu'à la fin	P	H	I	S	N/O	
12. S'investit dans ses activités avec plus d'énergie, d'émotion et d'attention	P	H	I	S	N/O	
13. Cherche à assumer plus de responsabilités	P	H	I	S	N/O	
14. Cherche des défis à relever	P	H	I	S	N/O	
TOTAL	P = 1 H = 2 I = 3 S = 4					

Légende :

Échelle de cotation :	P = passif	H = hésitant	I = impliqué	S = spontané	N/O = aucune occasion de l'observer
------------------------------	-------------------	---------------------	---------------------	---------------------	--

Traduction du « The Volitional Questionnaire » (version 4.1) de Carmen Gloria de Las Heras, Rebecca Geist et Gary Kielhofner, Université de l'Illinois, Chicago.
CRMoh, février 2009

<u>Espaces</u>	<u>Objets</u>
Lieu où le client a été observé : _____ Lieu : <input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Extérieur Éclairage : <input type="checkbox"/> Naturel <input type="checkbox"/> Artificiel Son : <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Bruyant Espace pour bouger : <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Adéquat Autres éléments influençant la volition :	<input type="checkbox"/> Familier <input type="checkbox"/> Non familial <input type="checkbox"/> Naturel <input type="checkbox"/> Fabriqué <input type="checkbox"/> Semblable <input type="checkbox"/> Différents <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Complexe <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> Plusieurs Autres éléments influençant la volition :
<u>Environnement social</u> <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Un à un <input type="checkbox"/> Groupe : (nombre de personnes) _____ <input type="checkbox"/> Choisi par le client <input type="checkbox"/> Pré-sélectionné <input type="checkbox"/> Familier <input type="checkbox"/> Non familial <input type="checkbox"/> Pairs <input type="checkbox"/> Adultes Autres éléments influençant la volition :	<u>Formes occupationnelles</u> Activités dans lesquelles le client s'est engagé : _____ <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Non familiale <input type="checkbox"/> Choisi par le client <input type="checkbox"/> Pré-sélectionné <input type="checkbox"/> Structurée <input type="checkbox"/> Non structurée <input type="checkbox"/> Défi adéquat <input type="checkbox"/> Défi inadéquat Autres éléments influençant la volition :

6.7 Annexe 7 – Le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle



SYSTÈME DE MESURE DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE – SMAF®

L'outil SMAF® ...



... un outil d'évaluation multidimensionnel des capacités et des ressources des individus quelque soit leur milieu de vie (à domicile ou en institution).

BASES DU SMAF		MESURE DU HANDICAP										
<ul style="list-style-type: none"> Évaluation fonctionnelle standardisée : <ul style="list-style-type: none"> Activités de la vie quotidienne Communiquer Mobilité Fonctions mentales Tâches domestiques Classification de l'OMS des déficiences, incapacités et handicaps 	<ul style="list-style-type: none"> 29 items ayant un impact significatif sur l'autonomie Echelle d'évaluation à 5 niveaux : <table border="1"> <tr><td>Autonome</td><td>0</td></tr> <tr><td>Avec difficulté</td><td>-0,5</td></tr> <tr><td>Surveiller ou stimuler</td><td>-1</td></tr> <tr><td>Aide partielle</td><td>-2</td></tr> <tr><td>Aide totale</td><td>-3</td></tr> </table> 	Autonome	0	Avec difficulté	-0,5	Surveiller ou stimuler	-1	Aide partielle	-2	Aide totale	-3	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des ressources Identification des ressources Considération de la stabilité <p>Facilite l'utilisation optimale des ressources disponibles</p>
Autonome	0											
Avec difficulté	-0,5											
Surveiller ou stimuler	-1											
Aide partielle	-2											
Aide totale	-3											

INCAPACITÉS	RESSOURCES	HANDICAP	STABILITÉ			
	0. sujet lui-même 1. famille	2. voisin 3. employé	4. aut. fam. 5. infirmière	6. bénévole 7. autre		
A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)						
1. SE NOURRIR						
0 Se nourrit seul						
0,5 Avec difficulté						
1 Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable						
2 A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un						
3 Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie						
<input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie						
Actuellement, le sujet a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Ressources : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
					0	-
					-1	+
					-2	+
					-3	+

INTERDISCIPLINARITÉ	ÉVALUATION – SUIVI	PRINCIPES ET VALEURS
<ul style="list-style-type: none"> Cadre généraliste non disciplinaire Évaluation commune à tous les intervenants Facilite une démarche concertée et participative au sein des équipes Outil de communication entre les équipes Consensus interdisciplinaire des besoins Facilite les transmissions ciblées 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation initiale : 20 mn (mise à jour – suivi : 10 min) Complété par un professionnel formé Meilleure information disponible (jugements cliniques) Aide à identifier les interventions pertinentes Permet un constat rapide des changements de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation des capacités fonctionnelles réelles (non des services disponibles) Besoins des individus au centre des préoccupations du personnel Fédère les intervenants autour de la personne et de ses besoins. Permet une meilleure planification des services Favorise une utilisation optimale des ressources humaines, matérielles et financières Améliore la qualité des services rendus à la personne Améliore l'objectivité par la diminution des biais liés au relationnel

QUALITÉ MÉTROLOGIQUE

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Fidélité : <ul style="list-style-type: none"> Test et retest (CCI 0,95) Interjuge (CCI 0,96) | <ul style="list-style-type: none"> Sensibilité : <ul style="list-style-type: none"> Changement détectable : ≥ 5 points du SMAF® Sensibilité au changement : (n=80=indice de Guyatt : 15,5) (MIF : 13,7; Barthell : 12,8) | <ul style="list-style-type: none"> Validité de construit : <ul style="list-style-type: none"> Corrélation avec le temps de soins (0.92) Corrélation avec les coûts (0.75) Corrélation avec la MIF (0.94) et le Barthell (0.92) Discrimination entre les milieux de vie |
|--|---|---|

Le Tableau d'Aide Individualisé (TAI)...



... une synthèse visuelle du fonctionnement de la personne et de l'aide requise dans la perspective du maintien de l'autonomie.

Outil clinique

- Représentation visuelle des 5 dimensions de l'autonomie et des 29 items ayant un impact significatif sur le niveau d'autonomie.
- Récapitule les besoins et les capacités.
- Donne l'intensité des besoins d'aide.
- Le TAI permet de faire des associations entre le code couleurs, les zones d'intervention prioritaire et les actes à laisser faire par la personne.

Outil d'intervention

- Facile à interpréter.
- Facilite le travail en équipe.
- Facilite l'intervention concertée auprès de l'utilisateur.
- Le TAI favorise ainsi le soutien de l'autonomie plutôt que la prise en charge.
- Contribue au Projet de vie.

7 Bibliographie

1. Définition [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/definition>
2. TO_arrete_5_juillet_2010.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2018]. Disponible sur: https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf
3. Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.
4. Haute Autorité de Santé - Bientraitance [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1313787/fr/bientraitance
5. Les EHPAD | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>
6. American Psychiatric Association, GUILABERT C, GUELFY J-D, CROCQ M-A, Boyer P, PULL C-B, et al. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition. Elsevier Masson; 2015. 797-801 p.
7. rapport_pr_michel_clanetdf.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pr_michel_clanetdf.pdf
8. Arrêté du 29 mai 2018 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale | Legifrance [Internet]. [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/29/SSAS1804466A/jo/texte>
9. Déremboursement des médicaments dits « anti-Alzheimer » : le Conseil d'Etat saisi ! [Internet]. France Alzheimer. 2018 [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/deremboursement-des-medicaments-dits-anti-alzheimer-le-conseil-detat-saisi/>
10. er_1038.pdf [Internet]. [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1038.pdf
11. dossier_sns_2017_vdef.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

12. Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 [Internet]. [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>
13. Ulep MG, Saraon SK, McLea S. Alzheimer Disease. *The Journal for Nurse Practitioners*. 1 mars 2018;14(3):129-35.
14. Causes et évolutions de la maladie d'Alzheimer [Internet]. France Alzheimer. [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/causes-evolutions-de-maladie-dalzheimer/>
15. Hughes J, Bagley H, Reilly S, Burns A, Challis D. Care staff working with people with dementia: Training, knowledge and confidence. *Dementia*. mai 2008;7(2):227-38.
16. Duffy B, Oyebode JR, Allen J. Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*. nov 2009;8(4):515-41.
17. Villaumé A. Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* [Internet]. oct 2018 [cité 12 nov 2018]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483018301508>
18. Wenisch E, Stoker A, Bourrellis C, Pasquet C, Gauthier E, Corcos E, et al. Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés. *Revue Neurologique*. mars 2005;161(3):290-8.
19. Cabrera E, Sutcliffe C, Verbeek H, Saks K, Soto-Martin M, Meyer G, et al. Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine*. 1 avr 2015;6(2):134-50.
20. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 1. EFFECTIFS D'ERGOTHERAPEUTES par mode d'exercice global, zone d'activité, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3699>
21. Les professions de santé au 1er janvier 2014. :94.
22. er923.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er923.pdf>

23. cadre-reference-collaboration.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>
24. (PDF) Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept [Internet]. ResearchGate. [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/7664589_Interprofessionality_as_the_field_of_interprofessional_practice_and_interprofessional_education_An_emerging_concept
25. Haute Autorité de Santé - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
26. Outata S, Chevrier M, Mourey F. Encadrement des équipes soignantes et interprofessionnalité [Internet]. ERES; 2005 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/interprofessionnalite-en-gerontologie--9782749203942-page-57.htm>
27. Montessori - Qu'est-ce que cette pédagogie ? Comprendre cette méthode [Internet]. Découvrir Montessori. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://decouvrir-montessori.com/quest-ce-que-la-pedagogie-montessori/>
28. Poussin C. Chapitre premier. La philosophie de Maria Montessori dans son contexte. *Que sais-je?* 11 sept 2017;9-44.
29. Conférence Montessori - Cameron Camp à la Fondation de l'Orme - YouTube [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=OFJdFYJ8W4M>
30. Interview du Pr Cameron Camp - l'Approche Montessori « Un autre regard pour un autre accompagnement » - YouTube [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=bSduvujSKI8>
31. Camp CJ. Origins of Montessori Programming for Dementia. *Nonpharmacol Ther Dement.* 2010;1(2):163-74.
32. Judge KS, Camp CJ, Orsulic-Jeras S. Use of Montessori-based activities for clients with dementia in adult day care: Effects on engagement. *American Journal of Alzheimer's Disease.* janv 2000;15(1):42-6.

33. Origines de l'acupression, de la Chine à l'Asie et l'Occident [Internet]. Acupression et Bien-Etre. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.acupression.fr/acupression/acupression-histoire/>
34. Lin L-C, Yang M-H, Kao C-C, Wu S-C, Tang S-H, Lin J-G. Using acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: a cross-over trial. *J Am Geriatr Soc.* juin 2009;57(6):1022-9.
35. Vocabulaire RH (Vial, M.) [Internet]. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: http://www.michelvial.com/vocabulaire_RH/Lexique_RE_MV_2014_Web.htm#E
36. Universalis E. ENGAGEMENT [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/engagement/>
37. Meyer S. De l'activité à la participation. Bruxelles: De Boeck; 2013.
38. Jarrott SE, Gozali T, Gigliotti CM. Montessori programming for persons with dementia in the group setting: An analysis of engagement and affect. *Dementia.* 1 févr 2008;7(1):109-25.
39. ergo-psycho.com. Le Modèle de l'Occupation Humaine: MOH [Internet]. ergo-psycho.com. 2019 [cité 19 avr 2019]. Disponible sur: <https://ergo-psycho.com/le-modele-de-loccupation-humaine-moh/>
40. A Model of Human Occupation: Theory and Application. Lippincott Williams & Wilkins; 2002. 600 p.
41. CNFS. Mini-Mental State Examination (MMSE) [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/mini-mental-state-examination-mmse>
42. Grelley P. Contrepoint — La méthode expérimentale. *Informations sociales.* 2012;n° 174(6):23-23.
43. Anceaux F, Sockeel P. Mise en place d'une méthodologie expérimentale : hypothèses et variables. *Recherche en soins infirmiers.* 2006;84(1):66.
44. Grille Evaluation SMAF.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.eva-bap.be/images/Grille%20Evaluation%20SMAF.pdf>
45. SMAF [Internet]. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.demarchesmaf.com/fr/outils/grille/>

46. Nouvelle réglementation encadrant les recherches en ergothérapie.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: https://ametice.univ-amu.fr/pluginfile.php/2521702/mod_resource/content/0/Nouvelle%20r%C3%A9glementation%20encadrant%20les%20recherches%20en%20ergoth%C3%A9rapie.pdf
47. Sommaire_2019.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: https://www.anfe.fr/images/stories/doc/formation_continue/Sommaire_2019.pdf
48. N° 769 - Rapport d'information de Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>

La maladie d'Alzheimer impacte progressivement l'autonomie de la personne dans ses activités quotidiennes. Dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), les ergothérapeutes et les aides-soignants peuvent travailler ensemble autour de l'activité toilette pour maintenir l'autonomie du résident atteint de la maladie d'Alzheimer. Cette recherche étudie l'impact de la collaboration aides-soignants/ergothérapeute sur la volition du résident atteint de la maladie d'Alzheimer lors de l'activité toilette, au travers de la méthode Montessori. Une méthode expérimentale a été menée, et un protocole de recherche a été établi. Afin d'évaluer la volition au cours de cette recherche, le Questionnaire de la Volition sera utilisé. Un bilan quotidien de la toilette a été créé pour permettre de visualiser les évolutions. L'étude nécessitera la participation d'ergothérapeutes, d'aides-soignants et de 19 personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer résidants en EHPAD. Nous pensons que notre recherche pourrait amener à une réflexion sur l'amélioration de la prise en soin et de l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD.

Mots clés : Alzheimer, collaboration, aide-soignant, ergothérapeute, Montessori, volition.

Alzheimer disease (AD) impacts the independence in daily activities. In nursing homes, occupational therapists and nursing aids could work together to maintain the independence of Alzheimer's residents during wash and bath activity. The research will study the impact of the nursing- aids/occupational therapist collaboration on the volition of the Alzheimer's resident for wash and bath activity, using the Montessori method. An experimental method was conducted, and a protocol using the Volitional Questionnaire and wash and bath evaluation home made was established. It would required the participation of occupational therapists, nursing aids and 19 Alzheimer's residents. We think that our research could participate at a relflexion about the quality of care of Alzheimer's residents in nursing home.

Key words : Alzheimer's disease, collaboration, nursing aid, occupational therapist, Montessori, volition.