UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

LIBERT Océane

UE 6.5

27 mai 2019

Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

La Maladie d'Alzheimer, l'accueil de jour, l'ergothérapie

Remerciements

« Sous la direction de Caroline SAINTE, ergothérapeute à l'accueil de jour à l'hôpital local de Chazelles/L »

Tout d'abord, je tiens à remercier sincèrement Caroline SAINTE, pour son accompagnement dans ce travail. Ses compétences, ses remarques et ses conseils m'ont permis d'élaborer avec pertinence ce mémoire d'initiation à la recherche. Les moments d'échanges m'ont apporté beaucoup autant pour le mémoire que pour ma future pratique professionnelle.

Je remercie également les ergothérapeutes, qui ont consacré du temps pour répondre à mes questions d'entretien.

Mes remerciements se tournent vers les formatrices de l'institut de formation d'Auvergne pour leur accompagnement tout le long de mes trois années d'étude.

J'adresse de grands remerciements à mes amis de Vendée, avec qui j'ai pu garder contact et continuer à se voir malgré la distance. Même si nous nous ne voyons pas pendant des mois, cela ne changeait pas notre relation et voire même ne faisait que la renforcer.

Un énorme remerciement à toute ma promotion, avec qui j'ai passé de merveilleux moments. Elles ont su être présentes depuis le début et cela n'a fait que s'accroître avec les années. J'ai su me découvrir grâce à elles et me développer, aussi bien dans ma vie professionnelle que personnelle. Je ne les remercierai jamais assez pour les moments de partage, de révisions, de stress, de fous rires passés ensemble. Je remercie également les étudiants des promotions précédentes qui ont su nous aider et nous donner des conseils pour l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier particulièrement ma famille et mes parents. Ils ont su être présents et me soutenir malgré la distance. Ils m'ont aidé au mieux à vivre ma vie d'étudiante et à me soutenir lors des examens. Notamment Mina, ma grand-mère qui venait durant la semaine des partiels pour m'aider à réviser et me faire oublier tout le stress des examens.

Sommaire

INTRODUCTION 2
1. Problématique pratique 3
1.1. La Maladie d'Alzheimer 3
1.2. L'accueil de jour spécialisé Alzheimer 9
1.3. L'ergothérapie en gériatrie 15
2. Axe théorique 20
2.1 Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (M.C.R.E.O.) de l'Association Canadienne des Ergothérapeutes 20
2.2. La qualité de vie : la pyramide des besoins selon Maslow (1943) 23
2.3. Indépendance-autonomie selon Meyer 26
3- La méthode de recherche 30
3.1- Méthode de recherche 30
3.2- Typologie d'entretien et construction de l'outil 30
3.3- Population ciblée 31
3.4- Déroulement des entretiens 31
3.5- Conception des grilles d'analyse des entretiens 31
4- Analyse des résultats 32
4.1- Présentation des personnes interrogées 32
4.2- Analyse longitudinale 33
4.2- Analyses transversales 41
5- Discussion 45
5.1- Analyse des résultats en lien avec les problématiques théoriques 45
5.2- Réponse à ma question de recherche 51
5.3- Autocritique et limites de l'étude 52
5.4- Apports personnels 53
5.5- Apports professionnels et perspectives 54
6- Conclusion 56
Bibliographie 58
SOMMAIRE DES ANNEXES 63

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène international. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), grâce à l'amélioration des soins, de la santé, des conditions socio-économiques, le nombre de personnes âgées de plus de soixante ans est en pleine croissance. Effectivement, en 2050, la population des plus de soixante ans doublera, une personne sur cinq sera âgée de plus de soixante ans, contre une personne sur dix en 2000. On passera donc de 605 millions à deux milliards de personnes âgées. En parallèle de l'augmentation de l'espérance de vie, l'O.M.S. suppose une croissance planétaire des personnes atteintes de démences dont la Maladie d'Alzheimer (MA).

Grâce aux stages, à mes différents vécus personnels et professionnels, j'ai pu observer une difficulté des personnes âgées à subvenir aux besoins des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer. De plus, les entrées en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes (EHPAD) sont souvent difficilement vécues par les résidents et leurs proches. Les aidants sont pourtant généralement épuisés, incompris et peuvent vivre l'institutionnalisation comme un échec de leur part. J'ai souvent constaté que l'aidant familial est un pilier pour les personnes atteintes de la MA. Ils rencontrent tous deux des difficultés à vivre avec cette pathologie.

La croissance des personnes âgées reflète aussi des difficultés à répondre aux besoins de tous, que ça soit pour les soignants ou pour les personnes âgées (PA). Ainsi différents plans nationaux ont été mis en place afin de répondre aux demandes et améliorer les prises en charge. A partir de ces différents plans nationaux, des nouveaux accueils de jour ont été créés pour répondre aux demandes sur l'ensemble du territoire. Ces accueils, au sein majoritairement de structures, ont à leur disposition une équipe pluridisciplinaire dont l'ergothérapeute peut en faire partie.

Je me suis donc demandée : **quel est l'intérêt de l'ergothérapie au sein d'un accueil de jour spécialisé Alzheimer ?**

Dans un premier temps de cet écrit, je présenterai la Maladie d'Alzheimer, puis expliquerai l'accueil de jour Alzheimer et l'accompagnement de l'ergothérapeute auprès des personnes touchées par cette maladie. Cette vision globale me conduira à la question de recherche, le point central de mon mémoire. Je me baserai du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel de l'association canadienne des ergothérapeutes, la pyramide des besoins selon la théorie de la qualité de vie de Maslow et

enfin les notions d'autonomie et d'indépendance selon Meyer. Je m'appuierai sur les trois concepts pour établir ma trame d'entretien. Puis je traiterai les données des trois entretiens et les analyserai pour ressortir les éléments de réponse à ma question de recherche. Enfin j'aborderai les limites, les apports de ce mémoire ainsi que les perspectives pour la suite.

1. Problématique pratique

1.1. La Maladie d'Alzheimer

1.1.1. Définition et données épidémiologiques

« 1 300 000 », **1 300 000** sera le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer en 2020 (INSERM, 2014a). Actuellement, seulement 750 000 seraient diagnostiquées d'après des estimations (Ankri, 2016) . Parmi toutes les démences existantes, cette maladie représente **70% des cas de démence** en 2017 (OMS, 2017). On estime le nombre de malades sur l'hexagone à 850 000. En incluant les aidants et l'entourage des personnes atteintes, le nombre s'élève à **3 millions de personnes touchées directement ou indirectement** (France Alzheimer, 2017b). La MA touche davantage les femmes (60%) que les hommes (40%).

La maladie d'Alzheimer, d'après le ministère de la santé et des solidarités : « est **une maladie neurodégénérative** » touchant majoritairement des personnes âgées. Il ne s'agit pas d'une conséquence normale du vieillissement (France Alzheimer, 2017b).

La maladie d'Alzheimer a été découverte en 1906 par Aloïs Alzheimer, d'où le nom. Au fil du temps, de nouvelles découvertes et des recherches ont abouti à une certaine explication de la maladie. Elle s'explique sur le plan moléculaire par deux lésions neuropathologiques. La première s'exprime par un dépôt extracellulaire de protéine bêta-amyloïde, à l'origine des plaques séniles au niveau cérébral. La deuxième par une anomalie de régulation de la protéine Tau, causant une dégénérescence neurofibrillaire. Ces atteintes débutent par la région hippocampique (entrée de la mémoire) puis s'étendent sur l'ensemble du cortex cérébral, provoquant différents symptômes, caractéristiques de la maladie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

Les premiers signes d'alerte sont la perte de mémoire, des difficultés croissantes pour accomplir les tâches du quotidien, des problèmes de langage, une désorientation dans l'espace et le temps et des difficultés de raisonnement (France Alzheimer, 2017a).

1.1.2. Sémiologie

Afin de déterminer et de poser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, les médecins spécialisés peuvent s'appuyer, entre autres, sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS en 2011, d'après les symptômes suivants :

1.1.2.1. Une atteinte mnésique

Les personnes touchées par cette maladie citent particulièrement des pertes de mémoire. Toutefois, plusieurs mémoires existent (INSERM, 2014b) :

- La **mémoire immédiate** est souvent la mémoire qui est altérée dès le premier stade de la maladie. Elle s'exprime par des oublis, une incapacité de savoir ce qu'il vient de faire, de voir, …
- La **mémoire de travail**, correspondant à la mémoire à court terme, permettant de conserver les informations durant un temps limité afin de les répéter, les comparer, les manipuler ou de l'encoder.
- La **mémoire épisodique** est la mémoire des souvenirs et conserve les épisodes de la vie récente comme les plus anciens. Elle est touchée rapidement par la maladie aussi.
- La **mémoire procédurale** correspondant à la mémoire des habiletés motrices et la **mémoire sémantique** étant les connaissances générales sont davantage préservées dans le temps.

Les différentes mémoires ne sont pas altérées au même moment mais peuvent évoluer différemment dans le temps et en fonction de chaque individu. Il s'agit d'une altération de la capacité de l'encodage et de la récupération des informations.

1.1.2.2. Une altération des fonctions instrumentales

Les atteintes suivantes accompagnent les troubles mnésiques :

- L'**apraxie** est la difficulté voire l'incapacité de la personne à exécuter un mouvement volontaire dans un but donné, sans qu'il y ait d'altération motrice et sensorielle. Elle comprend des apraxies gestuelles, constructives, d'habillage, de la marche, bucco-faciales. Les personnes ont par exemple des troubles d'utilisation des objets de la vie courante.
- L'**agnosie** peut être auditive, tactile (astéréognosie), visuelle (localisation ou identification), des couleurs, des objets. La personne est alors dans la difficulté ou l'incapacité de reconnaître les stimuli de l'environnement.
- L'**aphasie** soit un trouble du langage soit de la parole. Elle peut s'exprimer sur le plan de l'expression avec un manque du mot, des mots déformés, ou sur le plan de la compréhension. Dans la vie quotidienne, la personne réduit ses relations et ses interactions avec son entourage.
- Un autre trouble plus rare peut aussi être observé : l'**agraphie**. Il s'agit d'une perturbation du langage écrit.

1.1.2.3. Une altération des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont un ensemble d'opérations permettant de faire des nouvelles situations, inhabituelles. Elles permettent à la personne de s'organiser et résoudre un problème, de s'adapter à des nouvelles situations (Bherer, Belleville, & Hudon, 2004).

La dégradation de ces fonctions peut provoquer une altération de la pensée ou du jugement, source d'incompréhension et de mauvaises interprétations des situations. Il est possible de citer l'attention (soutenue, divisée), la flexibilité, l'inhibition, la planification, le contrôle, …

1.1.2.4. Autres atteintes

D'autres altérations peuvent être observées chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer comme :

- **Des symptômes psychologiques et comportementaux des démences** peuvent compléter le tableau clinique (HAS, 2009) :
    - Opposition : attitude de refus de soins, d'alimentation, d'assurer l'hygiène ou de participer à toute activité
    - Agitation : comportement moteur et/ou verbal excessif et inapproprié

- Agressivité : comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux
- Comportements moteurs aberrants : déambulation, gestes incessants, attitudes d'agrippement, …
- Désinhibition : comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales
- Cris : vocalise de forte intensité
- Idées délirantes : perception ou jugement erronés de la réalité
- Hallucinations : perceptions sensorielles sans objet réel
- Troubles du rythme veille/sommeil : trouble de la qualité, de la durée
- Apathie : perte d'intérêt, diminution de la motivation
- Anxiété : peur et inquiétude
- Emoussement affectif : instabilité de l'humeur
- Dépression : sentiment de tristesse, découragement, dévalorisation

- **Désorientation temporo-spatiale** : due aux troubles cognitifs. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont aussi désorientées dans le temps. Elles peuvent oublier certains moments de la journée, comme le repas du midi mais aussi se situer dans les années antérieures et penser devoir aller chercher leurs enfants ou retrouver leurs parents. Elles peuvent également être désorientées dans l'espace, se perdre et ne plus arriver à retrouver le bon chemin.

1.1.3. Diagnostic

En France, le diagnostic s'établit par un neurologue, neuropsychiatre, ou encore les médecins passant des tests de mémoire, à la suite de plusieurs évaluations, recommandées par la HAS (HAS,2011), (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000).

- **Evaluation fonctionnelle** : elle calcule le retentissement des troubles cognitifs via des échelles simplifiées des activités instrumentales de la vie quotidienne (Instrumental Activities of Daily Living) pour les activités instrumentales de la vie quotidienne et l'échelle Activities of Daily Living (ADL) pour les activités basiques de la vie quotidienne. Cela peut être également évalué par le Disability Assessment for Dementia.

- **Evaluation psychique et comportementale** : il s'agit d'un entretien permettant de rechercher la présence ou non d'une dépression sous-jacente à un syndrome démentiel, accompagner ou inaugurer ce syndrome. Dans ce cas, la Geriatric Depression Scale (GDS) peut être utilisée. Cette évaluation doit apprécier des troubles affectifs, comportementaux ou d'expression psychiatrique (troubles du sommeil, apathie, dépression, anxiété, irritabilité, agressivité, hallucinations, … l'entretien peut suivre l'échelle NeuroPsychiatric Inventory (NPI) et l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF).
- **L'évaluation neuropsychologique** : doit évaluer chaque fonction cognitive, notamment la mémoire épisodique, sémantique, exécutive, l'attention, et les fonctions instrumentales (langage, communication, praxie, gnosies, fonctions visuo-constructives et calcul). L'ensemble permet de construire le profil du patient et d'identifier les fonctions déficitaires et les fonctions préservées.
- **Examens paracliniques spécialisées** : passent par l'imagerie qui analyse le liquide céphalo-rachidien, un électroencéphalogramme, une étude génétique et exceptionnellement une biopsie cérébrale afin de comprendre des cas difficiles ou atypiques.

Une évaluation initiale peut compléter les évaluations précédentes. Un **entretien** peut être élaboré pour récolter un maximum d'informations à propos de la vie quotidienne et des antécédents de la personne. Un **examen clinique** qui se décline par un examen de l'état général et cardio-vasculaire, le degré de vigilance (confusion mentale), les déficits sensoriels et moteurs. Une **évaluation fonctionnelle** et une **évaluation cognitive globale** sont passées via le Mini-Mental State Examination (MMSE) (Service de Gérontologie, 2007).

La réalisation de l'ensemble de ces évaluations permet de mieux viser la prise en charge et les traitements à adapter à la personne puisque chaque patient a ses propres caractéristiques et se situe à un certain grade d'évolution de la MA.

1.1.4. Evolution de la maladie

La maladie d'Alzheimer se présente sous deux formes : la première touche des personnes de moins de 65 ans, une forme rare puisqu'elle concerne que 2% des personnes

atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle s'explique notamment par une forme héréditaire et s'exprime lentement. Puis, la forme la plus générale est celle qui survient après l'âge de 65 ans. Elle est plus répandue dans le monde et touche 15% des personnes de plus de 80 ans (INSERM, 2014a).

La maladie étant en **constante évolution**, plusieurs classifications sont mises en place pour déterminer les niveaux d'atteintes des personnes touchées par cette maladie. Tout d'abord, **une classification de Feldman et Woodward** définie à partir du score obtenu au MMSE ou encore nommée test de Folstein (Annexe I et Annexe II). Selon l'article 53 de la loi du 21 juillet 2009, le MMSE « permet d'évaluer de façon globale différentes fonctions cognitives dont la mémoire » (HAS, 2014). Sa passation est relativement courte (dix minutes environ).

Mild Cognitive Impairment

Un score entre 28 et 30 au MMSE, la personne a des troubles de mémoire objective, ayant aucune conséquence pour les activités de la vie quotidienne.

Stade léger

Un score entre 20 et 26 au MMSE. La personne présente des troubles de la mémoire à long terme, notamment épisodique. Cela se traduit par des pertes de mémoire à répétition, un manque du mot et une baisse de la fluence verbale. Parfois, de l'apathie peut apparaître ainsi que des symptômes dépressifs. En conséquence, le malade commence à engendrer des difficultés à effectuer les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Stade modéré

Un score entre 10 et 19 au MMSE. Les atteintes cognitives progressent et continuent à provoquer des troubles, particulièrement de mémoire. La personne a un faible discours, s'expliquant par une aphasie plus ou moins prédominante. La personne souffre d'apraxie, d'agnosie et d'une perturbation des fonctions exécutives. Une dépression peut apparaitre, des troubles du comportement s'accroissent. Ainsi les activités de la vie quotidienne sont perturbées, les personnes malades peuvent avoir besoin d'aide pour certains actes.

Stade sévère

Un score inférieur à 10 au MMSE. La personne est totalement dépendante en raison d'une altération cognitive importante. La récupération des informations est quasiment impossible et la personne s'exprime majoritairement par le non-verbal. Les troubles du comportement continuent de s'accroître et les troubles psychotiques sont présents.

Quant à **l'échelle de Reisberg**, elle classe la maladie selon sept stades d'évolution (Annexe III). Le stade 1 correspond à aucune déficience, c'est-à-dire que la personne ne présente pas de troubles de la mémoire ni de symptôme de démences. Au fur et à mesure des niveaux, les atteintes sont de plus en plus importantes. Le déficit cognitif très sévère correspond ainsi au niveau 7. Il s'agit de la phase terminale de la maladie, où la personne est dans l'incapacité d'interagir avec son environnement physique et social. Elle a besoin d'aides importantes pour les activités de la vie quotidienne, elle devient très dépendante (Société Alzheimer Canada, 2018).

Les deux échelles précédemment décrites, sont complémentaires pour poser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Effectivement, elles viennent compléter, renforcer le diagnostic en donnant des éléments par rapport au stade et au degré de sévérité de la maladie. Cela aide les soignants et professionnels de santé à s'informer sur les déficits et les capacités touchées par la maladie puisqu'elle s'exprime de différentes façons selon la personne.

1.2. L'accueil de jour spécialisé Alzheimer

1.2.1. Définition et condition d'accès

Face aux problèmes de prise en charge des patients atteints de la MA et maladies apparentées, notre pays essaye d'y répondre depuis l'an 2000 par des plans nationaux. Le tout premier (2001-2004) développait des centres mémoires afin d'améliorer le diagnostic précoce de la démence. Le deuxième (2004-2007) axait sur des unités d'hospitalisations spécialisées afin d'évaluer les patients atteints de démence. Le troisième plan, présenté par le président de la république le 1er décembre 2008 se définit selon trois axes : connaître pour agir, améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, se mobiliser pour un enjeu de société. Afin de répondre à ces objectifs différentes structures ont été créées les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA), les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) et enfin les Accueils de Jour

(CNSA, 2008). Les premiers plans étaient axés uniquement sur la MA contrairement au dernier qui traite de toutes les maladies neurodégénératives.

Les accueils de jour « sont des structures médicosociales de proximité, offrant la possibilité d'accueillir à la journée une à plusieurs fois par semaine des patients atteints d'une pathologie neuro-dégénérative de type maladie d'Alzheimer et vivant chez eux. » (Hugonot-Diener, Martin, 2012) . Ce type d'accueil peut être autonome ou bien rattaché à une structure, comme un EHPAD. Dans ce cas, l'accueil des patients est organisé dans la zone prévue à cet effet. Pour optimiser l'accueil et la prise en charge, une équipe pluridisciplinaire est mise à disposition (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2012).

En général, l'accueil de jour est ouvert cinq jours par semaine et peut accueillir un nombre limité de personnes. Si l'accueil est autonome il doit proposer au minimum dix places et six si la structure est rattachée à un établissement. Dans 80% des cas l'accueil de jour est lié à un EHPAD et 20% seulement sont en autonomie.

D'après le plan Alzheimer de 2008, les accueils de jour sont nommés des structures de répit. Le développement de ce type d'accueil s'insère dans la mesure une de l'axe un : « développement et diversification des structures de répit ». Cette mesure a pour but : « de garantir le plus longtemps possible un libre choix entre domicile et institutionnalisation […] L'objectif est donc triple : il s'agit d'assurer une prise en charge de qualité pour la personne atteinte, tout en garantissant un temps de répit pour l'aidant, adapté à ses attentes, et en permettant le recours à ces structures par des mesures financières appropriées. » (CNSA, 2008). En outre, pour optimiser la prise en charge et le suivi des patients ainsi que des aidants, les accueils de jour doivent disposer d'un projet spécifique, du personnel formé, de locaux dédiés, organiser les transports et avoir un quota minimum comme indiqué précédemment.

En 2008, l'Etat annonce la création de 2 125 places d'accueil de jour. Il sera également possible de financer les transports des personnes atteintes de la MA de leur résidence à la structure. A plus long terme, les politiciens espèrent accélérer les augmentations du nombre de place pour atteindre 11 000 places d'accueil de jour. En vue de cette croissance d'accueil de jour quatre mesures éclosent :

- L'évaluation des dispositifs existants
- L'expérimentation puis la généralisation de formules de répit innovantes

- La rédaction d'un cahier des charges pour donner à toutes les structures de répit une dimension thérapeutique
- La rédaction d'un guide pour la création de centres d'accueil de jour et l'ouverture des places de répit.

En 2013, un rapport est rédigé et encadré par le ministère de la santé et des solidarités afin de visualiser l'impact du plan Alzheimer 2008-2012. Le 31 décembre 2012, 5 248 places réservées Alzheimer ont été créées, soit moins que prévues. De plus, le pourcentage de remplissage des accueils de jour reste faible. En cause, le coût important de la journée restant à la charge de la famille qui s'élève à environ trente euros. Toutefois, ils peuvent toucher l'allocation personnalisée d'autonomie et d'autres aides de la région et du département. D'après une circulaire de novembre 2011, d'autres freins sont observés, comme « le manque de lisibilité de l'offre sur le territoire, le dispositif est peu connu par les professionnels libéraux, le sentiment de culpabilité des aidants, la réticence de personnes âgées à sortir de leur domicile, l'appréhension que peut susciter l'accueil de jour lorsqu'il est implanté en EHPAD » (Ankri, Van Broeckhoven, 2013).

Afin d'intégrer un accueil de jour, la famille doit prendre contact avec la structure, remplir un dossier d'admission et donner un certificat médical. Il est par ailleurs, conseillé d'avoir effectué une consultation mémoire afin de poser le diagnostic et connaître le stade de la maladie. Des critères d'admission sont aussi établis :

- Critères médicaux : une évaluation gériatrique indispensable au préalable, une consultation mémoire établie par un psychiatre ou neurologue, le médecin traitant pouvant donner son avis afin de déterminer le diagnostic et le stade (niveau d'atteinte). Les personnes âgées doivent être dépendantes mais doivent avoir conservé une capacité à verbaliser, comprendre, avoir un rapport à la réalité, entrer en relation avec autrui, …
- Critères d'âge : les personnes doivent être âgées de plus de soixante ans, pour celle de moins de soixante ans, une dérogation doit être délivrée par la Commission Technique d'Admission des Personnes Handicapées dans les Structures Sociales.
- Critères géographiques : la personne doit avoir un trajet entre son domicile et la structure inférieur à trente minutes.

Nous observons alors que le nombre d'accueils de jour reste encore faible, ainsi que le taux de remplissage. Différentes causes restent des freins pour certaines personnes comme

la charge financière, ou encore les transports à la structure. Toutefois, les prises en charge proposées par les professionnels sont un avantage pour la personne et l'entourage, notamment pour des objectifs de maintien, voire l'amélioration des capacités du malade.

1.2.2. Les objectifs de prise en charge dans un accueil de jour

Les accueils de jour sont considérés comme des structures de prises en charge non-médicamenteuses et doivent rester un lieu thérapeutique pour le patient. Les patients sont pris en charge, ils établissent avec l'équipe pluridisciplinaire des objectifs et des projets personnalisés. Pour atteindre ces objectifs, de nombreuses activités thérapeutiques sont proposées.

Les objectifs généraux sont selon le guide pratique de l'HAS : la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, afin de permettre « une période de répit et de suppléance », et de répondre à des situations d'urgence. L'ensemble vise à augmenter les conditions de vie du patient à domicile.

Lieu de répit

Un accueil de jour reçoit pendant une demi-journée ou une journée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démences associées. De ce fait, la personne dépendante est encadrée par une équipe professionnelle et permet alors **de libérer du temps pour l'aidant naturel ou l'aidant principal**. Cet aidant est généralement le conjoint ou la conjointe de la personne touchée mais cela peut aussi être les enfants. Comme vu précédemment, les personnes atteintes de cette maladie présentent de nombreux troubles et des difficultés dans la vie quotidienne. Ces situations demandent alors beaucoup d'énergie, d'attention et de présence à l'entourage. C'est pourquoi, il est important de souligner le bénéfice de ce type de structure. Cela permet aux aidants de **souffler** et **d'avoir du temps libre**. Se ressourcer est nécessaire lorsque le fardeau et la charge de surveillance sont importantes.

Cet accueil apporte aussi du soutien à l'aidant. L'équipe se doit **d'accompagner et de soutenir la famille**. Les professionnels les informent et les écoutent lors de leur venue à l'accueil de jour. Des **moments d'échanges** et des groupes peuvent se former afin d'échanger avec des personnes dans la même situation. Ils apportent leurs aides grâce à leurs connaissances et savoirs et peuvent rassurer l'aidant. Si besoin, ils guident l'aidant et l'informent sur les autres structures plus adaptées aux besoins recherchés.

Lieu de stimulation

Tout au long de la journée des **activités thérapeutiques** sont mises en place afin de maintenir l'indépendance et l'autonomie de la personne. Les stimulations aussi bien **cognitives, sensorielles, motrices** tentent de **freiner la progression** de la maladie. Effectivement les professionnels essayent de maintenir au maximum les capacités restantes de la personne. Les activités thérapeutiques se doivent aussi de **se rapprocher de la vie quotidienne**. C'est pour cela qu'il est important de s'entretenir avec la personne et son entourage pour connaître ses habitudes de vie. En fonction de celles-ci, les activités pourront être signifiantes pour la personne. Elles se rapprochent de ses envies et permettent une adhésion du patient à sa prise en charge. Les différentes stimulations via les activités permettent aussi de valoriser les personnes par leurs capacités. Des adaptations peuvent donc être proposées afin d'augmenter la réussite de la personne dans ses activités.

Lieu de resocialisation

L'accueil de jour prend en charge plusieurs personnes dans la même journée. Un groupe se forme, établissant alors **des contacts sociaux et des échanges**. Cela permet alors de **renforcer l'identité de la personne** et de **limiter son isolement**. Ils apprennent petit à petit à se découvrir et les aidants accompagnent et stimulent les échanges entre eux. Il est important que chaque individu trouve sa place au sein du groupe, il faut que chacun puisse s'exprimer. L'ensemble créé une dynamique de groupe favorisant la venue en accueil de jour. Les échanges permettent alors de travailler les fonctions verbales, l'attention, la mémoire (se remémorer des épisodes antérieurs ou bien de se rappeler de la discussion).

Pour le ministère de la santé et des solidarités, l'accueil de jour a un double effet. Le premier sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer puisqu'elles bénéficient « d'un suivi régulier et d'un accompagnement adapté », d'entretien de leurs capacités grâce aux activités thérapeutiques proposées et de « renouer les liens ». De l'autre, les accueils permettent aux aidants de libérer du temps, d'échanger aussi bien avec les professionnels que les autres familles. Un accueil de jour est un accompagnement entre le domicile et l'établissement et pour permettre cet accompagnement une équipe pluridisciplinaire est à leur disposition.

1.2.3. L'équipe pluridisciplinaire présente dans cette structure

L'équipe composée de plusieurs corps de métier doit être dans la capacité d'accompagner et de prodiguer des soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démences associées. Ils doivent s'adapter à chaque individu selon leur stade d'évolution et leur personne.

Selon le cahier des charges, il faut de manière constante **un infirmier**, **un psychologue** et **une aide médico-psychologique**, en temps plein ou partiel. Afin de varier les compétences et d'élargir le panel des activités, d'autres professionnels peuvent s'insérer dans l'équipe. Ainsi des aides-soignants, des psychomotriciens, art-thérapeutes, musicothérapie mais aussi des ergothérapeutes peuvent participer à la mise en place des activités (HAS, 2011).

Grâce à la multiplicité et la diversité des professionnels encadrant les patients, les modes de prises en charge sont complètes. Ils s'insèrent dans les objectifs établis au préalable mais chacun peut apporter sa vision et sa façon de procéder. Cette richesse augmente les stimulations et donc limite la progression de la maladie.

Ses professionnels qualifiés ont aussi comme mission d'entretenir un lien avec la famille de la personne âgée, dans le but de les accompagner et les conseiller dans le quotidien à domicile. Les aidants peuvent échanger et poser des questions à l'équipe pluridisciplinaire afin d'améliorer la qualité de vie à domicile et de prolonger ainsi la vie à domicile de la personne touchée par la maladie. Ainsi, ils sont un support d'écoute et de soutien.

Les activités proposées par l'équipe sont diverses afin de stimuler le maximum de capacités. Des ateliers mémoires, mobilisant le langage, l'activité physique par de la gym douce, des jeux de ballon, des ateliers détentes, artistiques (dessin, peinture, modelage), jardinage, cuisine, bricolage, « bien-être », des sorties au marché ou à la piscine sont des exemples d'activités instaurées au sein d'un accueil de jour. L'ensemble de ces activités visent à maintenir les capacités restantes de la personne et de reproduire des schémas du quotidien. L'importance est de permettre à la personne de garder une certaine autonomie et indépendance dans les activités de la vie quotidienne.

Pour la suite, nous allons voir que les activités proposées ont un lien avec la profession de l'ergothérapie et que ses compétences peuvent apporter à l'équipe d'un accueil de jour.

1.3. L'ergothérapie en gériatrie

1.3.1. Définition de la profession

Premièrement, notons qu'« ergothérapie » provient du grec « ergon », signifiant le travail. (Encyclopædia Universalis, 2018). Par transcription, il s'agit donc d'une thérapie par le travail en général, soit l'activité.

Nous obtenons le diplôme d'état d'ergothérapeute à la suite de trois années d'études par lesquelles nous apprenons de la théorie et de la pratique. D'après l'association nationale française des ergothérapeutes définit l'ergothérapie, « l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manières 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 » (ANFE, 2017) .

A la suite d'évaluation reposant sur des bilans et l'observation, l'ergothérapeute est dans la mesure d'établir un projet d'intervention. Ce dernier est adapté aux problématiques rencontrées par la personne mais répond à ses demandes et objectifs personnels. Des aides peuvent alors être préconisées, aussi bien techniques, humaines ou matérielles, dans le but de réduire et prévenir les situations de handicap (ministère de la santé et des sports, 2010). L'ergothérapeute fait un acte thérapeutique puisqu'il utilise l'activité pour en faire sa prise en charge.

Le diplôme d'Etat d'ergothérapeute en France repose sur dix compétences essentielles (Agence de Service et de Paiement, s.d.) :

- Evaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique ;
- Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement ;
- Mettre en œuvre et conduire des activités de soin, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie ;

- Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques ;
- Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique ;
- Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie ;
- Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle ;
- Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques ;
- Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs ;
- Former et informer des professionnels et des futurs professionnels.

Grâce à ces vastes compétences, l'ergothérapeute peut être amené à agir dans différents secteurs et spécialités, dont la gériatrie. Sa pratique professionnelle s'insère dans les objectifs notamment d'un EHPAD ou encore du maintien à domicile. Ses prises en charge variées permettent de toucher un maximum de population en gériatrie dont la maladie d'Alzheimer. Grâce à la collaboration avec les autres professionnels de santé intervenant auprès de cette population, la prise en charge peut être optimisée dans le but de maintenir les capacités de la personne. Les interventions en ergothérapie peuvent alors avoir lieu au sein de différentes structures ayant des objectifs différents mais prenant en charge les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer.

1.3.2. L'intervention ergothérapique dans diverses structures spécialisées Alzheimer

L'ergothérapeute peut intervenir dans différentes structures pour prendre en charge les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer. Ces structures sont diverses, optimisant les prises en charge individuelles et qui répondent aux besoins de la personne malade ainsi que de son entourage. Les **EHPAD**., les **Unités de Soins Longues Durées** (USLD), les **Unités d'Hébergement Renforcées** (UHR), **les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés** (PASA), **Equipe Spécialisée Alzheimer** (ESA), sont entre autres, des dispositifs spécialisés dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage et dont l'ergothérapeute peut agir.

Le plan Alzheimer 2008-2012 a fait émerger les dispositifs **Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie** (MAIA). Cette structure permet d'articuler entre les interventions des différents

professionnels du médical et du social mais aussi d'être la « porte d'entrée unique » pour l'orientation du malade et de l'entourage vers d'autres structures spécialisées. Ainsi le parcours de soins, des prises en charge est personnalisé (CNSA, 2018).

De même, le plan a permis l'ouverture **d'Unités d'Hébergement Renforcées**, un accueil de jour et de nuit pour des personnes ayant des troubles du comportement importants altérants la sécurité et la qualité de vie de la personne. L'équipe comportant des assistants de soins en gérontologie (ASG), un médecin, un infirmier, un psychologue et un ergothérapeute ou un psychomotricien. Cette équipe prodigue des soins et des activités sociales et thérapeutiques, accompagnées d'un hébergement (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

Les **Pôles d'Activités et de Soins Adaptés** accueillent les résidents de l'EHPAD dans lequel le pôle est installé. Cette prise en charge s'effectue à la journée ou à la demi-journée et dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie neuro-dégénérative avec un trouble du comportement modéré. Contrairement aux UHR, les PASA ne proposent pas d'hébergement mais seulement des ateliers et activités thérapeutiques, encadrés par un ergothérapeute et des ASG. Ces activités permettent de stimuler la personne dans un environnement confortable et rassurant, où les résidents peuvent déambuler toute la journée (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

Ce plan a permis aussi un développement des **Equipes Spécialisées Alzheimer**. L'équipe intervient exclusivement à domicile sur prescription médicale. Elle effectue toutes les prises en charge au domicile de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer à un stade léger ou modéré. L'ergothérapeute intégrant cette équipe, réalise en début de prise en charge des bilans pour cibler les objectifs et les activités. Par la suite, les ASG formés à la réadaptation, la stimulation et à l'accompagnement de la personne malade et de son entourage mettent en place les activités et les ateliers (Aide Alzheimer, 2018).

Grâce à ces diverses structures, l'ergothérapeute peut avoir un champ d'action très large. Cela se complète par une diversité des prises en charge, de collaboration avec de nombreux autres professionnels ainsi qu'un rôle important avec l'entourage. Par ailleurs, un ergothérapeute peut alors travailler en accueil de jour avec cette population.

1.3.3. Son rôle dans un accueil de jour

Grâce aux mesures mises en place dans le troisième plan Alzheimer, des accueils de jour ouvrent leurs portes et donc augmentent le nombre de places pour accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et résidant à domicile. Cette structure a comme objectifs d'améliorer les capacités cognitives, fonctionnelles et sensorielles, de favoriser le maintien de leur vie sociale et relationnelle, de soutenir et accompagner les proches et de libérer du temps libre pour l'aidant principal.

Cependant la représentation des ergothérapeutes en accueil de jour reste encore très faible. Selon une étude de l'HAS établie auprès des structures d'accueil de jour Alzheimer dans le département de la Loire, l'ergothérapeute est très peu représenté : une présence de 0.94 sur un effectif de 59. Cela peut s'expliquer par un manque d'information et de connaissances au sujet de cette profession. Cette méconnaissance ne permet pas à la structure de comprendre le rôle et l'intérêt d'avoir un ergothérapeute dans leur équipe. Ainsi l'ergothérapie est très peu sollicitée pendant la prise en charge des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer en accueil de jour.

Comme je l'ai défini auparavant, l'ergothérapeute fonde sa pratique sur l'activité. Par ses observations, il peut proposer des activités adaptées à la personne, en fonction des objectifs établis. Il met en place des activités thérapeutiques signifiantes pour la personne.

Son rôle principal est d'analyser les activités de la vie quotidienne. Lors des mises en situations écologiques ou bien des échanges avec l'entourage, l'ergothérapeute peut tenir compte des difficultés que rencontre la personne. Pour cela, l'ergothérapeute est muni de plusieurs bilans afin d'évaluer différents points comme l'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, tel que Instrumental Activities of Daily Life II (IADL). (Annexe IV).

Par la suite, les résultats vont orienter vers la prise en charge ergothérapique, un accompagnement spécifique, liés par exemple aux activités de la vie quotidienne. Le média de ses prises en charge étant l'activité, l'ergothérapeute va mettre en place diverses activités thérapeutiques signifiantes.

Par ce mémoire, je souhaite montrer que **l'ergothérapeute a toute sa place au sein d'un accueil de jour**. Sa vision et ses observations permettent d'**établir et d'adapter la prise en charge** des individus y participant. Ses **activités sont très diverses** et répondent à des objectifs établis au préalable. Le but de l'accueil de jour Alzheimer est de **stimuler et maintenir les fonctions cognitives** restantes des patients, **d'améliorer les contacts** et les échanges entre les patients pour éviter l'isolement. **Le soulagement** est un objectif aussi central de l'accueil de jour. Toutefois, l'ergothérapie reste **trop peu représentée** dans les accueils de jour. Pourtant, par ses compétences et connaissances l'ergothérapeute peut avoir une place bien intéressante dans une équipe pluridisciplinaire d'un accueil de jour.

Par ce mémoire, je souhaite montrer que l'ergothérapeute a toute sa place au sein d'un accueil de jour Alzheimer. Ses interventions ciblent l'engagement dans les activités de la vie quotidienne.

Cette réflexion m'a permis d'en tirer ma question de recherche :

Comment l'accompagnement ergothérapique au sein d'un accueil de jour, ciblé sur le l'engagement et la performance occupationnel, peut-il améliorer la qualité de vie des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ?

2. Axe théorique

2.1 Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (M.C.R.E.O.) de l'ACE

2.1.1. Définition générale

De manière générale, d'après Marie-Chantal Morel-Bracq en 2017 : « un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (Morel-Bracq, 2017). Dans ce livre, Morel-Bracq décrit plusieurs modèles dont le MCREO.

Le MCREO est un modèle général et élaboré par des ergothérapeutes, de l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). Réalisé à partir des travaux de M. Reilly, il permet de clarifier le rôle de l'ergothérapeute et de proposer une approche centrée sur la personne. Effectivement, il met en lumière les liens entre « la personne, son environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et à sa santé » (Morel-Bracq, 2017). Ce principe se nomma modèle canadien du rendement occupationnel, puis modèle canadien de la performance occupationnelle, modèle canadien du rendement occupationnel et de participation. Récemment en 2013, le modèle insère des nouveaux concepts pouvant faciliter l'occupation du patient. L'ensemble des liens comporte et interagit avec la notion du rendement occupationnel.

Le MCREO se subdivise en trois grandes dimensions : l'environnement, l'occupation et la personne (Annexe V).

Tout d'abord le noyau représenté par la personne concentre les catégories de l'affectif (les émotions, les sentiments et leur gestion), du cognitif (fonctions cérébrales) et du physique (fonctions motrices et sensorielles). Il comprend par ailleurs en son centre le spirituel (quête de sens, valeurs, objectifs de vie).

Puis cela s'exprime par son occupation, soit les soins personnes, la productivité, les loisirs et depuis 2013, le repos s'insère dans la catégorie des soins personnels. Pour mieux comprendre, l'occupation a été définie par les mêmes auteurs que le MCREO dans la taxonomie du rendement occupationnel. Ils expliquent que l'occupation est un ensemble d'activités, elles-mêmes composées de plusieurs tâches. Ces tâches se composent d'un

ensemble d'actions, possibles par une addition de mouvements volontaires et de processus mentaux.

Enfin l'ensemble interagit avec l'environnement à différentes échelles : physique, institutionnels, culturel et social.

Grâce aux travaux de recherches en science de l'occupation et à l'évolution de nos prises en charges, le MCREO a pu être enrichie de deux notions par rapport à son prédécesseur le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation. Par conséquent depuis 2013, il comprend les notions de :

- Engagement : participation psychologique et physique
- Habilitation : « la création de possibilité et par le renforcement du pouvoir et de la capacité d'être ou d'agir » (Morel-Bracq, 2017).

Ils peuvent interférer sur la performance occupationnelle qui est selon Morel-Bracq : « fait référence à la réalisation de l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation »

Ce modèle met à disposition un ensemble de bilans initiaux, réfléchis en concordance avec le MCREO. Cet outil comprend divers éléments facilitant la compréhension de l'interaction entre la personne, l'environnement et ses occupations.

2.1.2. L'outil MCRO

Cette mesure canadienne du rendement occupationnel permet d'observer les changements du rendement occupationnel et de la satisfaction occupationnelle. Au fil du temps, les occupations évoluent sur différents domaines en fonction de facteurs tels que l'environnement, les capacités de la personne, … Il s'agit d'une auto-évaluation, la personne côte des situations selon cinq étapes :

1- Identification des problèmes : correspond aux activités que la personne « veut faire, a besoin de faire, devrait faire » (Morel-Bracq, 2017).
2- Estimation de la personne : la personne côte de un à dix l'importance des difficultés identifiées
3- La pondération des modèles : la personne établit les cinq problèmes prioritaires à traiter.

4- La cotation des problèmes par ordre d'importance : la personne côte dans un premier temps l'évaluation subjective du rendement puis l'évaluation subjective de la satisfaction pour par la suite les comparer afin d'observer le changement du rendement et de la satisfaction.
5- Réévaluation : après intervention, la personne réévalue ses niveaux de rendement et de satisfaction des items identifiés avec des difficultés au préalable.

Ce bilan est fondé sur trois groupes d'occupation : les soins personnels, la productivité et les loisirs.

Les soins personnels

Les soins personnels se divisent en trois parties : les soins personnels, la mobilité fonctionnelle, vie communautaire, elles-mêmes divisées en sous parties. La première (les soins personnels) comprend la préparation du petit-déjeuner, l'hygiène, toilette. La deuxième (mobilité fonctionnelle) intègre soigner les animaux, marche à l'extérieur, peur de se blesser. Enfin la dernière (vie communautaire) intègre la conduite et les courses.

La productivité

De manière générale, la productivité contribue à un épanouissement social et économique dont peut découler ou non des revenus. Il intègre les activités ludiques, les travaux scolaires, l'emploi, les travaux ménagers, le rôle de parent ou encore le travail comme bénévole dans la communauté.

Les loisirs

Les loisirs, aussi dit les divertissements, sont larges et divers permettant à tous de s'insérer dans une des propositions. Ils comprennent la socialisation, l'expression créative, l'activité de plein air, les activités ludiques, les activités sportives.

Afin d'observer l'impact de l'occupation sur la participation de la personne l'ergothérapeute doit analyser l'activité et insérer la personne dans une démarche thérapeutique. Cela lui permet d'identifier les problèmes impactants sur sa performance occupationnelle et son identité occupationnelle. L'interaction entre la personne et son environnement est primordial pour renforcer cette performance.

2.1.3. L'impact de ce modèle sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en accueil de jour

Ce modèle peut être pertinent pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en ergothérapie sur les activités de la vie quotidienne.

Les items évoqués dans la MCRO rappellent ceux des activités de la vie quotidienne. En effet, en interrogeant la personne sur ces points, cela nous renseigne en tant qu'ergothérapeute sur la performance de la personne dans ses occupations et les difficultés qu'elle rencontre par conséquent. Ce versant du quotidien est très important en ergothérapie et d'après ce modèle, il est plus important de visualiser la situation et l'impact de la maladie dans le quotidien plutôt que de réduire les déficits. Ainsi, l'ergothérapeute a tout à faire en utilisant cet outil puisqu'il lui permet d'avoir une auto-évaluation de la personne vis-à-vis de ses capacités. Il axe la prise en charge, en l'adaptant et en donnant des axes d'importance.

L'objectif du modèle est d'identifier les occupations pour lesquelles la personne a des restrictions, baisse de l'engagement occupationnel, des diminutions de la performance occupationnelle.

De plus, il est noté que cet outil peut être utilisé par les personnes atteintes de la MA. Toutefois, il est important de penser qu'ils n'ont pas conscience de leurs troubles. Cette anosognosie peut venir biaiser en quelques sortes les réponses aux questions de la MCRO. Par conséquent il faut s'entretenir avec la famille et l'entourage pour confronter leurs réponses et obtenir davantage d'informations sur la personne dans son quotidien, les difficultés auxquelles elles font face.

2.2. La qualité de vie : la pyramide des besoins selon Maslow (1943)

En 1993, l'OMS donne une définition de la qualité de vie : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations

sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. » (Gautier, Kubiak, & Collin, 2005).

En 1943, Abraham Maslow développe les différents besoins d'un individu (Maslow, 1943). Ce psychologue humaniste de XXème siècle a représenté hiérarchiquement sous forme d'une pyramide les besoins fondamentaux (Annexe VI). Ils sont classés du niveau le plus inférieur et par conséquent des premiers besoins nécessaires, aux besoins les plus complexes à atteindre :

- Besoins physiologiques
- Besoins de protection et de sécurité
- Besoins d'appartenance
- Besoin d'estime
- Besoins de s'accomplir

Ces besoins ont tout d'abord été établis pour comprendre la motivation et les comportements au travail, puis ont par la suite été adaptés à différents domaines tels que la santé. En général, l'individu satisfait majoritairement les trois premiers niveaux des besoins. Toutefois, une partie plus restreinte parvient à accomplir les deux derniers niveaux, notamment le dernier.

La pyramide des besoins selon Maslow

Les besoins physiologiques

Les besoins physiologiques sont les premiers besoins satisfaits par l'individu dès sa naissance. Etant à la base de la pyramide, ils sont nécessaires à l'humain. Ils se traduisent par des actes de survie, de maintien en vie, tels que la respiration, l'alimentation, l'élimination, le sommeil, la reproduction, le maintien de la température corporelle, le contact ou encore l'activité motrice.

Les besoins de protection et de sécurité

Ces besoins correspondent à une organisation de sa vie afin de garantir sa survie. Cette organisation s'étale sur trois niveaux. Tout d'abord, la sécurité physique et psychologique, se traduit par une stabilité professionnelle et personnelle, avoir un emploi,

la sécurité médicale, sociale et de la santé. Ensuite, l'acquisition d'un logement, d'affaire, la sécurité de l'abri, confirment le besoin de propriété. Enfin, la maîtrise correspond au fait d'avoir du pouvoir sur l'extérieur, qu'il soit physique ou humain.

Les besoins d'appartenance

Ce troisième besoin succède aux besoins de protection et de sécurité. Ils se basent sur les contacts sociaux, se traduisant par un besoin de savoir que nous comptons pour une personne. Il se divise en besoin d'appartenance : d'appartenir à un groupe social, relationnel ou statutaire, de posséder un réseau de connaissance. Puis en besoins sociaux, la personne doit être intégrée à un groupe, sensation de dépendance. En somme, cela développe chez la personne une identité sociale mais aussi lui confère un rôle social.

Les besoins d'estime

Ces besoins sont situés au-dessus du besoin d'appartenance. Ce sont des besoins de considération, de reconnaissance, de réputation qui en général permettent à la personne de satisfaire ce besoin. La personne intègre une estime de soi et la confiance en soi, mais aussi reçoit des signes d'affections positifs d'une autre personne. Il est nécessaire que les autres reconnaissent ses valeurs et sa personne.

Les besoins d'auto-affection

Ce dernier besoin au sommet de la pyramide est le plus complexe à satisfaire. Il faut au préalable que chaque besoin précédemment évoqué soit satisfait. Ce besoin peut être différent selon les individus puisque chacun a sa vision et sa conception de soi. Effectivement, en général, la personne prend conscience de ce qu'il est, de ses limites. Pour répondre, combler à ses difficultés, la personne peut ressentir le besoin d'étudier. La personne pour cela, autoévalue ses pensées et ses actes afin de se développer personnellement et de s'adapter aux exigences de son organisme et de son environnement.

Pendant les prises en charge au sein d'un accueil de jour, les professionnels tendent à satisfaire les besoins, notamment les premiers. Effectivement, au cours de la journée, l'ergothérapeute comme les autres professionnels, essayent de respecter les besoins de la personne à différents niveaux : alimentation, repos, élimination, contact ou encore activités motrices. Tous ces besoins sont comblés par les activités proposées par exemple le

parcours d'équilibre. Cela fait écho à la MCRO qui est une échelle établit pour déterminer les besoins.

Le rôle de l'ergothérapeute est aussi de garantir la sécurité de la personne et de son entourage. Il assure la santé, aussi bien physique que psychologique grâce à son écoute, ses paroles rassurantes. L'appartenance à un groupe peut aussi soulager la personne et lui permettre de s'épanouir au sein de ce réseau. L'intégration à cet accueil et les prises en charges en groupe favorisent ce besoin d'appartenance et besoin social. Puis par les paroles rassurantes de l'équipe et des autres individus, la personne développe l'estime de la personne et la confiance en elle. La reconnaissance de la personne par ses valeurs et ses capacités satisfait l'individu en lui-même. Cependant, le dernier besoin est difficile à satisfaire puisque la personne a souvent une mauvaise image de soi et à des difficultés à évaluer ses capacités et ses pensées notamment à cause des troubles cognitifs causés par la maladie d'Alzheimer. Il faut alors combler le reste des besoins et accompagner ses patients pour maintenir leurs besoins fondamentaux.

Nous pouvons, en tant qu'ergothérapeutes valoriser ce concept de qualité de vie. C'est un point central de notre profession. Comme l'explique Morel-Bracq : « l'objectif de l'ergothérapeute est d'améliorer la qualité de vie dans le quotidien grâce à des activités significatives ». (Morel-Bracq, 2017).

2.3. Indépendance-autonomie selon Meyer

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer souffrent de troubles cognitifs ayant des répercussions sur le quotidien. D'après l'explication de la maladie d'Alzheimer dans la première partie, nous pouvons observer une baisse de la capacité de la personne à se maintenir autonome et indépendant dans les activités de la vie quotidienne. Pour rappel, au dernier stade, la personne devient totalement dépendante d'une tierce personne, elle perd donc au fil du temps de capacités cognitives retentissant sur les capacités motrices de la personne. Il me parait alors pertinent d'interroger le concept d'autonomie et indépendance. Ces concepts sont d'autant plus importants que la philosophie actuelle de maintenir un maximum de temps les personnes à domicile. Pour cela, il faut alors

maintenir voire améliorer l'autonomie et l'indépendance de la personne touchée par cette maladie.

Notre profession d'ergothérapeute fonde sa pratique sur les concepts de dépendance, d'indépendance et d'autonomie.

L'autonomie et l'indépendance sont des termes proches mais qui ont néanmoins leur sens propre. Ces termes étant souvent confondus, notamment par les différents professionnels de santé, il est nécessaire de les définir et de comparer leur différence.

2.3.1. L'autonomie

Etymologiquement, autonomie vient du grec : « autos » signifiant « soi-même » et « nomos » pour loi et règle. En somme, autonomie se définit comme « gouverner suivant sa propre loi ». (Universalis, s. d.)

Plus récemment, un groupe d'ergothérapeute de l'Europe encadré par le Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE (Meyer, 2013) a défini de nombreux termes liés à l'ergothérapie dont l'autonomie : « la liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci. ».

Pour comprendre les différents aspects de l'autonomie, le docteur en science de l'éducation M-A Hoffmans-Gosset, l'a défini selon trois axes :

- Le premier axe se base de la dépendance à l'indépendance
- Le deuxième axe évoque le parcours du respect de la loi à la liberté
- Le dernier axe aborde les zones de pouvoirs respectifs à la fonction de chacun.

Pour résumé, l'autonomie est en relation avec la présence d'autrui, les règles et la conscience de soi.

Dans le cas de personne touchée par la maladie d'Alzheimer, l'autonomie peut être impactée. La dégénérescence des neurones provoque de nombreux symptômes et pertes de capacités cognitives venant perturber l'autonomie.

Les prises en charges multiples dont celles en accueil de jour permettraient de maintenir voire d'améliorer l'autonomie de la personne, l'objectif principal étant un maintien à domicile sur du long terme. Effectivement, la politique actuelle se concentre sur

un retardement de l'entrée en institution de personne devenant dépendante et moins autonome, en améliorant et développant des techniques, aides et soutien par des professionnels.

2.3.2. Indépendance et dépendance

Contrairement à l'autonomie, l'indépendance provient du terme latin « dépendre » signifiant « être suspendu ».

L'indépendance peut aussi être définie étant la capacité à « réaliser seul les activités de la vie quotidienne ». Ces activités présentées auparavant dans la MIF se regroupent en six catégories :

- Les soins personnels
- Le contrôle sphinctérien
- La mobilité et les transferts
- La locomotion
- La communication
- La conscience du monde extérieur

Comme pour l'autonomie le groupe du Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE a défini les termes de dépendance et d'indépendance :

- Dépendance : « le fait d'avoir besoin d'aide pour réaliser des activités de la vie de tous les jours d'une manière satisfaisante. »
- Indépendance : « le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisante. ».

Nous pouvons discerner deux formes d'indépendance. La première est l'indépendance biomédicale dépend de la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne seule. Ensuite l'indépendance sociale quant à elle est l'interaction entre l'environnement et l'individu. L'évolution de ces indépendances résultent des capacités de l'individu en lien avec son environnement.

Les deux indépendances évoluent dès la naissance. Effectivement, le nourrisson est dépendant de ses parents mais au fil du temps développent des capacités afin de devenir indépendant. Il reçoit et donne des relations d'échanges qui s'établissent avec autrui.

La dépendance a de nombreuses conséquences sur la personne âgée dont les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Tout d'abord la vie quotidienne est bouleversée puisque cela peut provoquer une présence de personne à leur domicile, notamment mal vécu si la personne aidante est une personne étrangère à l'entourage. Il faut alors vaincre cette crainte, ne plus voir cette venue comme un danger, une gêne. La vie affective est par ailleurs touchée. L'aide apportée par l'entourage peut être vécue comme infantilisant et dénigrant. En fonction des personnalités, l'aide soutenue peut être plus ou moins bien vécue et acceptée. La vision de l'entourage peut alors être aussi perturbée. Ce regard modifié peut engendrer des rapports de confrontation ou encore de culpabilité venant de la personne souffrante de la maladie. Il est aussi important de noter que les gestes de la vie quotidienne sont aussi fortement impactés par la dépendance. Notamment, les gestes intimes peuvent induire une gêne. (Autonomie et dépendance, université médicale virtuelle francophone, 2008). D'ailleurs, les personnes touchées par cette maladie sont anosognosiques, ils refusent donc souvent les aides, ne pensant pas en avoir besoin. Ils s'estiment indépendant et en toute capacité de faire les actes de la vie quotidienne. Il est nécessaire alors d'échanger avec eux et d'éviter des gestes et comportements pouvant être agressifs.

Ces définitions permettent une meilleure compréhension à l'échelle de l'Europe des concepts centraux de l'ergothérapie. Effectivement « avoir un lexique professionnel cohérent, précis et spécialisé permet aux ergothérapeutes d'organiser leurs interventions logiquement et de réfléchir à leurs actions professionnelles ». (Meyer, 2013)

3- La méthode de recherche

3.1- Méthode de recherche

Je choisi pour ma méthode de recherche une méthode qualitative à travers un entretien semi-directif. Cette modalité d'entretien me semble intéressante pour recueillir des informations et données pertinentes en lien avec mon sujet. Effectivement, en questionnant directement les professionnels sur mon sujet avec des questions plus ou moins ouvertes, les réponses mettent en évidence les différentes formes de prises en charge et le fonctionnement de l'établissement.

Toutefois, au début des recherches d'informations je pensais me diriger vers un questionnaire en vue du faible nombre d'ergothérapeute travaillant en accueil de jour avec cette population. En effet, lors de ma recherche de directeur de mémoire, je me suis confrontée à de nombreuses réponses négatives puisque la structure n'avait pas d'ergothérapeute dans leur équipe de l'accueil de jour. Ce manque d'ergothérapeute dans cette structure, étant un critère de mon sujet de mémoire, m'a fait douter de la suite de l'orientation de mon questionnaire. Par conséquent, les questionnaires auraient été ouvert à tous les ergothérapeutes travaillant avec des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer sans pour autant être en accueil de jour. Ainsi, leurs réponses n'auraient pas été en lien avec ma structure d'accueil et ils n'auraient pas répondu sur les modalités de fonctionnement de la structure et les types de prises en charge d'un accueil de jour.

A la suite de cette réflexion, je me suis alors tournée vers un entretien semi-directif auprès d'ergothérapeute travaillant en accueil de jour Alzheimer, dans le but de récolter des réponses variées et pertinentes en vue de mon sujet de mémoire.

Afin d'avoir des réponses à ma question de recherche, j'ai dans un premier temps établit la typologie de l'entretien, construit une grille de question et déterminer la population ciblée.

3.2- Typologie d'entretien et construction de l'outil

J'ai décidé de construire mon entretien sur une combinaison de questions ouvertes et d'autres fermées. Cela permet alors aux personnes participantes de répondre facilement et rapidement aux questions tout en m'apportant des réponses et des explications en lien avec ma question de recherche.

Dans le but d'aiguiller mon entretien, je suis partie des concepts et du modèle conceptuel développés de la deuxième partie théoriques en les appliquant avec les matrices théoriques (Annexe VII). A partir de ces matrices j'ai pu ressortir plusieurs questions que j'ai trouvé pertinentes par rapport à ma question de recherche. Dans l'objectif de faciliter les réponses des professionnels j'ai orienté mes questions pour avoir des réponses spontanées.

Les entretiens ont pour objectif de m'apporter des réponses à ma question de recherche et de montrer l'impact de la prise en charge des ergothérapeutes en accueil de jour.

3.3- Population ciblée

J'ai pris connaissance des différents accueils de jour Alzheimer via une liste établit par le Conseil départemental du Puy-de-Dôme. J'ai contacté les différentes structures dans un premier temps pour trouver un directeur de mémoire et j'ai fait face à de nombreux refus par manque d'ergothérapeute dans leur équipe. Ainsi, j'ai ouvert mes recherches de trouver un ergothérapeute travaillant en accueil de jour Alzheimer sur tout l'hexagone. A la suite de recherche internet et contacts avec des professionnels j'ai pu décrocher des entretiens. J'ai débuté par un contact par mail puis téléphonique pour fixer un rendez-vous avec les ergothérapeutes le voulant.

3.4- Déroulement des entretiens

Après avoir validé mon entretien, j'ai pris rendez-vous avec les ergothérapeutes. Par problème de distance kilométriques j'ai dû effectuer les entretiens par téléphone. Les entretiens ont duré entre 25 et 35 minutes. Je les ai enregistrés avec l'accord au préalable des interlocuteurs.

3.5- Conception des grilles d'analyse des entretiens

Afin d'analyser l'ensemble des données et de pouvoir en tirer un maximum d'informations et de résultats par rapport à ma question de recherche je vais effectuer l'analyse en deux parties.

Premièrement, une étude longitudinale où je vais reprendre les mots-clés de chaque ergothérapeute pour chaque question. J'ai pu retranscrire ses mots clés dans des tableaux des annexes XI à XIII.

Puis, dans un second temps une analyse transversale sera mise en place afin de croiser les réponses des trois personnes sur la même question (Annexe XIV).

Une synthèse de ces résultats me permettront alors d'apporter des éléments de réponses à ma question de recherche.

4- Analyse des résultats

4.1- Présentation des personnes interrogées

La première personne (E1) interrogée est une ergothérapeute diplômée depuis 2011. Elle intervient dans la structure de l'accueil de jour depuis 5 ans, soit depuis 2014. Elle travaillait auparavant dans un EHPAD puis par moment avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle a pu suivre des formations en interne à l'EHPAD sur la gestion des troubles du comportement auprès de personnes démentes et aussi une formation Montessori plus récemment.

La deuxième personne (E2) interrogée est ergothérapeute depuis 2014. Il intervient dans la structure depuis août depuis 2015 environ, soit moins de 4 ans. Il n'a pas fait de formation particulière et ciblée sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer mais a suivi l'approche carpe-diem. Cette approche a été développée au Québec et son accueil de jour essaye de se tourner vers cette pratique.

La troisième personne (E3) interrogée est une ergothérapeute diplômée depuis 2011. Elle intervient dans la structure en tant qu'ergothérapeute ponctuelle en libéral depuis 2 ans. Par conséquent, à son compte de libéral, elle oriente davantage ses formations sur les enfants que vers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

4.2- Analyse longitudinale

Entretien 1 :(Annexe XI)

Question1 : Comment évaluez-vous les capacités de la personne ?

L'ergothérapeute 1 n'effectue pas la passation de bilans. Elle explique que par manque de temps, elle ne peut pas bilanter tous les usagers sur leurs capacités. Mais, elle peut faire passer des bilans spécifiques sur des demandes de l'équipe. En effet, si des collègues soulèvent un problème ou des difficultés avec un usagers, elle peut faire passer des bilans en fonction, tels que le bilan praxique ou encore de l'équilibre.

E1 réalise alors ses objectifs en fonction des observations qu'elle peut faire lors des mises en situation écologique. Tout le long de la journée à l'accueil de jour, les usagers participent au maximum au quotidien. Ils font des repas thérapeutiques, mettent la table, le couvert, débarrasse, … Beaucoup d'observations ont lieu au moment du repas puisqu'il s'agit, selon E1 du moment principal de la journée. D'autres mises en situation écologique sont animées comme la cuisine thérapeutique, pâtisseries. L'ensemble des activités tendent à se rapprocher du quotidien des personnes à domicile.

Dans le cas où E1 et l'équipe manquent d'information par rapport à l'usager, ils se tournent vers la famille. Les échanges sont téléphoniques, ou lors de l'entrée administrative.

Question 2 : Comment s'organise une journée dans votre structure ?

Dans la structure de E1, les journées s'établissent sur une arrivée de 9-10h pour un départ à partir de 16h. Les prises en charge peuvent être individuelles ou en groupe en fonction de l'activité. Les activités sont établies sur l'ensemble de la journée. Des activités le matin et d'autres l'après-midi, coupées au milieu par le repas vers 12h. Elles sont marquées sur un planning, qui tourne toutes les six à huit semaines. Les activités établies peuvent prendre en compte des envies et demandes des usagers.

Les activités doivent prendre en compte les objectifs des usagers et l'ensemble des capacités des personnes. Ces capacités divaguent par la diversité des maladies présentes dans la structure, ouverte à toutes pathologies neurodégénératives. Par conséquent, il peut être difficile de s'adapter à chacun pour certains professionnels.

Par ailleurs, des temps sont prévus pour répondre aux besoins primaires des personnes. Les temps de collation et de repas puis des moments pour aller au WC et faire les changes sont prévus. De plus, ils ont accès libre dans la cuisine, s'ils veulent se servir, mais c'est rarement le cas.

E1 me précise aussi qu'elle ne peut pas participer à la prise des repas. Son temps de travail n'est pas prévu pour mais elle peut intervenir ponctuellement sur un usager s'il a davantage de difficultés.

Question 3 : Quelles activités proposez-vous en ergothérapie dans la structure ?

Dans la structure, l'ergothérapeute peut faire toute une panoplie d'activités. Elle peut encadrer des activités manuelles comme la vannerie, calligraphie, cartonnage, couture, des activités cognitives, des activités motrices (équilibre, gym douce, transferts, …). Les activités sont établies sur un planning, toujours en doublons pour laisser le choix aux usagers de prendre une activité plutôt que l'autre. Ces activités sont instaurées aussi en fonction des usagers présents sur la journée. L'ensemble de ces activités précédemment décrites, peuvent être animées par l'ergothérapeute mais aussi par les autres professionnels présents dans la structure. Ces professionnels peuvent être des ASG, des AMP, musicothérapeute, psychomotricien.

Selon E1, la structure est optimale pour la participation des usagers. Elle influence positivement les usagers. Toutefois, elle soulève des petits détails qui peuvent manquer.

Il arrive dans la journée qu'un usager fasse une crise de troubles du comportement. Il n'est pas évident de gérer cette situation, l'équipe oriente les usagers en crise vers la salle Snoezelen. Cette salle fonctionne bien pour gérer les cas de troubles du comportement.

Question 4 : Quel est votre rôle dans la structure en tant qu'ergothérapeute ?

L'ergothérapeute a un rôle important de supervision des activités et de coordination. Effectivement, elle encadre des activités bien spécifiques comme des activités manuelles, motrices avec l'équilibre, travail des transferts ou encore du travail de la préhension. Elle participe et collabore avec les autres professionnels pendant les activités, notamment s'ils font face à davantage de difficultés. Ainsi, elle peut prendre en charge plus individuellement des personnes ayant des plus grosses difficultés.

Par ailleurs, son rôle principal est celui de transmettre ses connaissances à ses collègues afin de mieux gérer les difficultés et arriver à s'adapter à tous les usagers. Elle transmet et définit les symptômes des pathologies et explique comment les professionnels peuvent s'adapter au mieux aux capacités et incapacités des personnes.

Selon E1, l'accueil de jour est qu'une structure de passage. L'objectif principal de prise en charge dans ce type de structure est de donner du temps de répit à la famille. Toutefois, les objectifs de prise en charge, notamment ergothérapiques, sont orientés vers l'autonomie et l'indépendance. Elle intègre ces notions dans ses objectifs et axe ses activités vers celles-ci.

Le retentissement du manque de temps de présence est soulevé par E1. Elle souhaiterait augmenter son temps de travail afin de bilanter l'ensemble des usagers. Ce bilan permettra deux choses : premièrement d'adapter l'orientation des usagers vers des activités plus adaptées. Secondement, d'axer les objectifs afin de pouvoir y répondre en adaptant l'activité. Cette augmentation de présence, pourrait permettre aussi de faire davantage de prises en charge individuelles.

Question 5 : Percevez-vous un changement, une amélioration des capacités de la personne et de sa qualité de vie ?

Une amélioration peut être visible à la suite des prises en charge des usagers. Cette amélioration reste minime et rare, par le fait que c'est une maladie dégénérative. Toutefois, elle soulève une nette amélioration sur le plan social. Grâce aux prises en charge, les usagers développent un lien social avec les autres personnes accueillies. Cela influence positivement par la suite la reprise de la confiance en soi par rapport aux activités proposées et l'humeur, qui varie en fonction des jours et impacte la participation dans les activités.

Malgré un retour pauvre des familles sur le quotidien, la qualité de vie à domicile s'améliore. La famille peut ne pas voir les changements, ou sinon E1 explique que les personnes peuvent se comporter différemment dans la structure qu'à domicile. En général, les usagers à domicile ont une meilleure qualité de vie qu'avant, malgré les pertes des capacités, dues à la maladie évolutive.

<u>Entretien 2</u> : (Annexe XII)

Question 1 : Comment évaluez-vous les capacités de la personne ?

L'ergothérapeute interrogé (E2) n'effectue pas de bilan à tous les usagers, faute de temps. Il se base notamment sur ses observations des investissements des personnes lors des activités de la vie quotidienne dans la structure. Cela lui donne des informations sur les capacités et incapacités des personnes, qu'il transmet ensuite à ses collègues. La récolte d'informations passe aussi par les échanges avec les familles. Ils peuvent les rencontrer lorsqu'ils viennent à l'accueil de jour déposer la personne. Ces moments sont primordiaux pour échanger sur l'histoire de vie de la personne, connaître ses habitudes de vie, ses loisirs, …

Question 2 : Comment s'organise une journée dans votre structure ?

Les personnes sont accueillies dans la structure de 9h à 18h avec des battements d'arrivée et de départ. La journée s'organise en plusieurs parties avec des temps forts d'activité le matin et l'après-midi (1h30). Ces temps d'activité permettent de venir stimuler différentes fonctions. Des temps de repas sont imposés le matin en arrivant, le midi puis le goûter. Ces moments permettent de faire participer les usagers à la mise en place. Toutefois au moment du repas du midi, l'ergothérapeute n'intervient pas, il peut donner des pistes d'amélioration, des aides techniques pour faciliter l'autonomie et l'indépendance, si des personnes sont dans le besoin. Ils intègrent des activités pour stimuler les fonctions ainsi que des mises en situation écologique pour faire participer la personne comme à domicile. Il s'en suit des moments de repos ou encore des temps de change, WC. Ces moments sont importants pour répondre aux différents besoins primaires de la personne. Ainsi, ces besoins étant satisfaits, ils sont dans un bon environnement pour participer aux activités. Ces activités peuvent être aussi bien orales qu'écrites mais principalement en groupe (entre trois à douze personnes).

Question 3 : Quelles activités proposez-vous en ergothérapie dans la structure ?

L'ergothérapeute propose des activités telles que de la stimulation cognitive, motrice, des fonctions exécutives en intégrant les objectifs de prise en charge. L'ensemble des activités peut être aussi encadré par les différents professionnels de l'équipe de la structure. Il s'agit de la psychologue, infirmier, musicothérapeute, APA, ASG, AMP ainsi que l'ergothérapeute.

Les activités ne sont pas choisies directement par les personnes mais leur orientation vers telles ou telles activités s'axe en fonction de leurs habitudes de vie, loisirs, … Les professionnels prennent en compte ces notions pour augmenter la participation des usagers à leurs activités. Cette participation peut être d'autant plus développer lorsque les professionnels se basent de la structure pour faire leur activité. E2 nous explique qu'il s'appuie de la structure pour influencer positivement la participation des usagers aux activités de la vie quotidienne. La structure récente offre un panel d'activité se rapprochant des activités de la vie quotidienne. Il est important alors selon lui de s'y appuyer pour stimuler les personnes dans le quotidien et ne pas faire seulement des ateliers. Toutefois, tous les professionnels n'ont pas la même sensibilisation vis-à-vis de ce sujet.

En ce qui concerne la gestion des émotions, la personne est prise individuellement avec une personne de l'équipe qui se détache et qui essaye de trouver la source de cette angoisse. Souvent la venue d'une crise est une conséquence d'un problème physique ou physiologique. Il faut alors essayer d'y répondre et ainsi de réduire cette angoisse et la crise.

Question 4 : Quel est votre rôle dans la structure ?

Son rôle principal est d'essayer de bilanter les usagers par rapport à leur autonomie et indépendance. Cela lui permet alors d'établir des objectifs en cohérence avec les capacités de la personne. Les objectifs de prise en charge sont explicités dans le plan personnalisé, dont l'ergothérapeute est le référent. Il a pour rôle aussi de préparer le planning des activités de la semaine. Ensuite, en réflexion lors des réunions pluridisciplinaires, il les affile à des activités, en prenant en compte les objectifs, habitudes de vie, loisirs.

Selon E2, l'ergothérapeute a un rôle prépondérant avec la famille. Lors de rencontres avec l'entourage de la personne, il échange avec eux et sensibilise la famille aux capacités de l'usager. L'ergothérapeute explique ce que la personne fait en accueil de jour pour essayer d'avoir le même retenti sur le quotidien à domicile. Ce moment d'échange est source aussi de transmission d'information et d'orientation vers d'autres structures spécialisées si la famille rencontre davantage de difficultés. L'ergothérapeute est source d'éducation et d'information.

Les changements qu'aimerait avoir E2, serait davantage de temps de présence afin de faire des suivis à l'extérieur de la structure. C'est-à-dire de faire des interventions à domicile afin de transposer et expliquer le travail fait à l'accueil de jour et de le reproduire à domicile. Cela viendrait compléter la prise en charge.

Question 5 : Percevez-vous un changement, une amélioration des capacités de la personne et de sa qualité de vie ?

L'équipe observe des évolutions pour certains mais pas pour tout le monde. En effet, cette évolution est dépendante du stade de la pathologie au moment de l'arrivée de la personne, de son histoire de vie, … Après le mois d'essai, ils observent déjà une amélioration de l'attitude de la personne. Elle est moins tendue, plus dans l'interaction sociale et a davantage de participation spontanée. La composante sociale se développe, engendrant une amélioration de l'investissement des personnes dans les activités. Cette participation permet ainsi d'entretenir les capacités et de les maintenir à long terme. Les interventions sont tournées vers l'autonomie car la personne est souvent indépendante mais peu autonome. Ainsi, la sollicitation spontanée de ses capacités est primordiale à travailler. L'ensemble de ces observations permet de mettre en avant une amélioration positive même minime. Mais l'objectif principal reste le maintien puisqu'il s'agit d'une pathologie dégénérative.

Régulièrement, la famille donne un retour positif par rapport aux comportements des personnes à domicile. Ils ont moins de trouble du comportement, améliorant ainsi la qualité de vie de la personne dans le quotidien.

<u>Entretien 3</u> : (Annexe XIII)

Question 1 : Comment évaluez-vous les capacités de la personne ?

Les usagers sont évalués en deux temps. Tout d'abord, les AMP évaluent les capacités des personnes avec un bilan maison préparé par l'ergothérapeute. Il comprend l'orientation temporo-spatiale, fonctions exécutives, praxie, graphisme, fluidité verbale, réponse à un ordre simple, calcul. Puis, l'ergothérapeute ou la psychologue font passer le MMS. La psychologue s'occupe aussi de l'histoire de vie de la personne. Enfin, c'est en équipe que le projet de vie de la personne est réfléchi, après le mois d'essai.

L'équipe base ses observations sur des mises en situation écologique, notamment au niveau du repas. Ce moment permet de stimuler les personnes sur une activité de la vie quotidienne. Il y a aussi le rangement de la structure, la cuisine, des sorties en extérieur une fois par mois. Toutefois, s'il manque des informations, les professionnels peuvent prendre contact avec la famille via un cahier de liaison. Ce cahier permet d'établir un échange sur le quotidien de la personne (s'il y a eu un problème) et de transmettre des informations entre l'équipe et la famille. En plus de ce cahier, deux moments de rencontre sont proposés par an, une fois à Noël et un barbecue en juillet.

Question 2 : Comment s'organise une journée dans votre structure ?

Les usagers sont accueillis de 9h30 à 16h30. Ils ont à leur disposition trois camions pour aller chercher les personnes. Puis les personnes sont réparties selon leurs capacités sur deux niveaux (deux étages différents). La matinée commence par un atelier cognitif individuel, encadré par les AMP et infirmière ou ergothérapeute en fonction des présences. Ensuite un temps de quizz à l'oral en groupe est prévu avant le repas. Puis dans l'après-midi des ateliers différents sont proposés sur les deux niveaux. Au premier étage des ateliers plus de chants, danse, Snoezelen, gym douce, … alors qu'au deuxième il s'agit plus d'activité manuelle. L'ensemble des activités est établi sur un planning, avec des roulements sur les jours de la semaine. Durant l'ensemble de la journée, des temps de repas, repos et de change, WC sont prévus pour répondre aux différents besoins des usagers.

Question 3 : Quelles activités proposez-vous en ergothérapie dans l'accueil de jour ?

L'intervention en ergothérapie se table sur un temps de 7h par semaine de présence. L'ergothérapeute intervient durant les activités que le jeudi matin, soit au moment de l'atelier cognitif. Elle axe ses prises en charge auprès des personnes ayant de plus grandes difficultés. Puis le reste du temps, elle ne participe pas aux activités manuelles. Les activités sont davantage encadrées par les AMP et l'infirmière en fonction de des présences. Les activités sont imposées par l'équipe pluridisciplinaire aux usagers mais ils ont le libre choix de refuser de la faire.

Selon E3, la structure, récente, influence positivement la participation aux usagers durant les activités et les moments quotidiens.

Quant à la gestion des troubles, lorsqu'un usager fait une crise, un membre de l'équipe se détache pour le prendre individuellement et l'oriente vers la salle Snoezelen (développée par la psychomotricienne) ou en balade en extérieur sur la terrasse, jardin s'il exprime le besoin de sortir. La réduction des troubles du comportement est influencée par l'entente entre les personnes. Par conséquent, si des personnes sont en mauvais terme, l'équipe décide de les séparer d'étage. Cette gestion des émotions est complétement intégrée dans les objectifs de prises en charge de la psychomotricienne et de l'APA.

Question 4 : Quel est votre rôle dans la structure ?

L'intervention de l'ergothérapeute se détache sur deux temps. Le premier temps est consacré à la coordination avec l'équipe pluridisciplinaire et avec les familles et l'administratif. Ces temps comprennent la supervision des ateliers afin d'orienter les professionnels sur les prises en charge à faire avec les usagers en fonction de leurs objectifs et projet de vie. L'ergothérapeute doit aussi faire une évaluation rapide de l'autonomie et de l'indépendance des personnes dans les premiers temps de prise en charge. Cela intègre les transferts, la marche, les toilettes, les repas, l'orientation vers des aides en fonction des difficultés observées, … Ce petit questionnaire fait office d'état des lieux des capacités de la personne et est rempli tous les six mois lors de la réévaluation des projets de vie. E3 souligne l'importance d'insérer des objectifs sur l'autonomie et l'indépendance dans les projets de vie des usagers, en se tablant sur le questionnaire.

Selon E3, elle souhaiterait faire moins de coordination pour s'atteler davantage aux prises en charge, être au plus proche des usagers et des autres professionnels de santé pour apporter ses connaissances. Par ailleurs, avoir un retour plus régulier des infirmiers serait intéressant pour elle. Effectivement, cela donnerait des informations objectives sur l'autonomie et l'indépendance des personnes au quotidien, dans le but ensuite d'axer ou réorienter les objectifs de prise en charge.

Question 5 : Percevez-vous un changement, une amélioration des capacités de la personne et de sa qualité de vie ?

Avec la maladie d'Alzheimer, il y a rarement des améliorations. Les objectifs de prises en charge s'axent davantage sur le maintien des capacités et de l'autonomie. Toutefois, les troubles du comportement et les liens sociaux ont pu être améliorés. Les familles observent sur le quotidien à domicile moins de trouble du comportement,

améliorant ainsi leur qualité de vie. De plus, le lien social a pu être stimulé grâce aux rencontres mises en place par la ville. Ces rencontres comprennent des moments d'échange avec des personnes âgées de leur commune mais aussi des moments avec les enfants d'une école. Les rencontres intergénérationnelles avec les enfants sont sources de grande stimulation et accentuent la participation des usagers à ces temps d'échange. Ils apprécient beaucoup ces moments de rencontre avec les enfants.

Ces éléments sont observés par l'équipe mais aussi exprimés par les familles. Ils font des retours réguliers de la vie quotidienne et évoquent leurs difficultés aux besoins. De temps en temps l'équipe de la structure reçoit des retours des infirmiers.

4.2- Analyses transversales

Je vais maintenant croiser les différentes idées évoquées par les trois ergothérapeutes interrogés pour chaque question. Cela me permettra de mettre en avant les similitudes mais aussi les particularités des différentes pratiques de chaque structure. (Annexe IV).

Question 1 : Comment évaluez-vous les capacités des personnes ?

Cette question vise à comprendre si l'ergothérapeute évalue les capacités de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, dans le cadre d'une prise en charge en journée. Parmi les trois ergothérapeutes interrogés, deux d'entre eux ne réalisent pas d'évaluation automatique. E1 et E2, expliquent manquer de temps pour bilanter tout le monde et par conséquent font passer des bilans maisons que sur demande de l'équipe. L'autre ergothérapeute (ou la psychologue) effectue le MMS à l'entrée de l'usager mais une autre partie des bilans est effectuée par une AMP.

Les trois ergothérapeutes élaborent leurs objectifs à partir des observations faites lors des mises en situation écologique. Leurs observations se tablent sur la capacité des personnes à participer aux activités de la vie quotidienne. La principale activité est celle du repas du midi. Effectivement, les personnes doivent participer à la mise en place de la table, débarrassage, service, … Cette participation permet de les stimuler à des activités communes à celles du quotidien à domicile.

L'ensemble des personnes interrogées souligne l'importance d'échanger avec la famille. Cela a pour but d'avoir davantage d'informations par rapport au quotidien des usagers mais aussi d'échanger sur les difficultés vécues au quotidien. Pour une des

ergothérapeutes, ils utilisent en plus des moments de rencontre, un cahier de liaison pour transmettre des informations entre la famille et l'équipe pluridisciplinaire de la structure.

Question 2 : Comment s'organise une journée dans votre structure ?

Les trois ergothérapeutes expliquent un fonctionnement quasiment identique. Les usagers arrivent au compte-goutte le matin à partir de 9h et leur départ varie entre 16h30-18h. Ils ont ensuite des activités le matin et l'après-midi. Ces activités se définissent sur un planning avec un roulement régulier, pour permettre de varier les activités. Elles sont principalement en groupe. Pourtant, pour deux d'entre eux, certaines activités notamment cognitives sont individuelles. L'une, décrit que les activités cognitives du matin sont individuelles en laissant en autonomie les personnes ayant le moins de difficultés. Puis l'après-midi, des activités davantage de groupe sont mises en place. Le temps de midi est consacré au repas, avec la participation des usagers à mettre la table, … Toutefois, la présence des ergothérapeutes n'est pas requise durant ce temps. Les trois ergothérapeutes peuvent intervenir ponctuellement sur demande des autres professionnels auprès de personnes ayant des difficultés.

Durant la journée, les professionnels des trois structures prévoient des temps réguliers pour répondre aux besoins primaires des personnes. Plusieurs temps de repas sont définis dans la journée, des moments pour les changes, aller aux toilettes et par ailleurs des temps de repas, notamment à la fin du repas pour laisser les personnes se reposer si ils le souhaitent.

Question 3 : Quelles activités proposez-vous en ergothérapie ?

Les trois ergothérapeutes interrogés m'expliquent que leur temps de présence est faible (30%, 7h/semaine). Ils participent par conséquent peu aux activités de la structure. Ils encadrent tous trois, des activités différentes. Deux d'entre eux vont animer des activités manuelles, cognitives, motrices, alors qu'une autre ne fait pas d'activités manuelles mais principalement des activités cognitives. Ils citent par ailleurs que les activités sont encadrées par l'ensemble de l'équipe de la structure et notamment les AMP grâce à leur temps de présence plus important.

La participation et l'investissement des personnes sont influencés positivement par la structure. Dans les trois cas, la structure est récente, offrant un large panel d'action et d'activité de la vie quotidienne. Un ergothérapeute souligne l'importance de la structure

dans la mise en place de ses activités. En effet, pour lui, il se base de la structure pour optimiser et développer la participation des usagers aux activités. Toutefois, il exprime que tous les professionnels ne sont pas sensibilisés à stimuler les personnes dans les actes de la vie quotidienne via les activités pouvant être faites dans la structure.

Quant à la gestion des émotions, deux structures parmi les trois possèdent une salle Snoezelen. Un des membres de l'équipe se détache pour prendre en individuel la personne et l'orienter vers cette salle afin de l'apaiser et la calmer. Selon elles, cette salle fonctionne très bien pour la gestion de crise. Par ailleurs, une ergothérapeute explique faire des balades aussi en extérieur sur la terrasse et dans le jardin si la personne exprime une envie de sortir prendre l'air. Ils prennent en compte l'envie de la personne pour réussir à la calmer et réduire sa crise. Toutefois, une autre façon de faire est expliquée par un autre ergothérapeute. Il cite que la source d'une crise provient d'un problème physique ou physiologique. Ainsi, dans cette structure, un professionnel s'occupe individuellement de la personne et cherche à trouver son problème, son besoin à satisfaire.

Question 4 : Quel est votre rôle d'ergothérapeute dans cette structure ?

Sur les trois entretiens, les rôles de l'ergothérapeute se rejoignent sur certains points. Tout d'abord, ils décrivent un rôle important de supervisions des activités. Ils gèrent les plannings et la répartition des usagers, avec l'aide des autres professionnels de l'équipe lors de réunions. L'ergothérapeute prépare les activités et peut en encadrer certaines. La particularité de E1 c'est qu'elle prend en individuel les personnes avec le plus de difficultés. Cette préparation intègre, selon les trois ergothérapeutes des objectifs d'autonomie et d'indépendance. Ces objectifs s'insèrent et sont décrits dans le projet de vie/soins de la personne. Pour E2, l'ergothérapeute est même désigné référent de ces projets. Ainsi, l'ergothérapeute doit établir des objectifs ciblés sur l'autonomie et l'indépendance, qui doivent être intégrés dans les prises en charge des professionnels.

Selon deux ergothérapeutes, ils ont un rôle primordial de coordination dans l'équipe. Il doit communiquer avec l'ensemble des professionnels et transmettre, pour E1 ses connaissances aux autres professionnels. Cet apport d'information sur les symptômes de la maladie a pour but d'aider les professionnels à adapter au mieux leurs activités en fonction des usagers. La coordination doit aussi se faire avec les familles. Pour les trois ergothérapeutes, ils doivent être présents aux moments des échanges avec la famille. E2 rajoute même que l'ergothérapeute a un rôle de sensibilisation avec la famille afin de

donner des informations quant aux prises en charge en accueil de jour et de les orienter vers d'autres structures plus adaptées en cas de difficultés plus importantes.

Cependant, quelques discordances sont visibles. E1 ne participe pas aux entretiens d'entrée et fait peu de bilan, comparé à E3 qui bilante à partir du MMS les capacités des usagers.

Quant aux changements souhaités, deux d'entre eux souhaiteraient avoir plus de temps de présence dans la structure afin de pouvoir bilanter chaque usager. Cela permettrait de définir des objectifs plus spécifiques et améliorer, axer les prises en charge via des activités pertinentes en vue des objectifs à travailler. Pour une autre ergothérapeute, elle souhaiterait consacrer moins de temps de coordination et davantage s'adonner aux prises en charge avec les usagers. Enfin, la continuité du suivi est un autre sujet abordé pour E2 et E3. Pour l'un, des interventions à domicile seraient pertinentes pour transmettre à la famille et transposer les activités faites à la structure, à domicile. Inversement ses interventions seront sources de données sur les capacités réelles de la personne dans le quotidien à domicile où l'environnement n'est pas forcement favorable à la participation. Pour l'autre, d'avoir davantage de retour d'infirmier intervenant à domicile. Leurs retours étant plus objectifs comparés à ceux de la famille, permettraient d'avoir des informations pertinentes dans le but d'améliorer les prises en charge dans l'accueil de jour.

Question 5 : Percevez-vous un changement, une amélioration des capacités de la personne et de sa qualité de vie ?

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés soulignent l'importance du maintien des capacités et de l'autonomie de la personne. En effet, les personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, une maladie neurodégénérative, provoquant une perte des capacités à rester autonome et indépendant. Par conséquent, les changements des capacités sont dépendants du stade de la maladie à l'arrivée de la personne. Un ergothérapeute explique que le principal travaille est de stimuler davantage l'autonomie puisqu'ils sont principalement indépendants mais peu autonomes. La sollicitation spontanée des capacités n'est pas très réactive, il faut alors baser les prises en charge, selon lui sur cette sollicitation. Ainsi, pour les trois ergothérapeutes, il faut axer ses prises en charge et objectifs sur ce maintien. Toutefois, ils observent tous les trois des améliorations, même minimes sur les troubles du comportement, les liens sociaux. Les usagers améliorent dans un premier temps leur composante sociale, qui leur permet par la suite de s'investir

davantage dans les activités. Cette participation étant de plus en plus importante stimule alors les capacités. E1, explique que les prises en charge permettent en plus, une reprise de la confiance en soi.

De façon globale, l'amélioration des troubles du comportements et le lien social permet une meilleure qualité de vie à domicile. La famille, dans deux structures, font régulièrement des retours positifs à l'équipe (échange direct ou cahier de liaison pour une structure). Les échanges sont nombreux entre eux permettant de garder un suivi et comprendre les usagers à domicile. De temps en temps, les trois ergothérapeutes font face à une différence de comportement de la personne entre la structure et à domicile. Pour l'autre ergothérapeute, les retours de la famille sont plus rares mais sont souvent positifs. Ces retours peuvent aussi avoir lieu avec d'autres professionnels intervenant à domicile, comme l'E.S.A. ou des aides à domicile. Toutefois, les échanges avec les autres structures sont plus ponctuels.

5- Discussion

Je débute cette discussion par une analyse des résultats en lien avec les parties théoriques afin de rapprocher les pratiques des ergothérapeutes interrogés aux éléments théoriques évoqués précédemment. Puis, je synthétiserai la réponse de question de recherche, avant de finir sur une autocritique du travail fourni et les apports.

5.1- Analyse des résultats en lien avec les problématiques théoriques

5.1.1- Lien avec le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels

Le MCREO est un modèle développant l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement. Pour cela, il se base sur plusieurs composantes. Il s'intéresse à la notion d'engagement, c'est-à-dire la participation de la personne et l'habilitation, soit la création d'un environnement favorable au développement et maintien des capacités restantes de la personne. Il est important d'observer **l'impact de l'environnement** sur la participation de la personne.

A travers l'analyse transversale, une des ergothérapeute réalise un bilan validé (MMS) afin d'évaluer les atteintes cognitives. Les deux autres ergothérapeutes peuvent faire passer des bilans maisons aux usagers sur demandes des professionnels. Ils pratiquent pour les trois, davantage l'observation pour établir les difficultés de la personne. Ces observations se tablent sur les mises en situation écologique, notamment au moment du repas. Ils identifient alors l'impact des troubles sur les activités de la vie quotidienne.

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que **l'environnement influence positivement** la participation des personnes aux activités. Ainsi, l'habilitation est propice dans ce type de structure. L'environnement physique par les structures récentes est un cadre favorable à cette participation, tout comme l'environnement social. Le **soutien de l'entourage** est notamment des familles est souligné comme un pilier de la prise en charge. L'encadrement des professionnel, la diversité des interventions et des rôles de chacun est de qualité, sécuritaire et garantissant l'**engagement**. Ces différents soutiens sont une aide à la prise en charge et permet avec les familles de continuer la stimulation et le suivi des occupations à domicile.

Toutefois, les ergothérapeutes interrogés soulèvent une difficulté de transpositions des activités et occupations à domicile. En effet, l'environnement physique et social change entre la structure et le domicile, provoquant des **changements d'occupation**. La personne peut alors se comporter différemment et par conséquent développer des occupations différentes entre les deux environnements. Il est alors important selon les ergothérapeutes d'échanger avec la famille pour écouter leur remarque et trouver des solutions si les difficultés deviennent trop contraignantes. Ce modèle souligne l'interaction entre la personne, ses occupations et ses environnements. Même si les ergothérapeutes n'ont pas évoqué ce modèle, il n'en ait pas moins qu'ils s'intéressent à cette interaction. Particulièrement E2, cherche à se baser de l'environnement physique mais aussi social pour venir stimuler les occupations de la personne. La pratique des activités de la vie quotidienne vient travailler différentes les composantes de la personne, soit la sphère cognitive (stimulation de la sollicitation spontanée, fonctions exécutives), motrices, sensitives, …

L'évolution des troubles cognitifs est minime puisque les personnes sont atteintes d'une maladie dégénérative. La perte des capacités réduit les occupations et l'engagement des personnes. Le but des professionnels et notamment des ergothérapeutes est de

restimuler les personnes et de développer leur engagement en leur proposant des occupations en lien avec leur loisir pour renforcer la participation. Ces éléments travaillent la stimulation des différentes fonctions et ainsi aide au maintien des capacités. En bref, l'environnement influence positivement la participation et l'engagement de la personne dans ses occupations, travaillant alors les fonctions afin de les maintenir principalement. Une amélioration est observée pour **la sollicitation spontanée** et **réduction des troubles du comportement**.

Ce modèle souligne l'**interaction** entre la personne, ses occupations et son environnement. Son environnement aussi bien physique que social influence positivement la participation et l'engagement de la personne dans ses occupations ; travaillant les fonctions diverses de la personne afin de maintenir voire d'améliorer ses capacités. En conservant ainsi ses capacités la personne permet de **maintenir une performance occupationnelle**. Les ergothérapeutes s'intéressent à l'ensemble de ces interactions, particulièrement pendant les mises en situation écologique.

5.1.2- Lien avec la qualité de vie selon Maslow

Durant les entretiens avec les ergothérapeutes, des questions se réfèrent à la qualité de vie selon Maslow. Cela intégrer les différents besoins afin d'identifier les effets de ces besoins sur la qualité de vie en générale des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer. Les besoins pour un individu, d'après la pyramide de Maslow, sont hiérarchisés par catégories. On retrouve à la base les besoins physiologiques, les besoins de sécurité.

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que la **satisfaction des besoins physiologiques** sont primordiaux pour le bien-être de la personne. Les professionnels des structures sont soucieux de répondre à tous les besoins primaires des usagers. Ils prévoient des temps de repos, de nombreux moments de repas (petit-déjeuner, déjeuner, gouter) et des moments prévus pour les changes et aller aux WC. Dans une structure, la cuisine est même en libre-service pour les usagers mais est très rarement utilisée. Pour un autre ergothérapeute, il est très important de répondre à ces besoins afin de limiter les troubles du comportement. Effectivement, la source de trouble du comportement peut être des problèmes physiques ou physiologiques. Ainsi pour réduire les troubles, il est important de répondre aux besoins physiologiques des usagers.

Le **besoin d'appartenance** est un point soulevé par les trois ergothérapeutes. Ils observent à la suite du mois d'essai une amélioration de la composante sociale. Les prises en charge étant notamment en **groupe**, stimulent les personnes sur cette composante et satisfait le besoin d'appartenir à un groupe. La famille évoque moins de stress et d'anxiété à la suite des prises en charge et les usagers se sentent mieux. Ils font par ailleurs, moins de crises de troubles du comportement. Cette réduction permet à la personne d'avoir une meilleure qualité de vie à domicile et de s'investir davantage dans les activités de la vie quotidienne.

En ce qui concerne le **besoin d'estime**, une des ergothérapeutes explique qu'à la suite des prises en charge les personnes ont une **reprise de confiance en soi**. La relation aussi bien entre les usagers, qu'avec les professionnels participent à la reconnaissance et le sentiment de signe d'affection. Les moments de la journée permettent alors de satisfaire le besoin d'estime et **revalorise** les personnes, ce qui peut engendrer une meilleure participation dans les acticités.

Néanmoins, si ces besoins sont souvent satisfaits, le besoin de s'accomplir est plus complexe à réaliser. Il est nécessaire pour cela, que les usagers poursuivent les activités proposées dans la structure mais aussi s'engagent dans les activités de la vie quotidienne à domicile. La poursuite des occupations à domicile permet de stimuler les connaissances et les fonctions mis en jeux durant les prises en charge dans l'accueil de jour. Ils ont pour but de maintenir ses capacités, voire de les améliorer si c'est possible.

Le rôle de l'ergothérapeute mais aussi des autres professionnels est de garantir la satisfaction principalement les besoins physiologiques et d'appartenance. Selon les retours des familles, l'usager serait moins fatigué et développerait moins de troubles du comportement. Ainsi, par cet **équilibre des besoins**, la personne peut s'investir davantage dans le quotidien et dans les activités proposées en accueil de jour. Par cette participation d'autant plus importante, les capacités sont stimulées, évitant à la personne d'être de plus en plus dépendante.

En bref, selon les ergothérapeutes, la prise en charge en accueil de jour améliore le lien social et réduit les troubles du comportement. Ces améliorations apportent à la personne une **meilleure participation** aux activités proposées en accueil de jour au fil du temps. L'engagement dans les occupations et activités vient alors stimuler les capacités restantes des personnes et lui permettre de retrouver confiance en soi. Il peut alors avoir

une répercussion sur le quotidien à domicile, où la personne peut ainsi avoir **une meilleure qualité de vie.**

5.1.3- Lien avec l'indépendance et l'autonomie

La profession d'ergothérapeute base sa pratique sur ces concepts d'autonomie et d'indépendance. Ces notions sont en étroites collaboration. Il est alors important d'avoir des éléments de réponses pour connaitre l'autonomie et l'indépendance des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, suite aux prises en charge en accueil de jour.

D'après les analyses des résultats, les ergothérapeutes décrivent que la personne est encore en capacité de faire diverses activités. La personne est **indépendante** mais très **peu autonome**. La sollicitation spontanée des capacités se dégradent dans le temps. La personne est souvent en capacité de faire les activités de la vie quotidienne et les diverses activités mais ne prend pas d'initiative. Il faut instaurer une certaine routine pour que la personne stimule la **sollicitation spontanée**. Par la répétition, la personne développe des capacités d'autonomie et prend des initiative petit à petit.

Le rôle de l'ergothérapeute selon les professionnels interrogés, est ciblé sur l'autonomie et l'indépendance. Ils évaluent les capacités par des observations lors des mises en situation écologique, activités, questionnaire selon les structures. Puis ils établissent des **objectifs** en lien avec l'autonomie et l'indépendance. Les objectifs principaux des projets de soins des usagers intègrent ces deux notions. L'ergothérapeute a alors un rôle primordial dans l'élaboration des projets grâce à ses connaissances et sa formation. Selon E2, il est même le référent des projets de soin des usagers de sa structure. Ensuite, à partir des différents objectifs, les ergothérapeutes doivent préparer et si possible encadrer les activités de la structure. Ils sont décrits comme les superviseurs des activités puisqu'ils gèrent les activités permettant de stimuler l'autonomie et l'indépendance. Même si le planning des activités est imposé dans certaines structures, les professionnels essayent de laisser le choix. Il réside à prendre une décision entre deux activités ou prendre des initiatives durant l'ensemble des actes de la vie dans la structure.

Pour davantage stimuler les composantes de l'autonomie et de l'indépendance, ils doivent **se coordonner** avec l'équipe et l'entourage intervenant à domicile (famille et professionnels). Ils abordent avec les familles les différentes notions travailler en structure

afin de retransposer les stimulations à domicile. Ils échangent avec les autres intervenants à domicile pour connaitre les difficultés dans le quotidien. Ces données objectives sont sources de réorientation des prises en charge dans la structure et avoir des informations quant à l'autonomie et l'indépendance de la personne. Ils peuvent aussi transmettre ses connaissances à ses collègues pour orienter les prises en charge, les sensibiliser à stimuler les usagers et les faire participer au maximum au quotidien de la structure. L'ensemble de ces échanges permet de travailler l'autonomie et l'indépendance dans les différents environnements de la personne et ainsi essayer de les maintenir voire de les améliorer.

Cependant les ergothérapeutes expriment des **limites** quant à leur intervention au niveau de l'autonomie et l'indépendance. Deux d'entre eux souhaitent avoir plus de temps pour bilanter les usagers et ainsi connaitre exactement les difficultés de la personne dans le quotidien. En sachant les capacités et incapacités, ils peuvent orienter les objectifs et les rendre plus personnels. Par conséquent, les prises en charge via les activités sont axées selon les objectifs des usagers. Les activités sont plus adaptées aux capacités des personnes et viennent travailler les points à améliorer ou maintenir. Ainsi, la qualité de vie peut être maintenue davantage ou améliorer grâce aux stimulations pertinentes, orientées par les ergothérapeutes.

La limite des prises en charge à domicile est aussi formulée par un ergothérapeute. Il n'a pas beaucoup d'information sur la réalité du quotidien à domicile. Pour remédier à cette situation et développer ses données, l'ergothérapeute souhaiterait **un suivi à domicile**. Son intervention dans le quotidien de la personne permettrait de transposer les activités faites en structure et de les adapter en fonction des observations à domicile. Ce suivi continu chez la personne pourrait améliorer l'autonomie et l'indépendance de la personne puisqu'elle serait stimulée dans la structure et à domicile. Le rôle de la famille est alors primordial pour le bon déroulement de ces interventions. Ainsi, intervenir à domicile permet de donner des conseils et des informations sur les occupations à mettre en place à domicile et inversement, d'orienter davantage les prises en charge en structure en fonction des difficultés vécues à domicile.

5.2- Réponse à ma question de recherche

A la suite de l'analyse des résultats et la mise en lien avec les théories évoquées dans la deuxième partie, je vais répondre à ma question de recherche : comment l'accompagnement ergothérapique, ciblés sur les AVQ peut-il améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, dans un accueil de jour ?

Avec la maladie d'Alzheimer, les personnes ont **une perte progressive des fonctions** cognitives, praxiques, des fonctions exécutives. Le déclin des fonctions a un retentissement sur leurs capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne. Au fur et à mesure ils se désinvestissent de leurs occupations et ont une tendance à s'isoler, réduisant les contacts sociaux. De même, les activités de la vie quotidienne étant impactées, les besoins physiologiques peuvent ne pas être satisfaits, tout comme les besoins d'appartenance, d'estime et d'accomplissement. L'ensemble de ces **insatisfactions** ont un **impact négatif** sur la qualité de vie en général de la personne. Puis, cela engendre de plus en plus de perte et **un déclin des capacités**. Il s'agit d'un certain cercle vicieux. Afin d'enrayer ce système, il peut alors être nécessaire de s'orienter vers des structures adaptées comme des accueils de jour.

Suite aux recherches scientifiques et aux trois entretiens établis, l'ergothérapeute semble avoir un **rôle central** dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. A partir de bilans et principalement d'observations lors des activités et mises en situations écologiques, les ergothérapeutes établissent des objectifs de prises en charge. Ces **objectifs** sont tournés vers **l'autonomie et l'indépendance** et s'insèrent dans le projet de soins. A la suite, ils préparent des activités en fonction des objectifs des usagers présents afin d'y répondre le plus possible. Les activités, même si elles sont imposées par les thérapeutes, dépendent des demandes, des envies et loisirs des usagers. L'ergothérapeute met en place **des activités signifiantes et significatives** pour la personne malade. Elles sont généralement faites en groupe et encadrées par les différents professionnels de la structure, qui peuvent demander de l'aide à l'ergothérapeute. L'ergothérapeute a un rôle de **coordinateur** et d'**intermédiaire** pour transmettre des informations. Ce rôle est aussi important avec la famille pour transposer le travail fourni dans la structure aussi à domicile. Ce suivi peut permettre de continuer la stimulation, limiter le déclin des fonctions et maintenir l'autonomie et l'indépendance.

L'accompagnement en ergothérapie se base de **l'environnement physique** (structure) et **social** (professionnel et entourage de la personne) pour développer les activités. Elles se rapprochent le plus possible des activités de la vie quotidienne. Cela contribue dans un premier temps à **réduire les troubles du comportements** et à **améliorer la composante sociale**, en répondant aux différents besoins. Puis, par satisfactions des besoins, la personne peut avoir un meilleur **engagement** dans les occupations. Cette performance occupationnelle accrue stimule les fonctions et donc aide à maintenir voire améliorer les capacités. Par conséquent, le maintien des fonctions joue positivement sur l'autonomie principalement et l'indépendance, grâce à la performance occupationnelle .

En bref, les prises en charge de la personne malade aident à réduire les troubles du comportement et à développer des liens sociaux. Le **maintien des capacités** est possible via la **performance occupationnelle**, permettant une meilleure **qualité de vie**. A domicile, la famille relève principalement un meilleur bien-être de la personne grâce à la baisse des troubles du comportement

L'ergothérapeute, en stimulant les personnes lors d'activités mais aussi pendant les activités de la vie quotidienne de la structure, aide au maintien des capacités et de la qualité de vie des personnes. Il a un rôle aussi central de coordination avec l'équipe et la famille.

5.3- Autocritique et limites de l'étude

En m'orientant vers la prise en charge des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer, j'ai pu interroger trois ergothérapeutes travaillant en accueil de jour. Le fonctionnement de la structure et leur rôle varient, donnant une variété de résultats et d'informations. J'ai pu obtenir très peu d'entretien par manque d'ergothérapeute en accueil de jour. Ce faible échantillon ne permet pas de généraliser la pratique de l'ergothérapeute. Je n'ai pas pu avoir alors saturation des résultats.

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs, mais ils n'ont pas été réalisés en face à face, ce qui peut être un biais. Effectivement, les échanges sont différents en direct que via un téléphone. Je n'ai pas pu observer leur comportement non-verbal, par exemple. Le choix de la méthode qualitative m'a permis d'échanger et de rebondir sur des points. La méthode quantitative m'aurait permis de récolter plus d'informations et de comparer les

différentes prises en charge faites en accueil de jour. Mais par manque d'ergothérapeute intervenant dans ce type de structure, le taux de réponses aurait pu être faible et ainsi biaiser les résultats. Les informations sont plus détaillées et pertinentes ainsi en utilisant la méthode qualitative. Cependant, je m'attendais à avoir plus d'informations sur le rôle de l'ergothérapeute lors des activités et la spécificité de leur action, notamment sur les activités de la vie quotidienne. Leur temps de présence étant faible, ils ont un rôle plus de coordinateur. Une orientation des entretiens avec des ergothérapeutes ayant plus de temps de présence dans la structure aurait pu m'apporter davantage d'informations sur le rôle de l'ergothérapeute, ciblé sur les activités de la vie quotidienne. Par ailleurs, je me suis demandé si certaines de mes questions étaient alors pertinentes. Au vue des questions deux et trois sur le rôle de l'ergothérapeute dans les activités et en général, elles ont pu induire des erreurs et manquer de distinction, de différenciation.

5.4- Apports personnels

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances et de m'en procurer des nouvelles sur les prises en charge an accueil de jour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Afin de récolter ces informations, le mémoire m'a apporté une stimulation de ma curiosité quant à la recherche bibliographique, notamment sur les articles et données scientifiques. Même si nous avions déjà reçu des cours sur cette pathologie, les lectures ont été source de nouvelles connaissances et de compréhension de certains symptômes. Puis les échanges avec les ergothérapeutes de terrain m'ont permis de développer mes capacités d'échange et d'arriver à rebondir sur les éléments apportés.

Ce travail m'a permis de me familiariser avec la méthodologie d'un mémoire. Il m'a permis de développer mes capacités de recherches scientifiques, de lecture, de résultats, d'améliorer ma rédaction et mon esprit de synthèse. Selon moi, il a été intéressant d'associer les concepts théoriques à la pratique. Il me semble pertinent de poser des termes spécifiques d'ergothérapie sur la pratique des thérapeutes, notamment ceux des modèles conceptuels.

Mener à bout ce mémoire n'a pas été simple, j'ai eu des doutes et des remises en question. Mais ce fut un enrichissement personnel d'élaborer des démarches de recherches,

d'analyse, de synthèse mais aussi de réussir à tenir des entretiens avec des ergothérapeutes. L'ensemble de ce travail a été l'occasion d'enrichir mes connaissances, de me familiariser avec la méthode et de tenir une certaine rigueur. Ces différents points sont bénéfiques pour ma future pratique professionnelle.

5.5- Apports professionnels et perspectives

Ce travail du mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de faire de nombreuses lectures dans le domaine de la santé publique. J'ai pu constater un fort accroissement de la population vieillissante depuis quelques années et qui va perdurer dans le temps. Par conséquent, de plus en plus de personnes peuvent être touchées par la maladie d'Alzheimer. Les personnes âgées aspirent à maintenir une bonne qualité de vie à domicile le plus longtemps possible. En parallèle, les politiques actuelles souhaitent un maintien des personnes âgées le plus longtemps possible, à leur domicile. Par exemple, ils développent des plans Alzheimer afin de répondre aux besoins des personnes touchées par cette maladie. Celui de 2008, axe un objectif sur les structures relais de soutien et d'accompagnement, tel que les accueil de jour.

Ainsi, grâce aux travaux fournis, il est important de faire connaitre et reconnaitre notre profession au sein du domaine de la gériatrie. Nous pouvons apporter des connaissances et des compétences au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans le but d'accompagner au mieux ces personnes dans le maintien de leur qualité de vie à domicile.

Les éléments développés lors des entretiens et le croissement avec les notions théoriques semblent réconforter l'idée de la pertinence d'un accompagnement ergothérapique au sein de ces structures. Il a plusieurs rôles, que ça soit avec l'équipe, les familles ou les personnes malades. L'ergothérapeute a un rôle de coordinateur avec les équipes et échange beaucoup avec les familles. Il peut aussi apporter ses connaissances et son savoir aux autres professionnels afin d'améliorer les prises en charge. Il axe les objectifs des activités vers l'autonomie et l'indépendance afin d'avoir une plus grande répercussion sur le quotidien à domicile. Chaque professionnel expose ses connaissances, apporte sa pierre à l'édifice afin de diversifier les prises en charge et tendre vers un accompagnement global de la personne. Lorsqu'il en a le temps, l'ergothérapeute peut encadrer des activités.

Durant ces entretiens, même s'ils n'évoquaient pas clairement les notions du MCREO, ils intégraient dans leur prise en charge l'interaction entre les personnes, les occupations et l'environnement. Il pourrait être envisager alors d'échanger avec des ergothérapeutes utilisant ce modèle au sein de leur prise en charge avec cette population. De plus, lors de ces échanges, les ergothérapeutes soulèvent souvent de ne pas avoir assez le temps de mettre en place toutes leurs idées. Il serait alors intéressant d'interroger des ergothérapeutes ayant davantage de temps de travail sur la structure. Cela permettrait de récupérer davantage d'informations de l'accompagnement en ergothérapie auprès des personnes malades (activités). La comparaison ouvrirait vers des perspectives de prises en charge spécifiques en ergothérapie.

Enfin, les prises en charge en accueil de jour ne répondent pas tout le temps à la totalité des besoins. Selon d'autres études et le fonctionnement d'autres structures prenant en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, elles ont prouvé que des interventions à domicile apportent un bénéfice sur la qualité de vie des personnes malades. Il pourrait alors être envisager des interventions d'ergothérapeute des accueils de jour à domicile. Ils pourront transposer les activités faites en structure à domicile. Ce serait un moment d'échange avec l'entourage. Le thérapeute peut donner des conseils à la famille et les orienter aux besoins vers d'autres structures plus adaptées. Inversement, les échanges avec la famille et les observations aideront les professionnels à réorienter leurs objectifs et ainsi les prises en charge qui en découleront.

5- Conclusion

L'Etat français prend des mesures face à **l'accroissement de la population vieillissante** et donc de l'augmentation des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer. Les premières mesures évoquant des structures de répit, sont déclarées en 2008, via le **plan Alzheimer**. Les accueils de jour sont alors développés à la suite pour répondre aux objectifs. Toutefois, le **taux de présence d'ergothérapeute** travaillant dans ce type de structure reste **faible.** C'est pour cela que mon étude tente à montrer que l'accompagnement en ergothérapie répond aux objectifs thérapeutiques d'un accueil de jour : le maintien de la personne à domicile en préservant son autonomie et indépendance.

La **méthode clinique qualitative** via trois entretiens avec des ergothérapeutes, m'a permis de récolter des informations en lien avec ma question de recherche. Ma trame des questions s'est axée sur les théories du **MCREO**, de la **qualité de vie** et des notions **d'autonomie et d'indépendance**. Par la suite, j'ai pu analyser les données et les mettre en lien avec les théories pour en ressortir les éléments importants et répondants à ma question.

La performance occupationnelle s'améliore au fil du temps grâce aux différentes prises en charge, supervisées en quelques sortes par l'ergothérapeute. En effet, l'ergothérapeute prévoit un planning des activités en fonction des objectifs des usagers. Les objectifs sont établis à partir des observations lors des mises en situation écologique, en équipe. Les activités sont encadrées par les différents professionnels de la structure mais rarement par l'ergothérapeute. Il a un **accompagnement indirect** auprès des personnes malades. Par sa vision globale de la personne et ses connaissances, il oriente les objectifs sur l'autonomie et l'indépendance, ainsi que du lien avec l'équipe et la famille pour les aider au mieux. Ainsi, il a un rôle de **coordinateur** mais aussi supervise les activités proposées dans l'accueil de jour.

La qualité de vie de la personne est plus **maintenue** qu'améliorée. Les professionnels s'appuient sur l'environnement et tendent à satisfaire les besoins de la personne. Il en découle alors une réduction des troubles du comportements et une amélioration de la composante sociale. La personne s'engage davantage dans les occupations, ce qui stimule les capacités de l'usager. La **performance occupationnelle** se développe et ainsi permet de maintenir une certaine qualité de vie. L'amélioration est assez rare puisqu'il s'agit d'une maladie dégénérative. Donc les personnes présentent davantage de perte des capacités. Ainsi le but de l'ergothérapeute est de maintenir la performance occupationnelle pour

garantir une qualité de vie à plus long terme. Toutefois, son accompagnement est faible auprès des personnes par le peu de temps de présence dans la structure.

Afin d'agrémenter cette étude, il serait intéressant de réfléchir, dans le cadre de l'accueil de jour, sur un accompagnement en ergothérapie avec **un suivi à domicile.** Cela permettra de guider l'entourage et connaître davantage la personne dans le quotidien. Le but final est toujours axé sur l'amélioration de la qualité de vie de la personne malade. Par ailleurs, il serait intéressant de développer le rôle de l'ergothérapeute dans un dispositif développé par l'ARS Auvergne Rhône-Alpes dans le cadre de la mesure 50 du plan maladies neurodégénératives (2014-2019), pour soutenir les aidants. Un récent compte-rendu, a été transmis au ministère de la santé et des solidarités en mai 2019, expliquant à partir des travaux de fin 2018 à février 2019 les dix principes et des actions pouvant être mis en place. Cet accompagnement serait axé sur les aidants et pouvant intégrer dans leurs équipes des ergothérapeutes.

Bibliographie

Agence de service et de paiement. (s.d.). Référentiel de compétences. Consulté 23 septembre 2018, à l'adresse http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr82

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2000). Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Consulté à l'URL : http://www.sgca.fr/textes/recommalzhanaes2000.pdf

Agence Régionale de Santé. (2016). Guide pratique pour l'organisation et le fonctionnement des accueils de jour pour personnes âgées, Loire.

Aide Alzheimer. (2018). L'équipe spécialisée Alzheimer. Consulté 22 septembre 2018, à l'adresse https://aides.francealzheimer.org/accompagnement/moins-60-ans/a-domicile-moins-60-ans/dispositifs-daccompagnement-scenario-6-1/soins-et-accompagnement-au-domicile-scenario-6-1/lequipe-specialisee-alzheimer/

Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2017). L'ergothérapie. La profession : définition. Récupéré le 15 septembre 2018 du site de l'association: http://www.anfe.fr/definition

Ankri, J. (2016). *MALADIE D'ALZHEIMER : L'ENJEU DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES. santé publique*, (28-29), 36.

Ankri, Van Broeckhoven. (2013). Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf. Consulté 22 septembre 2018, à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.pdf

Bherer, L., Belleville, S., & Hudon, C. (2004). Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal, dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence frontotemporale. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*, *2*, 181-189.

CNSA. (2008). Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012. Consulté à l'adresse https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

CNSA. (2018). MAIA. Consulté 12 septembre 2018, à l'adresse https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia

Encyclopædia Universalis. (2018). Définition de ergon - Encyclopædia Universalis. Consulté 22 août 2018, à l'adresse https://www.universalis.fr/dictionnaire/ergon/

France Alzheimer. (2017a). Des premiers signes d'alerte jusqu'au diagnostic. Consulté 20 août 2018, à l'adresse France Alzheimer website: https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/premiers-signes-dalerte-jusquau-diagnostic/

France Alzheimer. (2017b). La maladie d'Alzheimer en chiffres. Consulté 20 août 2018, à l'adresse France Alzheimer website: https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/maladie-dalzheimer-chiffres/

France Alzheimer. (2017c). Causes et évolutions de la maladie d'Alzheimer. Consulté le 20 août 2018, à l'adresse France Alzheimer website: https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/causes-evolutions-de-maladie-dalzheimer/

Gautier, A., Kubiak, C., & Collin, J.-F. (2005). *Qualité de vie : une évaluation positive*. 30.

Haute Autorité de la Santé. (2009). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations de bonne pratique.

Haute Autorité de la Santé. (2011). Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations de bonne pratique.

Haute Autorité de la Santé. (2014). *Réponse à la saisine du 30 octobre 2014 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale*. 34.

Haute Autorité de la Santé. (2016). Guide Pratique pour l'organisation et le fonctionnement des accueils de jour pour personnes âgées. Consulté 22 septembre 2018, à l'adresse https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/201607_guidePratique.pdf

Hoffmans-Gosset. (2000). *Apprendre l'autonomie Apprendre la socialisation* (4ème ed). Paris, France : Chronique Sociale.

Hugonot-Diener, Martin. (2012). Qu'est ce qu'un accueil de jour thérapeutique Alzheimer ?. *NPG*, Volume (12), 253-256.

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. (2014a). Maladie d'Alzheimer. Consulté 20 août 2018, à l'adresse INSERM website: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie

INSERM. (2014b). Mémoire. Consulté 22 septembre 2018, à l'adresse INSERM website: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/mémoire

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation, *Psychological Review*, *50* (4), 370-396.

Meyer. (2013). *De l'activité à la participation* (1ère ed). Paris, France : De Boeck-Solal.

Ministère de la santé et des sports. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Consulté 22 septembre 2018, à l'adresse https://www.ecoledassas.com/wp-content/uploads/2017/05/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-5-juillet-2010-Formation-dergoth%C3%A9rapeute-1.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2012). ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX. Consulté 22 septembre 2018, à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0119.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018a). Maison de retraite : qu'est-ce qu'un PASA ? | Pour les personnes âgées. Consulté 22 septembre 2018, à l'adresse https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/maison-de-retraite-quest-ce-quun-pasa

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018b). Maison de retraite : qu'est-ce qu'une UHR ? | Pour les personnes âgées. Consulté 13 septembre 2018, à l'adresse https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/maison-de-retraite-quest-ce-quune-uhr

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018c). La maladie d'Alzheimer. Consulté 20 septembre 2018, à l'adresse Ministère des Solidarités et de la Santé website: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux* (2ème ed). Paris, France : De Boeck-Solal.

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Rapport Mondial sur le vieillissement et la santé. Repéré à URL : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). La démence. Consulté 20 août 2018, à l'adresse World Health Organization website: http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Service de Gérontologie. (2007). Mini Mental State Examination.

Société Alzheimer Canada. (2018). L'échelle de détérioration globale | Société Alzheimer du Canada. Consulté 25 août 2018, à l'adresse http://alzheimer.ca/fr/Home/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Stages-of-Alzheimer-s-disease/Global-Deterioration-Scale

Universalis, E. (s. d.). AUTONOMIE. Consulté 5 janvier 2019, à l'adresse Encyclopædia Universalis website: http://www.universalis.fr/encyclopedie/autonomie/

SOMMAIRE DES ANNEXES

I- Mini Mental State Examination (M.M.S.E.)

II- Progression des symptômes de la maladie d'Alzheimer (selon Feldmann et Woodward

III- Echelle de Reisberg

IV- IADL-II

V- Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement de l'Occupation

VI- Pyramide des besoins selon Maslow

VII- Les matrices théoriques

VIII- Retranscription de l'entretien 1

IX- Retranscription de l'entretien 2

X- Retranscription de l'entretien 3

XI- Tableau analyse longitudinale de l'entretien 1

XII- Tableau analyse longitudinale de l'entretien 2

XIII- Tableau analyse longitudinale de l'entretien 3

XIV- Tableau analyse transversale

Annexe I- Mini Mental State Examination

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ? ..... ☐
2. En quelle saison ? ..... ☐
3. En quel mois ? ..... ☐
4. Quel jour du mois ? ..... ☐
5. Quel jour de la semaine ? ..... ☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? ..... ☐

(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)

7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ..... ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? ..... ☐
9. Dans quelle région est situé ce département ? ..... ☐
10. À quel étage sommes-nous ici ? ..... ☐

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare ..... ☐
12. Fleur ..... ☐
13. Porte ..... ☐

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93 ..... ☐
15. 86 ..... ☐
16. 79 ..... ☐
17. 72 ..... ☐
18. 65 ..... ☐

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

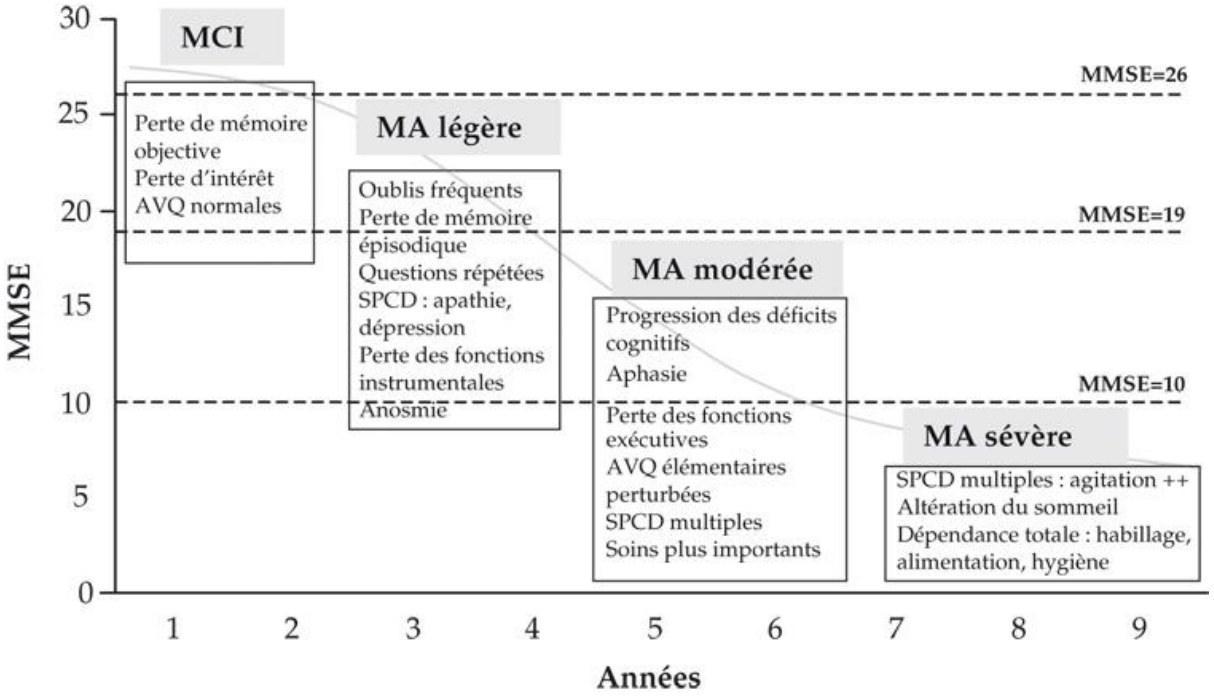
Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare ..... ☐
20. Fleur ..... ☐
21. Porte ..... ☐

Langage

22. Montrer un crayon. *Quel est le nom de cet objet ?* ..... ☐
23. Montrer votre montre. *Quel est le nom de cet objet ?* ..... ☐
24. *Ecoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"* ..... ☐
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :*
    Prenez cette feuille de papier avec la main droite ..... ☐
26. Pliez-la en deux ..... ☐
27. Et jetez-la par terre ..... ☐
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

Annexe II- PROGRESSION DES SYMPTOMES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER (D'APRES FELDMAN ET WOODWARD, 2005)



MMSE : Mini Mental State Examination

MCI : Mild Cognitive Impairment

MA : Maladie d'Alzheimer

AVQ : Activités de la vie quotidienne

SPCD : Symptômes psychologiques et comportementaux des démences

Source : INSERM (2007)

Annexe III- Echelle de Reisberg

Stade 1: Pas de déficit cognitif

- N'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.

Stade 2: Déficit cognitif très léger

- Oublie les noms et l'emplacement des objets. • Peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.

Stade 3: Déficit cognitif léger

- A de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu. • A de la difficulté à fonctionner au travail.

Stade 4: Déficit cognitif modéré

- A de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).

Stade 5: Déficit cognitif relativement grave

- A besoin d'aide pour choisir ses vêtements. • A besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.

Stade 6: Déficit cognitif grave

- Perd la notion des expériences et événements récents de sa vie. • A besoin d'aide pour prendre son bain, ou a peur de prendre son bain. • A de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.

Stade 7: Déficit cognitif très grave

- Utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement. • Perd la capacité de marcher et de s'asseoir. • A besoin d'aide pour manger.

Source : Société Alzheimer Canada (2012)

Annexe IV : IADL – II

Échelle de soins personnels IADL 1e partie

Nom Prénom
Sexe Âge
Date Examinateur

Code

A - Continence
1. Va aux toilettes tout seul et n'est pas incontinent.
2. A besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois par semaine maximum).
3. Se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine.
4. Se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine.
5. Aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical.

B - Alimentation
1. Mange sans assistance.
2. Mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou a besoin d'aide pour s'essuyer après les repas.
3. Est souvent négligé et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir.
4. A besoin d'une assistance importante à tous les repas.
5. Ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir.

C - Habillement
1. S'habille, se déshabille, choisir ses vêtements dans sa garderobe.
2. S'habille et se déshabille avec une assistance légère.
3. A besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements.
4. A besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres pour
5. Est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider.

D - Soins personnels (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)
1. Toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance.
2. Se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser.
3. A besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels.
4. A besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propre après cela.
5. Réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une borne hygiène personnelle.

E - Mobilité
1. Va se promener dans des parcs ou en ville.
2. Se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâté de maison.
3. Se déplace avec l'aide :
   a) d'une canne,
   b) d'une béquille,
   c) d'une chaise roulante :
      y sort et y rentre sans aide,
      a besoin d'aide pour y rentrer et en sortir.
4. S'assied sans assistance sur une chaise ou une chaise roulante, mais ne peut se lever et en sortir sans aide.
5. Grabataire plus de la moitié du temps.

F - Toilette
1. Se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette).
2. Se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire.
3. Ne se lave que le visage et les mains, mais ne peut se baigner.
4. Ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave.
5. Ne se lave pas tout seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre.

Les activités instrumentales de la vie quotidienne - IADL-E - 2° partie

Consigne
Cette échelle doit être remplie par un membre du personnel, médico-social en utilisant une ou plusieurs des sources d'information suivantes : le malade, sa famille, ses amis.
Donner la réponse "ne s'applique pas" lorsque le patient n'a eu que rarement, ou jamais, l'occasion d'effectuer l'activité dont il s'agit. (par exemple, un patient homme peut n'avoir jamais fait la lessive).
Lorsque vous n'avez pas d'informations ou des informations peu sûres, notez "ne peut pas être coté".

I - Utiliser le téléphone
1 - Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche des numéros et les compose, etc.
2 - Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus.
3 - Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler.
4 - Ne se sert pas du tout du téléphone.
* Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.

II - Faire des courses
1 - Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome.
2 - N'est indépendant que pour certaines courses.
3 - A besoin d'être accompagné pour faire ses courses.
4 - Est complètement incapable de faire des courses.
* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.

III - Préparer des repas
1 - Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome.
2 - Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis.
3 - Peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient.
4 - A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas.
* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.

IV - Faire le ménage
1 - Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers).
2 - Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faim la vaisselle, faire son lit.
3 - A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison.
4 - Ne participe à aucune tâche ménagère.
* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.

V - Faire la lessive
1 - Fait sa propre lessive.
2 - Peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes.
3 3 - Nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc.
4 4 - La lessive doit être faite par des tiers.
* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.

VI - Utiliser les transports
1 - Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture.
2 - Utilise les transports publics à condition d'être accompagné.
3 - Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers.
4 4 - Ne se déplace pas du tout à l'extérieur.
* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.

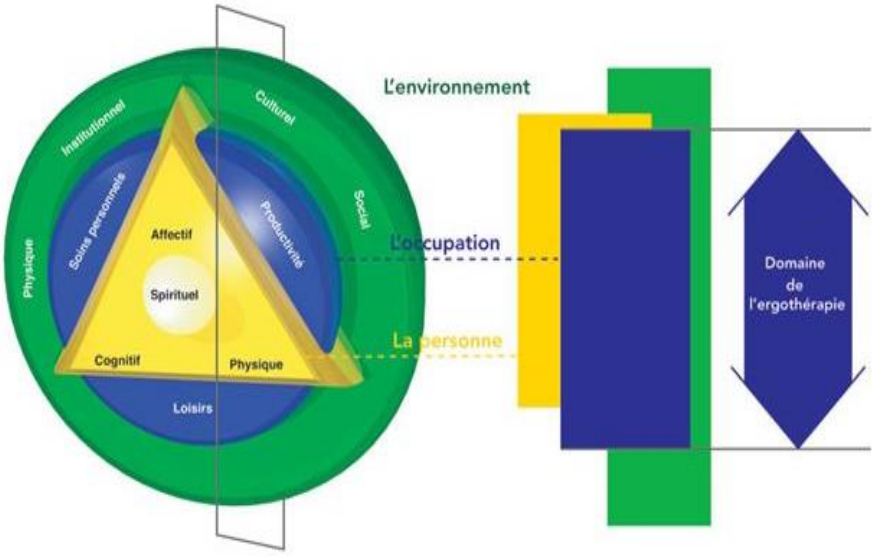
VII - Prendre des médicaments
1 - Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite.
2 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels.
3 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance.
4 - Est incapable de prendre ses médicaments.
* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.

VIII - Gérer ses finances
1 - Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus.
2 - Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert.
3 - Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses.
4 - Est incapable de s'occuper d'argent.
* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.

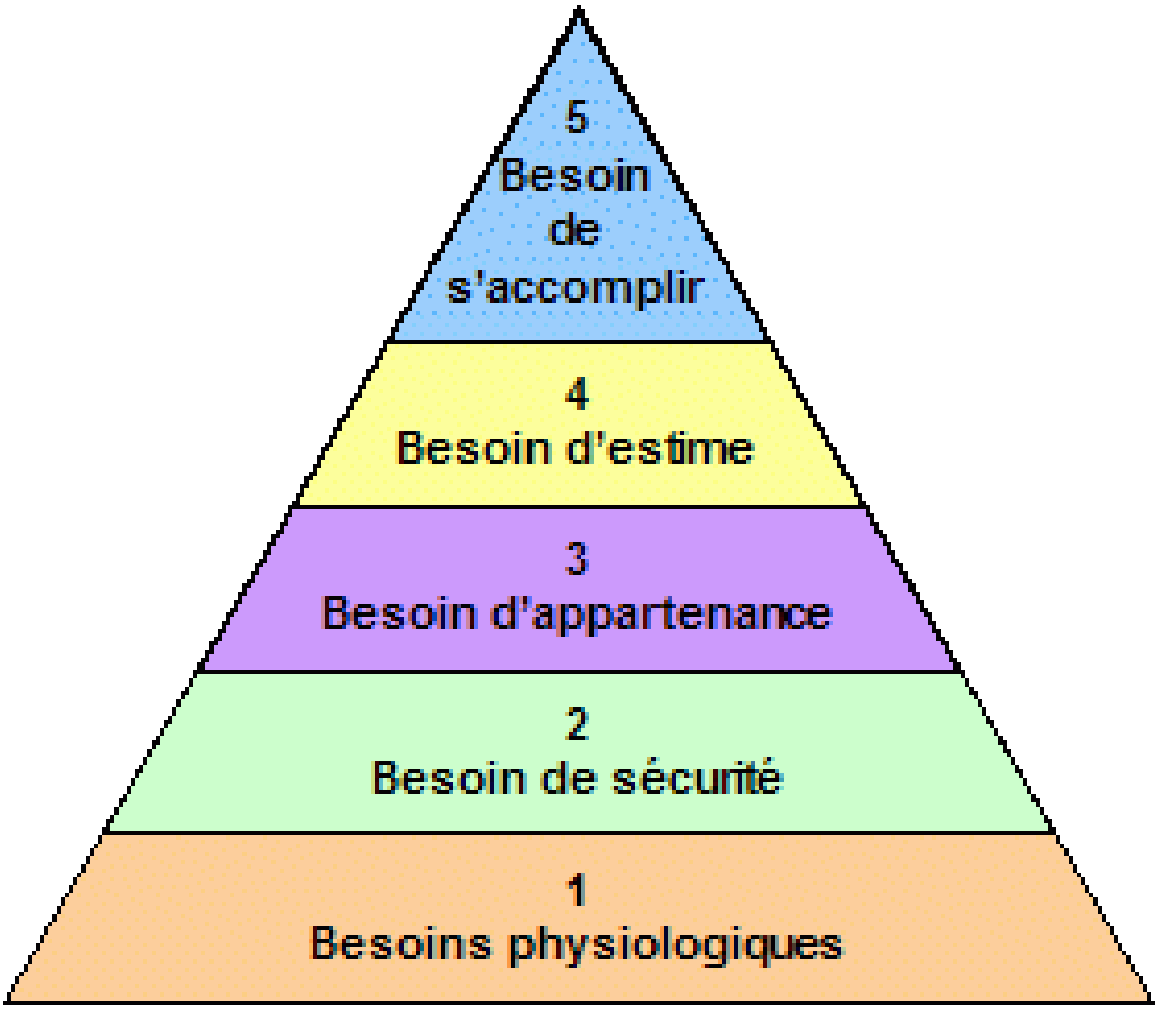
IX - Bricoler et entretenir la maison
1 - Peut réaliser tout seul la plupart des travaux et bricolage (réparer la tuyauterie, réparer un robinet qui fuit, entretenir la chaudière et les radiateurs, réparer les gouttières...).
2 - A besoin d'une aide ou de directives pour réaliser quelques réparations domestiques.
3 - Peut uniquement réaliser des travaux de bricolage élémentaires, ou des travaux tels que suspendre un cadre ou tondre la pelouse.
4 - Est incapable de bricoler ou d'entretenir sa maison.
* Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de bricoler.

Score Global

Annexe V : M.C.R.E.O.



Annexe IV : Pyramide des besoins selon Maslow



Annexe VII : Les matrices théoriques

MCREO :

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Personnes	Cognitif	Fonctions cérébrales : capacité de compréhension des consignes des activités, connaissances de la pathologie, capacité de planification, attention, apprentissage, identification des difficultés	Q1 Q3
	Affectif	Gestion des émotions, acceptation de la maladie	Q3
	Physique	Fonction motrice, attitudes corporelles	Q3
Occupation	Soins personnels	Soins, s'occuper de soi, se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur	Q1 Q3
		Mobilité fonctionnelle	Q3
		Vie communautaire, participation dans un groupe	Q2
	Loisirs	Socialisation, intégrer un groupe, faire partir d'un groupe	Q2
		Expression créative	Q3
Environnement	Institutionnel	Lieu de la prise en charge favorable, horaires et organisation de la journée, encadrement des autres professionnels, leurs interventions et leurs rôles	Q1 Q3
	Social	Implication de la famille, soutien de l'entourage, attitude de l'entourage vis-à-vis de l'accompagnement	Q1 Q5

La qualité de vie :

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Les besoins physiologiques	Alimentation	Prise de repas dans la structure	Q2
	Le sommeil	Moment de détente, quantité de repos	Q2
	Activité motrice	Activité motrice	Q3
Les besoins d'appartenance	Contacts sociaux Appartenir groupe	Faire partie d'un groupe, avoir un statut au sein du groupe, se sentir écouté, compris	Q2
Les besoins d'estime	Reconnaissance Signe d'affection	Sentiment d'être utile, relation avec les autres patients et les professionnels de la structure, suivi de l'ergothérapeute	Q2 Q4 Q5
Les besoins de s'accomplir	Développer, maintenir ses connaissances et valeurs	Poursuite des activités de la vie quotidienne à domicile, loisirs	Q4 Q5

Autonomie – indépendance

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Autonomie	Capacité à prendre des décisions Prise d'initiative	Choix activité, prise d'initiative, accompagnement, l'accompagnement de l'ergothérapie pour maintenir cette autonomie	Q3 Q4
Indépendance	Biomédicale Sociale	Evaluation des capacités de la personne dans ses AVQ, mise en situation écologique, maintien voire amélioration des capacités de la personne notamment dans la réalisation de ses AVQ Rôle de l'ergothérapie dans le maintien de l'indépendance des patients Suivi de l'ergothérapeute et ses limites de prises en charge	Q4 Q5

Annexe VIII : Retranscription entretien 1

Moi-même (M) : **Quand est-ce que vous avez obtenu votre diplôme** ?

Ergothérapeute 1 (E1) : 2011

M : **Vous êtes depuis combien de temps dans la structure ?**

E1 : Cette structure là, ça va bientôt faire 5 ans.

M : 5 ans et vous avez **déjà travaillé avant avec ce type de population** ?

E1 : Je travaillais en EHPAD mais pas en accueil de jour. Après en EHPAD avec un secteur pro ou des choses comme ça avec des personnes ayant la maladie d'Alzheimer mais pas plus.

M : Très bien et est-ce que **vous avez reçu des formations spécifiques pour la prise en charge des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer** ?

E1 : Après c'est des formations en interne pour la gestion des troubles du comportement auprès des personnes démentes, récemment la formation Montessori, voilà un peu près.

M : Intéressant ! Vous m'avez dit aussi lors de notre premier échange que **vous ne faites pas passer de bilans pour évaluer les capacités de la personne**.

E1 : C'est ça, j'ai essayé en fait fu un temps mais n'étant pas présente tous les jours de la semaine, je ne peux pas bilanter toutes les personnes et du coup je n'arrive pas à me maintenir. L'objectif des bilans au départ ça serait pour pouvoir orienter mes collègues, les ASG ou les AMP sur des animations, pour les usagers ; mais ne pouvant pas bilanter tout le monde je ne peux pas orienter tout le monde. Donc au final j'ai un peu abandonné cette idée là.

M : Oui ça se comprend.

E1 : Après il m'arrive de faire des bilans pour des personnes qui ont des problèmes particuliers ou des personnes pour qui les filles ont des difficultés sur les activités. Je fais des choses comme ça.

M : Alors **comment vous faites pour récolter toutes ses informations là par rapport aux capacités ? C'est par rapport aux collègues que vous venez chercher les informations ?**

E1 : Quand j'ai besoin ou quand les filles me demandent un bilan ou des choses comme ça, je me suis fait un bilan maison, sur les praxies, l'équilibre, … Et je le fais passer moi après sur les capacités préservés, les filles que ça soit les ASG ou les AMP elles sont en capacité de voir donc quand on fait des staffs, ça donne ses informations à ce moment là.

M : Et du coup pendant ses activités, est-ce **qu'elles font des mises en situation écologique ?** Par exemple des courses, des cuisines, …

E1 : Oui on en fait. On fait un repas thérapeutique tous les mois, même un atelier cuisine, pâtisserie une fois par semaine. Après comme autres situations écologiques il y a tout ce qui est mettre la table, débarrassage, on essaye de les faire participer à un maximum d'activité qu'ils pourraient faire à la maison, on essaye de leur faire faire à l'accueil de jour. A condition que ça fasse partie de leur objectif de leur projet de vie, car ils ne viennent pas tous pour maintenir leur capacité. Il y en a certains pour qui ça fait partie de leur projet, quelques choses qu'ils apprécient et qu'on essaye de leur faire maintenir. Donc il y a mettre la table, balayer, débarrasser, utilisation du lave-vaisselle, des choses comme ça.

M : Ah oui c'est vraiment très large, vaste. Au moins ça permet de voir sur un ensemble d'activité comment ils arrivent à être autonome et indépendant.

E1 : Oui, on essaye de leur faire faire des activités le plus, comme s'ils étaient à domicile, le plus proche possible. Après on est sur des temps de vie, ils arrivent vers 9-10h et ils repartent entre 16 et 17h, donc on a essayé d'imiter les activités de la vie quotidienne en tout cas.

M : Oui c'est sûr.

E1 : Comme couper le pain par exemple, des choses basiques.

M : C'est bien qu'ils participent à la vie de l'accueil de jour, c'est important.

E1 : Oui bien sûr.

M : **Avez-vous des liens avec la famille par rapport à leur capacité à la maison ou des difficultés qu'ils peuvent avoir ?**

E1 : Alors oui, la famille est rencontrée pendant 2 temps avant l'entrée en institution en accueil de jour. Elles sont rencontrées une première fois avec tout ce qui est le côté administratif par une conseillère d'éducation sociale. Et après elles sont rencontrées avec la personne avec la psychologue pour faire un recueil de donnée, l'histoire de vie, ce qui se passe à la maison et déterminer les objectifs de prises en charge pour l'accueil de jour. Après les familles on essaye de les avoir au téléphone déjà quand on fait le staff et certaines qui accompagnent leur parent à l'accueil de jour, même certains matin et soir. Si on a besoin d'information supplémentaire de toute façon on peut facilement les avoir au téléphone.

M : Du coup **quel serait le rôle de l'ergothérapeute dans la structure ?** Car vous ne faites pas partie de l'entretien d'entrée ?

E1 : Ce que je fais, donc oui je ne participe pas à l'entretien d'entrée mais ma prise en charge va se faire lors des ateliers spécifiques ou sur des prises en charge individuelles. La psychologue qui va voir l'usager avant l'entrée, elle va recueillir ses difficultés, voir où il en est, déterminer ses objectifs. Du coup, elle va essayer de les orienter vers des activités si elle voit qu'il faut travailler telle ou telle capacité. Après, moi je fais les ateliers comme l'équilibre, manuelle pour travailler la dextérité, des ateliers spécifiques. Ou alors transmettre mes connaissances à mes collègues, pour qu'ils puissent s'ajuster. Parce qu'en effet un accueil de jour c'est ouvert à toutes les maladies neurodégénératives dont la maladie de Parkinson ou la maladie d'Alzheimer. Du coup je les informe sur les maladies, les conséquences et les adaptations à faire lors des activités. Je participe et aide les professionnels lorsque les activités sont difficiles pour les adapter. Je fais un peu de tout. Je vais prendre les personnes qui ont le plus de difficultés.

M : Donc c'est **des prises en charge plus individuelles** ?

E1 : Alors, j'aimerai en faire plus mais malheureusement il faudrait être plus nombreux des fois. Mais ça m'arrive régulièrement d'en faire en tout cas, pour faire des travails de transfert, pour des personnes qui ont chuté, travailler la préhension, …

M : Et **est-ce que vous intervenez aussi lors de la prise des repas ?**

E1 : Alors pour la prise des repas, malheureusement non. Au départ je le faisais mais ayant changé, je n'y suis pas. Après si les filles ont des difficultés particulières avec un usager, elles peuvent faire appel à moi pour que je vienne faire un bilan ou que j'intervienne exceptionnellement au moment d'un repas. En général non, mais maintenant elles connaissent les aides techniques donc elles viennent me les demander directement.

M : C'est sûr que ça peut être plus pratique quand c'est directement l'ergothérapeute …

E1 : Malheureusement oui, je n'interviens plus ces temps-là.

M : Oui, vous m'avez dit que vous aviez un 30%, c'est pour ça …

E1 : C'est ça, j'ai 3 demi-journées.

M : Oui donc c'est compliqué d'intervenir lors des repas.

E1 : C'est ça, ce n'est pas simple.

M : Alors **comment pouvez-vous répondre aux besoins primaires des personnes**, par exemple s'ils ont envie d'aller aux toilettes ou de manger ? Vous laissez faire ou vous cadrez un peu ?

E1 : Ecoutez, je crois qu'on leur propose tellement régulièrement à boire et à manger, donc on n'a pas de demandes particulières hors de ces temps-là. Donc c'est un peu compliqué à répondre après ils ont accès à la cuisine mais ils y vont rarement tout seul. Mais s'ils ont besoin de quelques choses on y répondra mais on maintiendra forcement aussi un cadre, si ils sont à leur 5ème café en une heure, on les arrêtera. Généralement on répond positivement à leur demande, notamment pour ceux qui sont seuls à domicile. On ne sait pas trop comment ils mangent, des choses comme ça.

M : Très bien**. Les activités, vous en proposez d'autres comme des ateliers cognitifs ou ça serait plus vos collègues ?**

E1 : Il y a un peu de tout, ça va dépendre des usagers présents sur la journée où je suis là. Ça m'arrive autant de faires des ateliers de vannerie, de calligraphie, de créatif pur et dur, cartonnage ou de la couture. Comme ça va m'arriver de faire des ateliers plus cognitifs, ou je fais régulièrement des ateliers moteurs où je travaille les transferts.

M : Puisqu'ils ont plus de difficultés niveau moteur.

E1 : Voilà, c'est variable. Après j'aime bien que mes ateliers durent en moyen une heure pendant 6 à 8 semaines et après on change, on passe sur autre chose. Ça va dépendre de leur demande. Par exemple pour la couture c'est des dames qui ont demandé ou encore le tricot. Voilà on prend parti.

M : Du coup c'est **eux qui peuvent choisir leurs activités ou c'est un planning mis en place** ?

E1 : Y a un planning mais on essaye de leur donner le choix. Il y a au moins deux activités sur chaque demi-journée voire trois mais ils ont un choix orienter. Après de toute façon, si on leur demande on n'aura jamais de réponses claires et nettes sachant qu'ils n'ont pas les mêmes capacités. On essaye de voir en fonction de chacun et de leur possibilité.

M : Par rapport à toutes ces activités, c'est **quel professionnel qui les encadre** ?

E1 : Alors il y a deux personnels qui sont là toute la journée, des ASG, des fois AES. Après il y a une ASH qui intervient sur une demi-journée pour le ménage mais qui participe au repas. On a une musicothérapeute qui intervient une demi-journée dans la semaine. Ça va revenir mais de temps en temps on a une psychomotricienne qui intervient une demi-journée dans la semaine et enfin la psychologue et moi-même.

M : Ok, les professions sont larges.

E1 : On a même eu pendant un temps un professeur APA qui faisait une demi-journée. Ça permettait de faire des ateliers très spécifiques.

M : Oui ça permet de varier les prises en charge puisque chacun à sa façon de faire et ses objectifs. Selon vous **la structure influencerait-elle positivement la participation et la prise en charge des personnes** ? Elle met tout en place dans l'environnement pour que la prise en charge soit optimale.

E1 : oh pour que la prise en charge soit optimale j'augmenterai bien mon temps de travail dessus. Mais pas complétement, après on est dans une structure assez neuve et elle nous permet de faire les prises en charge que l'on veut. Oui après le nerf de la guerre, le temps c'est de l'argent. Mais globalement c'est plutôt bien pensé et fait.

M : Je vais revenir sur les prises en charge, sachant que les personnes qui ont la maladie d'Alzheimer ont des difficultés à gérer leurs émotions, **comment vous pouvez les aider à ce niveau-là** ?

E1 : Ce n'est pas toujours évident, chaque professionnel fait en fonction de son ressenti et du moment. Ce que je n'ai pas dit c'est qu'on a une salle Snoezelen dans l'accueil de jour. Donc quand on a une gestion de crise car la personne pleure, elle veut rentrer chez elle ou des choses comme ça, on arrive à avoir une pièce, qu'on appelle salon zen pour les prendre et discuter avec eux. On peut la prendre aussi pendant les séances de rééducation. Cette salle permet ainsi de calmer certaines émotions ou de travailler dessus.

M : Très intéressant cette salle. **Selon vous quelles serait les limites de vos prises en charge** ? ce que vous aimeriez changer ?

E1 : Moi honnêtement, faire des bilans, bilanter tout le monde pour les orienter ensuite plus sur les activités. Car souvent AMP ou les ASG qui orientent et mettent en place des habitudes. Mais on n'adapte pas forcement les activités, pas toujours en tout cas, en fonction des usagers, en fonction de leur capacité. C'est de mettre leur capacité préservée en valeur que ce que l'ont fait parfois. Ça ça manque vraiment et pour ne pas, parce que des fois faut se remettre en question, pour ne pas devenir une simple animatrice. Faudrait pouvoir nous différencier par justement les adaptations que l'ont peut mettre en place pour les activités. Ouais, c'est surtout ça que j'aimerai changer, pouvoir mettre des objectifs derrière pour les activités. Ça manque des fois d'objectif derrière. Après, il faut juste se dire que les accueils de jour on est que de passage, des intervenants dans leur vie. Pour certains ils viennent qu'une journée par semaine, on ne peut pas faire des miracles. On est clairement des prises en charge pour un répit de la famille. On est un des objectifs premiers quand ils arrivent. C'est vrai que si on avait des objectifs derrière pour améliorer leur quotidien, pour nous, pour notre poste ça donnerait plus de sens.

M : Par conséquent pour vos prises en charge, **vous essayez de les tourner les plus possible vers l'autonomie et l'indépendance** ?

E1 : Oui oui on essaye, après on a un gros volet à faire c'est de les oriente vers des ESA. Voilà on discute beaucoup avec les aides de vie à domicile et la famille. On essaye d'avoir un relationnel avec le domicile pour établir certaines choses. En tout cas, pour leur montrer

qu'ils sont capables de certaines choses car beaucoup de famille disent qu'ils sont bons à rien. Et quand on leur dit mais justement ils font ça, ça, …

M : Oui il faut juste leur laisser un peu plus de temps quoi. Et dernière question**, est ce que vous voyez une amélioration des capacités de la personne à la suite des prises en charge ou pas** ?

E1 : Ça arrive bien sûr ! Là où l'on voit une nette amélioration dans le lien social. Après je ne parle pas que de la prise en charge ergo mais dans le global d'un accueil de jour. Au niveau social c'est impressionnant, y a certains qui arrivent réservés et au final ils rigolent entre eux. Il y a vraiment une amélioration sur ce point-là. Après l'humeur peut jouer sur beaucoup de choses, les reprises d'activité. On en voit certains passer un cap. Ça arrive assez régulièrement.

M : **Leur qualité de vie s'améliore au final** ? Est-ce que vous avez un retour de la famille ?

E1 : Oui, on n'a pas toujours le retour du domicile. Les aidants sont étonnés de les voir comme ça. Il y en a qui sont vraiment très contents et qui arrivent à le verbaliser. Après y a, cet état là et vraiment que dans l'accueil de jour et donc à domicile, ils n'arrivent pas à voir forcément un gain de qualité de vie. Mais ça se passe très bien.

M : Ok parfait, bon pour moi j'ai toutes les informations nécessaires. Merci beaucoup !

Annexe IX : retranscription de l'entretien 2

M : **Quand est-ce que vous avez obtenu votre diplôme d'état ?**

E2 : J'ai été diplômé en 2014.

M : Et ça **fait combien de temps que vous intervenez dans la structure d'accueil de jour** ?

E2 : Depuis, depuis août 2015, ça va faire 4 ans au mois d'aout.

M : C'est ça. Est-ce que **vous avez reçu une formation spécialisée pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?**

E2 : Alors non je n'ai pas eu de formation à l'entrée dans la structure. Par contre depuis que j'y suis j'ai fait une formation sur l'approche carpe diem. Je ne sais pas si on t'en a parlé mais c'est une approche québécoise avec la maladie d'Alzheimer.

M : Non je n'en ai jamais entendu parler.

E2 : En fait, c'est une maison d'accueil qui s'est ouvert au Québec, c'est un endroit qui prend en charge des personnes qui ont la maladie d'Alzheimer mais c'est comme une maison de retraite sauf que c'est ouvert. Ils n'ont pas les mêmes fonctionnements que nous et c'est assez intéressant.

M : Ah oui je vais essayer de me renseigner, ça peut être intéressant à savoir.

E2 : Oui oui.

M : Est-ce que tout d'abord au niveau de vos prises en charge, **vous évaluez les capacités de la personne** ? En faisant passer par exemple des bilans ?

E2 : Alors j'ai un bilan ergo que je peux faire passer, mais nous on accueille 25 personnes par semaine, euh non 25 personnes par jour, on a une file active de 70 patients. Et moi je suis qu'à mi-temps donc c'est juste impossible de voir tout le monde en bilan en fait. Donc si tu veux j'ai un bilan qui a été créé pour la structure, qu'on a créé à partir de plusieurs bilans, un bilan maison. Donc ce n'est pas quelques choses de valider, enfin cibler ce qui semblait pour moi de pertinent. Et du coup ce bilan je le fais passer que si l'équipe me demande quelque chose de très précis. Après je ne fais pas passer de bilan mais j'observe

les personnes en situation dans la journée, au cours des activités que je fais avec eux. Et c'est là que je fais mes transmissions sur qu'est ce qui fonctionne, qu'est ce qui fonctionne moins bien, sur quoi on peut axer la prise en charge, …

M : Ça se base oui beaucoup plus sur l'observation que vraiment un bilan pour évaluer les capacités.

E2 : C'est une question de temps, ce n'est pas une question d'envie, c'est vraiment pour moi c'est impossible de bilanter tout le monde.

M : C'est sûr que ça prend beaucoup de temps. Et est-ce que **vous faites des mises en situation écologique par moment pour voir aussi si la personne arrive à être autonome dans les AVQ ?**

E2 : Oui, beh oui avec notre accueil de jour on essaye de les investir au maximum dans les AVQ. Je regarde à chaque fois, en fonction de la consigne qu'on leur donne comme ils se débrouillent, si on réaxe la consigne. C'est vraiment la mise en situation qui me permet de voir où sont les capacités et comment les bosser.

M : Ok et si par moment vous n'arrivez pas très bien à voir si la personne, elle arrive à le faire, est-ce **que vous trouvez des informations avec la famille ou les aides à domicile** ?

E2 : Ouais, ouais, alors nous on est accueil de jour et la plupart du temps, c'est soit les, on n'échange pas trop avec les auxiliaires. C'est compliqué car ce n'est pas souvent les mêmes, donc soit on échange beaucoup avec la famille, soit on a les taxis qui nous les amènent. Les taxis ne peuvent pas trop nous répondre donc ouais ça nous arrive d'appeler la famille pour avoir des renseignements. C'est vrai mais comme souvent la famille les amène le matin et vient les récupérer le soir. Le moment d'accueil de la personne de retour, ou de départ c'est un moment où on échange beaucoup avec les aidants. Eux ils nous donnent les difficultés qu'ils ont à la maison et nous on leur dit comment ça se passe chez nous, on compare un peu.

M : C'est vrai que c'est toujours intéressant qu'il ait un échange entre les personnes.

E2 : Absolument et pour leurs histoires de vie aussi. Les aidants nous apprennent beaucoup de chose : ce qu'ils aimaient, ce qu'ils n'aimaient pas, les habitudes de vie qu'ils avaient. Et du coup ça nous permet d'avoir une prise en charge au plus juste de leurs habitudes de

vie, qu'on ne peut pas forcement avoir en leur demandant en fait, puisqu'ils ne sont pas tous en capacité de l'exprimer.

M : Oui, c'est parfois difficile. Et du coup **comment ça se passe une journée type dans votre structure** ? Les horaires, les différentes prises en charges, …

E2 : On commence le matin à 9h, donc de 9h à 10h, c'est un temps d'accueil le temps que les 25 personnes journalières elles arrivent tu vois. Donc on les accueille, on récupère leurs affaires qu'on met au vestiaire, on les invite à s'installer dans la salle commune et leurs offre un petit déjeuner. Ça peut être un café, un thé, on leur demande. A chaque fois on essaye de les mettre au centre du truc, donc on leur demande ce qu'ils veulent et on les sert. Après quand tout le monde est arrivé, autour de 10h-10h15, on a un temps tous ensemble, où on remplit un grand panneau qu'on a dans la salle commune. On y met la date en fait, pour les repérer dans l'espace et dans le temps. En fait on met la date, où est-ce qu'on est, on fait le repas qu'ils vont manger à midi, puis des fois ça dépend, on marque s'il y a un anniversaire dans la journée, la saint du jour, un bout d'horoscope. Voilà ça dépendant vraiment de jours. Une fois qu'on a fait un peu cette mise, ce travail sur l'orientation, on commence les activités. Donc les activités ça se passe de 10h30 à 12h, il y a 1h30 d'activité. C'est soit une activité qui dure 1h30 ou deux activités, on n'est pas fermé, ça dépend. Du coup dans nos activités on a des activités manuelles, des activités à base de jeux qu'on a détournées pour faire de la stimulation cognitive. On peut travailler sur l'actualité, on peut avoir des activités cognitives au niveau oral, au niveau écrit. On a des enseignants APA qui viennent de l'extérieur. On fait des groupes chorégraphies, des groupes chorales. On a vraiment beaucoup d'activités différentes. Donc ça c'est la première phase du matin. Ensuite à midi on les accompagne aux toilettes, mes collègues font les changes donc elles les accompagnent s'ils ont besoin d'être aidé aux toilettes voilà, c'est le moment. 12h15 on met la table avec eux, on installe le couvert, on va chercher le repas. Le repas commence à 12h30 pour se terminer à 13h30-14h. Après 14h à 15h c'est un temps calme où les gens peuvent aller marcher dans le jardin, discuter entre eux dans la véranda ou dans le salon, faire des siestes dans les fauteuils, écouter de la musique, voilà vraiment ils choisissent ce qu'ils font. Donc de 14h à 15h. Ensuite 15h, on commence le deuxième temps d'activité de l'après-midi, donc de 15 à 16h, là c'est une heure. Une fois qu'on a fini l'activité à 16h, on leur offre un gouter. Deuxième temps d'échange du coup, où mes collègues de l'après-midi les accompagne aux toilettes. Et les départs commencent à 16h30 et finissent à 18h. En principe de 16h30, la fin du gouter jusqu'à 17h-17h15, il y a

une activité un peu plus informelle. C'est souvent un groupe ouvert, tu sais où les gens ils vont-ils viennent ce n'est pas un cadre thérapeutique très strict en fait. Les gens vont et viennent de la pièce et c'est souvent soit la musicothérapeute qui fait un petit groupe sur la musique, soit moi qui fait un petit groupe sur des questions réponses sur la culture générale ou des choses comme ça. On écoute des CD on essaye de reconnaitre qui chantent un peu. C'est quelque chose de moins cadré voilà.

M : Du coup **ces activités sont proposées par quel professionnel** ? Car il y en a pas mal entre les APA, …

E2 : Alors oui si tu veux les activités, elles sont, … Moi l'ergothérapeute avec la psychologue et la musicothérapeute on est les trois thérapeutes de l'équipe. On fait nos bilans, nos évaluations. On met en avant ce qui va et ce qui ne va pas. Et en fait avec l'équipe qui est composée d'AMP, d'AS, d'ASG et d'AES, on met en place les objectifs de la personne. On leur fait un plan personnalisé, un plan de soin. Et du coup on met en avant les objectifs à travailler. Et en fonction de ces objectifs, moi je mets en place un planning à la semaine. Donc par exemple, le mardi matin on va faire un groupe de revue de presse, un groupe d'activité manuelle et un groupe de gym. Et après en fonction des objectifs de chaque personne, je les affile à ses groupes en fait. Ces groupes sont animés par mes collègues, par moi, par la psychologue, par l'infirmière, par la musicothérapeute, en fait tout le monde fait des groupes.

M : Donc on peut se charger de groupes différents tant que ça répond aux objectifs.

E2 : Oui c'est ça, les personnes sont directement mises dans des groupes en fonction de leurs objectifs. Ces groupes répondant à leur objectif en fait.

M : **Donc elles ne choisissent pas forcement leurs activité** ?

E2 : Si en fait, je fais ces groupes pas qu'en fonction du projet, mais aussi en fonction de leurs habitudes de vie, de leurs préférences, de leurs loisirs, de ce qu'ils sont capables de m'exprimer. Donc par exemple, si moi j'estime qu'il faudrait un peu d'activité pour une personne mais qui me dit je n'aime pas la gym mais par contre j'aime bien la musique, je vais alors le mettre dans le groupe chorégraphie, plutôt que l'APA pour faire de l'équilibre brut.

M : Alors c'est que vous qui choisissez si l'usager va dans tel et tel groupe ou c'est l'ensemble de l'équipe ?

E2 : C'est en réunion, on choisit tous ensemble. Mais c'est vraiment l'ergothérapeute qui est le référent au niveau des activités. C'est moi qui est référent du projet de soin de la personne.

M : D'accord vous avez un rôle central.

E2 : Complétement.

M : **Selon vous la structure influence positivement la participation de la personne ? Au niveau de l'accueil de jour** ?

E2 : Je pense que oui mais après j'ai envie te dire oui mais j'ai envie te dire que ça dépend énormément des professionnels qui va y avoir et comment ils sont formés. Moi, je me bats pour que mes collègues fassent avec eux, qu'ils leur laissent beaucoup de liberté et qu'ils aillent les chercher. A chaque fois par exemple, quand j'ai une de mes collègues qui va vider le lave-vaisselle je vais lui dire stop arrête et va chercher quelqu'un qui va t'aider, l'inclure dans la vie de l'établissement, en fait. Car un accueil de jour c'est un lieu de vie et y a énormément de possibilité sur les activités de la vie quotidienne. On peut les inclure dans énormément de choses. Après si tu as des personnes qui ne sont pas du tout sensibilisé là-dessus. Tu peux avoir des personnes, des patients qui viennent en accueil de jour mais qui sont pas du tout stimuler sur ces tâches là et ça ne sera pas forcement bénéfique quoi. Ils auront juste de la stimulation cognitive sur le temps des ateliers, puis voilà c'est tout.

M : Ah oui donc faut vraiment que ça soit compris aussi au niveau des AVQ mais c'est vrai que vu que tout le monde n'est pas formé ça peut être compliqué.

E2 : Oui voilà tout le monde n'a pas cette sensibilité là à inclure les gens dans, ça peut se comprendre aussi, ça prend du temps tu vois. Si ta collègue vide le lave-vaisselle elle en a pour 40 secondes alors que si elle le fait avec un patient et qu'on doit reprendre à chaque fois pour lui montrer comment essayer, beh ça prend 5 minutes. Mais après on essaye de prendre le temps de le faire avec eux. On estime que c'est important quoi. Mais je ne suis pas sûr que tous les accueils de jours fassent comme ça.

M : C'est vrai que comparé à un autre entretien, ils procèdent pas du tout de la même manière. C'est vraiment très varié. Mais c'est intéressant de voir les différentes façons d'intervention de l'ergo et aussi les autres professionnels sur les prises en charge avec ces usagers-là.

E2 : Oui après c'est une question aussi de philosophie d'équipe. Je ne pense pas que ça soit que de la formation individuelle des gens tu vois. Je pense que c'est comment les soins sont organisés, comment une journée est rythmée. Ca dépend de beaucoup de facteur je pense.

M : Et **par rapport à votre rôle, vous m'avez dit que vous avez un rôle central car vous faites le choix des activités, est-ce que vous intervenez sur d'autres prises en charge** ? Par exemple plus individuelle s'il y a plus de problèmes, de difficultés ou …

E2 : Après ouais mon rôle principal c'est un peu évaluer et régler les groupes d'activité, les projets de gens. Mais après j'anime aussi des ateliers, … après on n'a pas la possibilité de faire de l'individuelle nous. Car en principe sur une demi-journée on est 3 ou 4 pour 25. Ça ne laisse pas de la place à de l'individuelle. Donc j'anime toujours des ateliers de groupe, plus au moins large. Ça peut aller de 3 personnes jusqu'à 10-12, tu vois, ça dépend des activités. Mais c'est essentiellement du travail en activité, de la stimulation motrice, cognitive, exécutive, de toutes les fonctions un peu en fonction de leur projet. Et puis après il y a ce temps dont je te parlais, ce temps d'accueil, ce temps de départ des usagers, où là tu échanges avec les familles. Et là mon rôle ça va plus être avec les aidants, de leur donner des astuces ou en fonction de leur difficulté, leur parler de certains aménagements, du réseau gérontologique à qui ils peuvent faire appel si ils sont épuisés. Pourquoi pas demander de l'aide à domicile, des SIAD, des ESA, des plates-formes de répit, des choses comme ça. On fait le relai et de trouver des.., car la structure a ses limites et nous on reste dans l'accueil de jour. On va pas trop s'ouvrir vers l'extérieur, donc c'est orienter ses gens en fonction de leur difficulté sur la personne dont ils vont avoir besoin. Donc ce n'est pas tout à fait de la coordination car je ne fais pas, je n'ai pas de gros suivi si tu veux, mais c'est de l'éducation, de l'information pour leur donner des pistes pour aller chercher des réponses à leur difficulté. Proposer des aides techniques, des choses comme ça.

M : D'accord oui c'est très intéressant.

E2 : Et aussi, au niveau du repas. Je ne le fais pas tout le temps car je ne suis pas tout le temps au moment du repas, mais analyser un peu les personnes comment elles mangent et mettre en place des aides techniques pour faciliter l'autonomie et l'accompagnement par mes collègues.

M : **Et est-ce que vous trouvez qu'il y a des limites à vos prises en charge** ? Est-ce que vous trouvez des limites par rapport à votre rôle, ce que vous souhaiteriez changer ?

E2 : Si je voudrai faire évoluer mon rôle à l'accueil de jour, comment je ferai ? Sans limite budgétaire ou institutionnelle, dans le meilleur des mondes ?

M : Oui oui c'est ça.

E2 : Alors dans le meilleur des mondes, j'aurai plus de temps de travail car un mi-temps c'est un peu juste pour 25 personnes par jour et 70 usagers actifs. Il faudrait que je sois un peu plus présent. Et puis faudrait surtout, qu'on puisse sortir de l'accueil de jour. Qu'on puisse euh, transposer ce qu'on travaille en accueil de jour et pouvoir l'emmener à domicile car c'est … Par exemple quand on fait un travail sur les activités de vie quotidienne avec les gens qu'on accueille, on échange avec les aidants. Et voilà nous dans l'accueil de jour il fait ça, il est encore en capacité de faire ça. Je ne sais pas si vous, vous l'avez vu chez vous mais chez nous il est en capacité de faire ça. Du coup on encourage les aidants à essayer de le reproduire, qu'il est une sorte de continuité à domicile tu vois. Pour que les gens continuent à stimuler leur capacité et que les aidants aient un fardeau un peu moins important tu vois. Que ça puisse les soulager. Mais le truc c'est que c'est juste des paroles, des conseils et t'as aucun moyen de suivre ça en fait. Et pour moi, si on devait vraiment être complet, il faudrait aller au domicile de ces personnes et montrer aux aidants, qu'ils soient familiaux ou professionnels, les capacités de la personne qu'on a sur l'accueil de jour et les transposer, en faire des habitudes de vie au quotidien.

M : Ah oui, y a une différence entre la réalité et ce qui se passe à l'accueil de jour et c'est vrai que ce n'est pas forcement la même chose.

E2 : Complétement, quand je parle parfois avec des aidants, ils me disent beh non enfin ce que vous me racontez ce n'est pas possible. Enfin il ne peut pas faire ça chez vous en sachant comment il est chez nous. Il y a parfois des gros fossés entre chez nous et chez eux, positif comme négatif. Il y a des fois ça ne se passe pas du tout bien à l'accueil de jour parce qu'ils sont ultras anxieux et trop désorientés, alors qu'à la maison c'est très cadrant,

rassurant. Et de fois, à la maison ils sont avec un aidant épuisé qui leur renvoie des choses négatives et du coup le fait d'être stimuler et valoriser dans l'accueil de jour, beh ça se passe beaucoup mieux tu vois.

M : Et en plus avec la gestion de leur émotion ça ne doit pas être très simple vu que c'est des personnes qui sont démentes, ça doit être compliqué. **Comment vous arrivez à les faire, à gérer tout ça** ?

E2 : A gérer les troubles des comportements des personnes ? On fait un peu comme on peut, ce n'est pas toujours évident (petit rire).

M : C'est en fonction de la personne au final.

E2 : Ouais ça pour le coup c'est de l'individuel au maximum quoi. En fait, ça dépend, voilà tu as dû le voir dans tes recherches la maladie d'Alzheimer c'est un peu la loterie. Les gens quand ils arrivent le matin tu ne sais pas s'ils vont être au top ou au fond du trou. Y a des fois ils sont rayonnants, qu'ils ont aucun trouble, c'est un jour super et ils reviennent la semaine d'après, ils sont fatigués, ils ont fait un peu d'angoisse la nuit donc ils ont déambulé, ils sont complétement désorientés dans le temps et dans l'espace. Et là du coup la journée est compliquée. Après pour les gérer les troubles du comportement on essaye de les réorienter. Parce qu'en principe un trouble du comportement ça vient tout le temps de quelques choses qui ne va pas physiquement, physiologiquement chez eux. Et la plupart du temps c'est de l'angoisse due à la désorientation. Donc en principe quand il y a un trouble du comportement c'est que la personne ne sait pas ce qu'elle fait là et elle ne sait pas comment elle va rentrer chez elle. Donc systématiquement, ce qu'on fait c'est qu'on les prend en individuel, il y a un membre de l'équipe qui se détache et qui prend avec lui. Il va faire un tour dans le jardin ou s'isoler dans une pièce au calme et qui lui explique la situation. Voilà monsieur ou madame ici vous êtes à XX, vous êtes arrivé ce matin, vous allez manger avec nous ce midi et dans l'après-midi à telle heure, il y a quelqu'un qui va venir vous chercher. En principe le fait de faire ça, ça les recadre, du coup ils sont apaisés, même si ça dure que 5 minutes. Il y a des patients, il faut qu'on le fasse 15 fois par jour tu vois. Chaque faut qu'on les prenne et qu'on les rassure. Après on le fait car sinon ils sont en souffrance et ce n'est pas positif pour nous ni pour eux.

M : C'est vrai que ça peut être compliqué …

E2 : Et après pour l'autre possibilité au niveau des troubles du comportement c'est tout ce qu'est difficulté physique ou physiologique. Donc c'est une douleur, c'est de la faim, une envie d'aller aux toilettes, c'est de la fatigue. Et du coup on essaye, les gens on commence à les connaitre au fur et à mesure, on apprend à les connaitre. Et on essaye de cibler d'où va se trouver la difficulté. On sait par exemple qu'on a un monsieur que vers 13h-14h, il va avoir une explosion du trouble du comportement parce que du coup il est fatigué tu vois. Chez lui par exemple, sa femme nous a dit qu'il faisait la sieste et que si il ne fait pas la sieste chez vous, ça va être compliqué. Du coup, on l'accompagne dans une pièce calme, on l'installe dans un fauteuil et on lui laisse la possibilité de se reposer tu vois. Donc c'est vraiment à prendre les habitudes de vie de chacun et essayer de comprendre. Parce que pour moi un trouble du comportement ce n'est pas un symptome de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Un trouble du comportement c'est une réponse à quelques choses, il y a forcément quelque chose derrière. Si tu creuse tu vas forcément trouver un problème. Et du coup nous on essaye d'apprendre à connaitre nos personnes, d'échanger avec leur famille pour voir d'où peuvent venir ses difficultés. Et en fonction de ça quand on les résolut les troubles du comportement ils disparaissent.

M : C'est intéressant, je ne pensais pas qu'il y avait un lien avec le physique ou la physiologie, je pensais plus aux troubles cognitifs.

E2 : Tu vois même si c'est en lien avec les troubles cognitif, tu peux avoir des troubles du comportement parce que la personne a des difficultés de compréhension et qu'elle essaye de s'exprimer et qu'elle n'y arrive pas. Et quand elle voit que personne ne la comprend, et qu'elle n'arrive pas à s'exprimer, elle s'enflamme et y a des troubles qui apparaissent. Mais tu vois la difficulté à la base c'est la difficulté de compréhension. Il suffit de le prendre dans un coin un peu calme et de lui laisser reprendre ses esprits, essayer de reformuler ses mots pour arriver à ce que tu le comprennes et en principe ça va mieux tu vois. Mais moi la vision que j'ai de ses choses-là, c'est que les troubles du comportement ce n'est vraiment pas un symptôme comme peuvent être la perte de mémoire tu vois. Pour moi les troubles du comportement c'est une conséquence de quelques choses.

M : C'est intéressant tout ça. Et puis dernière question **est-ce que vous percevez une amélioration des capacités de la personne à la suite des prises en charge que vous faites à l'accueil de jour** ? S'ils ont une meilleure confiance en soi, meilleure capacité dans les AVQ ?

E : Je ne peux pas te dire oui car ce n'est pas une vérité générale, et je ne peux pas te dire non car il y a plein de fois où on l'a observé ouais. En fait, c'est vraiment dépendant de la personne, ça dépend de comment elle nous arrive, ça dépend du niveau de l'avancé de la pathologie quand elle arrive, ça dépend aussi de son histoire de vie car y a des gens qui n'ont jamais vécu en société dans leur vie et là tu les mets dans un endroit où ils connaissent personnes, où il y a 25 personnes autour d'eux et ça ne passe pas quoi. Il y a des gens même s'ils ne sont pas trop loin dans la pathologie, vivre en société ça ne passe pas, du coup on se retrouve en échec et on n'y arrive pas quoi, on n'arrive pas à travailler avec eux donc on n'a pas d'amélioration. Mais la plupart du temps il y a une amélioration au niveau du ressenti de la personne sur l'accueil de jour. La plupart du temps c'est systématique, ce que l'on fait à l'accueil de jour c'est qu'on se donne un mois d'essai. En fait, quand on accueil quelqu'un à l'accueil de jour, déjà c'est une journée par semaine pendant un mois. C'est un mois d'observation où on se laisse la possibilité à la fin du mois de dire à la famille beh je suis désolé, on a essayé mais juste votre parent il est pas du tout adapté à l'accueil de jour ou l'accueil de jour n'est pas adapté à lui et du coup on ne pas pouvoir continuer l'accompagnement. Mais en principe la première quand ils arrivent chez nous et la fin déjà du temps d'adaptation de ce mois-là, on voit une différence au niveau de l'attitude de la personne. Elle est beaucoup moins tendue, beaucoup plus à l'aise, il y a plus d'interaction sociale, plus de participation spontanée. Même si minime, il y a toujours des améliorations positives.

M : D'accord c'est plus au niveau du social que ça vient interagir.

E2 : Dans un premier temps, dans un premier temps parce que si tu veux d'adapter dans un accueil de jour comme ça il faut que t'ai une composante sociale qui soit présente. Et après une fois que la personne se sent bien, se sent à l'aise, là elle va pouvoir investir les activités qu'on va lui proposer. Elle va pouvoir se donner dans les activités, être participative et là tu vas pouvoir entretenir les capacités. Des fois tu vas en gagner, des fois tu vas empêcher d'en perdre, de les maintenir un peu plus longtemps.

M : Oui souvent les objectifs sont d'abord de les maintenir voire de les améliorer si possible.

E2 : Oui en principe, dans ce genre de pathologie on est plus sur du maintien des capacités le plus longtemps possible de manière à ce que les gens peuvent rester au domicile le plus possible avant l'institution. Car on sait qu'au bout d'un moment les pertes elles vont être

là. On ne peut pas faire autrement, c'est sûr qu'il va y avoir des paliers, du coup on essaye de les maintenir le plus possible. Mais après tu n'as pas forcement des améliorations au niveau des capacités mais amélioration sur la sollicitation spontanée de ses capacités. Par exemple, j'ai une dame qui est arrivée à l'accueil de jour, elle était recluse dans son coin, elle parlait très peu aux gens et un jour je lui ai demandé si elle voulait m'aider à essuyer la vaisselle et elle m'a dit oui, elle m'a aidé. Les capacités, elle les avait tu vois, mais juste fallait que j'aille la chercher car elle était enfermée. Et là ca fait un an qu'elle est chez nous et maintenant dans l'après-midi quand on a fini le gouter, elle vient et me dit est ce que je peux vous aider. J'ai même plus besoin de l'appeler tu vois, donc je lui file un torchon et c'est elle qui vide le lave-vaisselle.

M : C'est là qu'on voit des améliorations du coup.

E2 : C'est ça mais du coup la capacité, la capacité était déjà là, n'y avait pas troubles praxiques, pas de difficulté à réaliser l'action mais par contre il n'y avait pas cette spontanéité. Du coup on ne gagne pas sur la capacité mais on gagne sur la spontanéité à l'utiliser en fait.

M : Ok ouais plus sur l'autonomie que de l'indépendance.

E2 : C'est ça.

M : Et des fois vous avez un retour de la famille par rapport aux améliorations qui peuvent avoir lieu à domicile ?

E2 : Ouais, ouais, assez régulièrement et ça c'est plutôt ultra valorisant pour notre boulot, car il y a souvent où il y a les familles qui disent ouais depuis qu'il est chez vous voilà, il est à la maison, il est un peu plus éveillé, un peu plus participatif. Ou quand il rentre de chez vous il a le sourire alors qu'il ne l'avait pas avant, ou voilà quand il rentre de chez vous, la nuit il dort mieux, c'est plus facile, il y a moins de déambulation, il y a moins, … c'est assez régulier qu'on ait des retours positifs et je t'avoue que dans un boulot comme ça, ça fait du bien aussi d'avoir des retours positifs.

M : Ça nous rassure de ce que l'ont fait.

E2 : Ouais, puis c'est un boulot épuisant, de travailler avec des gens où tu sais que tu ne vas quasiment pas avoir d'amélioration et que tu vas les voir décliner. Souvent tu vas en accompagner une bonne partie jusqu'au décès, ce n'est pas ultra valorisant, pas toujours

facile quoi. Donc le fait d'avoir des retours positifs des aidants, je me dis que leur vie se passe un peu mieux, j'avoue que des fois ça me fait du bien.

M : Oui c'est sûr, on verra bien par la suite l'évolution de leur prise en charge avec cette pathologie

E2 : Ouais, ouais, après tu sais la stimulation non médicamenteuse et tout ce qui est activité c'est vraiment le mieux pour ses gens-là. Et surtout le côté social en fait. Les faire sortir de chez eux, c'est ça qui va maintenir les capacités. Aujourd'hui il y a pleins de gens qui se disent beh ouais mes parents n'ont peut-être pas besoin d'un accueil de jour parce qu'à la maison ils ont une tablette où ils font des exercices de stimulations pour la mémoire, ils font des mots fléchés et tout. Je leur dis beh ouais mais ils sont chez eux, dans un cadre qu'il connait, il ne se frotte pas à leur limite. Juste déjà le fait de sortir de chez eux, d'aller dans la rue où il peut y avoir des imprévus, où ce n'est pas tout fluide, où ce n'est pas tout facile, rien que ça les capacités sont déjà beaucoup plus stimulées en fait. Du coup on a comme philosophie de pousser les gens un peu à l'extérieur de chez eux parce que pour nous le fait de rester à la maison ça ne va pas aider en fait. C'est vraiment l'ouverture vers l'extérieur qui va permettre le maintien des capacités. Du coup on a une plate-forme de répit qui est adossé à l'accueil de jour et où on propose aux aidants des sorties, des activités aidants-aidé. Voilà on essaye vraiment d'amener ça.

M : Ok très bien, merci en tout cas pour toutes ces informations.

Annexe X : retranscription de l'entretien 3

M : **Quand est-ce que vous avez reçu votre diplôme** ?

E3 : en juin 2011

M : Et **vous êtes depuis quand dans la structure** ?

E3 : Je ne suis pas salarié, je suis en libéral, donc sur l'accueil de jour depuis, c'est une bonne question, depuis euh, ça doit faire deux ans. Alors, je regarde, vous continuez les questions

M : **Est-ce que vous avez reçu des formations spécifiques par rapport aux prises en charge des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer** ?

E3 : Non, je n'ai pas fait de formation par rapport à la maladie d'Alzheimer depuis que je suis en libéral.

M : Oui vous avez fait plus par rapport aux enfants.

E3 : C'est ça oui, j'ai quasiment fait que par rapport aux enfants, sur un type de patho ouais.

M : Alors, **comment vous évaluez les capacités de la personne en accueil de jour** ?

E3 : Alors on est plusieurs en fait. Déjà l'AMP c'est la première en général qui reçoit la personne, le premier jour, parce qu'elle est tout le temps-là. Donc elle fait un petit bilan que je lui avais préparé, c'est un petit bilan maison, pour évaluer un peu ses capacités. Après bien sûr le courrier du médecin qui nous l'envoie. Ensuite, soit la psychologue, soit moi, ça dépend des jours où rentre la personne, qui font le MMS, donc on fait passer le MMS. Et ensuite la psychologue dans tous les cas s'occupe de l'histoire de vie de la personne. Euh après au bout d'un mois on évalue le projet de vie et ça on le fait en équipe, soit la psycho, infirmière, car on a une infirmière sur l'accueil de jour, psycho, infirmière, AMP et moi, voilà. Donc en bilan normalisé on a que le MMS et ensuite les AMP font passer un petit bilan qu'on leur a préparé. Et le MMS passé soit par la psycho soit par moi.

M : Et le bilan maison comprend tout ce qui est cognitif, ..

E3 : Ouais, ouais, il comprend tout ce qui est orientation temporo-spatiale, euh fonction exécutive, praxie, graphisme, euh qu'est-ce qu'il comprend d'autres … fluidité verbale un peu, réponse à un ordre simple, je crois qu'on a mis un peu de calcul, et de tête il me semble que c'est tout.

M : Ok et **est-ce que vous proposez des mises en situation écologique pour évaluer ses capacités là ou vous faites vos observations pendant le quotidien du coup** ?

E3 : Si on fait des mises en situation en milieu écologique, notamment, on fait surtout pendant les temps de repas. Car ils arrivent chez nous, selon les transports, on a les transports qui sont à XX. Ils arrivent entre 9h30 et 10h30 et ils repartent à 16h30. Donc la grosse activité en écologique qu'on fait, c'est effectivement tout ce qui est préparation du repas. Donc on leur fait préparer la table, mettre les couverts, mettre la table, alors de temps en temps ils doivent servir mais ça dépend de qui on a, ça dépend de nos patients, débarrasser la table, faire la vaisselle, passer la petite pièce, le petit balai. Après y en a certains, je leur demande de plier les draps ou de plier les nappes. Euh qu'est-ce qu'on fait d'autres en écologique … de la cuisine mais ça c'est classique, euh servir le café le matin en arrivant, ça on leur fait faire mais pas préparer le café, mais on leur fait servir le café. Euh, quoi d'autres, après tout ce qui est en rapport aux soins mais ça c'est normal. Et de temps en temps, en général c'est une fois par mois, y a une sortie qui est prévue, en fait. Donc là effectivement, ils doivent se repérer, par exemple ils doivent aller chercher leur verre de jus de fruit à tel endroit, des choses comme ça. C'est l'essentiel qu'on fait en écologique. Après nous on a de la chance on est sur deux étages. Donc, du coup on a fait deux étages, deux niveaux. Donc ça on le propose surtout au deuxième étage avec des personnes qui ont des meilleures capacités. Au premier étage c'est compliqué. Au premier étage on fait surtout atelier cuisine, aider à mettre la table de temps en temps, ça dépend des résidents qu'on a. Et on en sort un ou deux dans le mois et pas plus car du coup c'est compliqué, il y a des risques de fugues. Il faut vraiment être vigilant.

M : D'accord oui on ne peut pas trop en prendre sinon ça peut être dangereux.

E3 : ouais complétement

M : Et si vous n'arrivez pas à avoir certaines informations, **vous avez des retours de la famille sur le quotidien** ?

E3 : Oui, alors on travaille avec un cahier de liaison. Donc tous les jours les patients arrivent avec le cahier de liaison. Nous on a des fiches de suivi journalières par rapport aux activités de la personne et tout ce qui est soin, tout ce qui est soin, tout ce qui est repas, hydratation. Donc généralement, les familles, s'il y a quoi que ce soit, ils nous écrivent un mot, s'il a passé une mauvaise nuit, si il est tombé ou quoi. De temps en temps on n'a pas de retour des familles car la personne habite seule donc il y a juste l'infirmier qui passe le matin. Ça nous arrive que la personne arrive avec un gros bleu sur le visage, un poignet qui a doublé de volume, donc là c'est l'infirmière dès le matin qui appelle la famille pour avoir des infos. Mais sinon en général le cahier de communication ou cahier de liaison ça marche plutôt bien, voilà. Et après on fait une enquête de satisfaction, et après on fait une fois tous les 6 mois en général, on essaye, …, à Noël souvent on organise un petit marché de Noël où les familles sont conviées, comme ça on peut échanger avec eux un peu sur ce qui est fait, visiter, enfin revisiter les locaux. Et en général on en refait un mois de juillet genre barbecue.

M : Oui, pour rencontrer la famille

E3 : Et on invite les familles, mais après ils ne viennent pas tous, mais effectivement dans l'idée, ils peuvent venir, discuter avec les AMP, voir ce qui est fait au quotidien, voilà.

M : Pour avoir plus d'échange avec eux.

E3 : Oui voilà. Et du coup vous m'avez dit qu'ils venaient de 9h30 à 16h30, donc **comment ça s'organise au niveau des prises en charge ? plus individuel, en groupe ?**

M : Euh, ouais, enfin ça dépend. Le matin, ils arrivent au compte-goutte de 9h30 à10h30 car on a 3 camions et les trois camions font deux trajets en général. Donc du coup, voilà on les a au compte-goutte. Du coup tous les ateliers cognitifs sont faits le matin, le matin c'est cognitif. C'est les AMP car elles sont tout le temps-là. Quand il y a les infirmières, les infirmières les aident et quand je suis là le jeudi matin je les aide aussi pour le cognitif. Euh, pour le cognitif c'est que de l'individuel, donc ceux qui y arrivent tout seul on les laisse en autonomie, ceux qui n'y arrivent pas on se met à côté d'eux et on le fait en individuel uniquement. Après, l'après-midi, c'est soit de l'individuel soit du groupe. Mais le matin, car je pense au matin, on a le cognitif, on le fait jusqu'à 11h un peu près. Ensuite de 11h à 11h30 c'est des soins, passage aux toilettes et tout. Et à 11h30 on fait un quizz en

général, donc là c'est vraiment le cognitif mais c'est à l'oral. C'est vraiment un atelier de groupe là pour le coup.

M : Ah oui, vous faites les deux, ça fait un mixte.

E3 : Oui oui complétement car même les après-midis. Au premier c'est souvent du groupe, parce que c'est soit des ateliers chants, danse, snoezelen, euh gym douce, ballon, c'est vraiment plus ça. Au deux par contre c'est différent car on fait plus du manuel, donc au deux ça dépend du jour. On a un planning est soit c'est de l'individuel soit du groupe.

M : Et du coup ce que vous faites en manuel, ça serait du bricolage, … ?

E3 : Oui, alors moi je n'en fais pas beaucoup du manuel, honnêtement pour ne pas dire que je n'en fais pas du tout, parce qu'avec les patients je fais que le jeudi matin, l'atelier cognitif et le lundi j'y suis mais je fais plus la paperasse, de la coordination. Du coup oui les AMP en manuel elles font, elles font beaucoup de petits bricolages, d'activités manuelles. Qu'est-ce qu'elles font ? Elles font les découpages, collage, des ateliers de palmes, elles font de petites constructions en forme de lapin, là y avait le carnaval ils ont fait une pignada, papier mâché, de l'argile. D'ailleurs, ils avaient un atelier poterie il y a un mois, donc on a acheté de l'argile pour qu'ils travaillent avec l'argile et tout ça.

M : Ok, grande variété ! Et **vous en tant qu'ergothérapeute vous intervenez le jeudi sur les ateliers cognitifs et lundi du coup ça serait de la paperasse, c'est ça ?!**

E3 : Ouais, c'est ça en fait, moi j'interviens sur l'accueil de jour, j'interviens en temps 7h par semaine, euh en tant sur l'accueil de jour. Mais en fait, je fais beaucoup de coordination et après je fais tout ce qui est projet de vie, les histoires de vie, les MMS, euh, … Je fais la co avec la famille, tout le temps avec les familles et après ouais je fais la coordination. Enfin je fais la coordination avec les AMP et les équipes. Donc je vérifie le dossier avec elles, je les aide à préparer les ateliers.

M : Vous supervisez les ateliers qui sont mis en place

E3 : Ouais, exactement. Bon après voilà j'interviens, c'est une petite structure, donc c'est vraiment très familial, c'est des gens du coin. L'infirmière cadre elle est sur l'EHPAD, donc elle s'occupe très rarement de l'accueil de jour, donc au final c'est moi qui fais, c'est la directrice qui m'a demandé que je fasse la coordination. Donc je gère aussi les réunions

avec les médecins coordinateurs. On fait les rapports d'activité, on fait tout ça, donc c'est vrai que voilà, je fais beaucoup de co. Sur mes 7 heures, je fais la moitié de co.

M : Ah oui ça prend du temps.

E3 : C'est intéressant aussi.

M : Par rapport au planning, **les activités, c'est les usagers qui les décident ou c'est un peu vous qui décidez des activités qui sont proposées** ?

E3 : Alors en fait, on a fait, on a un planning qui est établit avec un roulement, donc chaque semaine il est différent. Chaque semaine, on essaye de faire en sorte que chaque personne est toutes les activités dans le mois. Car avant, on s'était dit, je dis n'importe quoi mais lundi après-midi c'est manuel, le mardi après-midi c'est loto, le mercredi après-midi c'est spectacle. Et du coup tout ceux qui venaient le mardi, il faisait que le loto, ceux du mercredi il faisait que le spectacle. Donc on a fait un planning tournant pour chaque semaine pour que toutes les personnes puissent avoir l'atelier cuisine, l'atelier manuel, l'atelier Snoezelen, l'atelier psychomotricité et tout et tout. Et donc effectivement, c'est nous qui imposons les ateliers, après sachant oui si des patients, ils ne veulent pas, il n'y a pas de soucis, on s'adapte à eux. Il y a un patient, il déteste tout sauf il adore dessiner, donc on lui laisse des feuilles et il dessine toute l'après-midi et de toute façon il ne peut rien faire d'autres. Donc on s'adapte à lui. Après on a un planning fixe.

M : Et **selon vous, est-ce que la structure dans laquelle vous êtes, elle permet à la personne d'avoir une meilleure participation lors des prises en charge qui sont faites** ?

E3 : Par rapport à quoi de l'accueil de jour ou extérieure ?

M : Par rapport à l'accueil de jour, est ce que l'environnement permet d'adapter et d'influencer positivement la prise en charge de la personne ?

E3 : Ah oui complétement, complétement !

M : Alors aussi **comment vous arrivez à gérer tout ce qui est les émotions** ? Car avec la maladie d'Alzheimer y a des gros troubles du comportement parfois, alors vous prenez individuellement la personne pour la calmer ?

E3 : Alors ça c'est surtout au premier étage qu'on a les troubles du comportement, euh au premier étage on a la salle Snoezelen. Donc on n'hésite pas, les AMP, c'est la psychomotricienne qui a développé cette salle mais elle a formé euh nos AMP. Donc nos AMP savent s'en servir, savent comment faut faire et tout. Donc effectivement, quand on a une personne qui est très agité, ce qui nous arrive souvent, (petit rire), donc effectivement, nos AMP les amènent dans la salle et réussissent à l'apaiser. Donc en général, ça se passe comme ça. Après ça dépend parfois on en a qui veulent sortir donc à ce moment-là on détache une AMP qui sort, on est vraiment dans la colline, donc elle sort un peu sur la terrasse puis un petit dans le jardin pour balader la personne. En général ça suffit à la calmer, euh, voilà. Après, après, euh non c'est tout. Alors de temps en temps mais c'est très rare, non j'allais dire une bêtise ça n'arrive jamais, on a dû avoir une ou deux fois en deux ans, depuis que je suis ici, eu besoin d'une intervention d'une infirmière et du médecin pour calmer l'usager.

M : D'accord, ça reste rare des excès.

E3 : Oui ça reste vraiment rare. Après, c'est vrai qu'on fait attention aussi, là on a descendu une dame au premier étage car elle en énervait trois autres au 2. Donc si on les laissait tous les quatre ensembles, beh oui tous les jours il fallait qu'on fasse quelques choses pour les calmer. Mais, non on arrive à les calmer avec la salle Snoezelen et en les sortant et en prenant le temps de s'en occuper. Après je ne sais pas combien ils sont dans les autres accueils de jour, nous c'est vrai qu'on a pas mal d'AMP, on a trois temps-pleins et un mi-temps en AMP uniquement. Après, le lundi matin et mardi matin y a une infirmière, lundi après-midi je suis là, le mercredi y a une infirmière, le vendredi y a une infirmière, le jeudi je suis là, le vendredi y a une psychomotricienne, le lundi après-midi y a une animatrice sportive qui propose du yoga. Donc voilà y a quand même pas mal d'intervenant.

M : Oui, je vois ça, et d'aspect extérieur ça permet d'avoir une assez bonne équipe.

E3 : Oui ça permet d'avoir beaucoup de personne effectivement, la personne et la psychomot elles sont vraiment des activités les troubles du comportement à fond. Donc c'est vrai que pour elles ça marche super bien et puis quand l'infirmière est là ou que moi je suis là on peut détacher une AMP pour s'occuper juste d'une personne si elle est en train de voilà, d'avoir un gros trouble du comportement et qu'il faut s'en occupe et la canaliser

M : Et vous votre prise en charge, **vous insérez tout ce qui est les notions d'autonomie et d'indépendance ?**

E3 : Oui oui, je fais le petit bilan en plus du MMS. Bon après ce n'est pas très long, j'écris un petit compte-rendu. Mais effectivement, le premier jour j'évalue ses capacités au transfert son autonomie pour marcher, si elle marche ou pas, son autonomie pour se transférer de la voiture au fauteuil roulant parce qu'on a des gros camions donc il y a une petite marche. Qu'est-ce que je vois d'autres ? L'autonomie pour aller aux toilettes, si elle arrive à s'essuyer toute seule, l'autonomie pour le repas, si besoin j'ai des couverts adaptés, donc j'évalue et je mets le couvert adapté. Euh, …

M : Et du coup **vous insérez ses concepts là dans vos prises en charge et dans les objectifs du projet de vie c'est ça** ?

E3 : Oui, oui exactement, le projet de vie on le réalise un mois après l'arrivée des résidents et après on le réévalue tous les 6 mois. Et à chaque point du projet de vie on voit par rapport à l'autonomie, de toute façon on a un petit questionnaire, pour faire l'état des lieux avant de remplir le projet de vie, que ça soit à un mois ou le renouvellement de tous les 6 mois. Ce petit questionnaire on note si elle continue à marcher seule, au niveau des transferts, si il y a un bon équilibre, si il y a des problèmes au niveau du repas, de la toilette, des WC, donc voilà tout ça on le note et on le travail. Ça fait partie de nos objectifs de maintenir le plus possible.

M : Ok et selon vous quel serait vos limites dans vos prises en charge, votre poste, profession, **qu'est-ce que vous voudrez améliorer par rapport à vous** ?

E3 : Ah euh moi c'est sûr que si je faisais moins de co (petit rire) et je pouvais plus m'occuper des patients ça serait mieux ! Après l'idéal ça serait qu'on puisse avoir un retour plus régulier des infirmiers qui passent à domicile. Parce que la famille, souvent ils sont dans le déni. C'est vrai que si on pouvait avoir un retour, une meilleure communication avec les infirmiers ça serait pas mal. Mais c'est sûr que ça serait compliqué, parce que nous quand on est disponible, eux généralement le sont plus et ils n'ont pas trop trop le temps donc c'est complexe. Mais ça nous permettrait d'avoir un bon visu par rapport à l'autonomie de la personne et par rapport au niveau des troubles du comportement chez lui. C'est vrai que nous, on pourrait plus axer nos objectifs par rapport à ça et puis sinon euh c'est déjà pas mal !

M : Oui c'est déjà des bons éléments ! Mais oui **du coup vous avez un retour de la famille et des infirmiers ?**

E3 : On a tout le temps un retour de la famille, les infirmiers ça dépend des infirmiers en fait. Ca dépend si ils ont le temps de nous faire des trans ou pas le matin. Mais après on a le contact des infirmiers, quand les infirmiers du SIAD qui interviennent, on a leur téléphone. Donc on peut les appeler comme eux peuvent nous appeler pour nous dire attention madame machin est tombée ce matin. Mais c'est vrai qu'on a du mal à communiquer avec eux encore. On a beaucoup plus de communication avec les familles.

M : D'accord, et **à la suite des prises en charge que vous faites en accueil de jour, vous percevez un changement, une amélioration des capacités de la personne** ?

E3 : Une amélioration non, honnêtement non ! Voilà, on a quasiment que des personnes qui ont des troubles de l'Alzheimer diagnostiqué. Généralement …

M : C'est plus du maintien du coup ?

E3 : Oui c'est plus du maintien. Après, parfois on a des améliorations des troubles du comportement. Ca oui c'est clair. Mais une amélioration des capacités de la personne non on n'a pas ! ca serait bien mais on n'a pas honnêtement …

M : Car avec mon mémoire j'essaye de voir s'il y a une amélioration des capacités qui vient améliorer la qualité de vie au quotidien, positif au niveau du quotidien avec la famille, l'entourage

E3 : Oui au niveau des troubles du comportement c'est clair ! Au niveau des troubles du comportement euh la famille nous dit que quand elle revient de chez vous, elle est beaucoup mieux, elle est plus souriante, plus apaisée, ça effectivement on en a. Après par rapport à l'autonomie non, c'est clair que non et puis pour les patients qu'on a vraiment souvent, 4 fois par semaine, parfois ils nous disent il est un peu plus orienté. Car il sait que le lundi il y a le camion qui vient le chercher le matin et passe le soir. Donc le vendredi quand il ne l'a pas, il sait que c'est le week-end, donc qu'on va faire ci qu'on va faire ça. Oui ils peuvent être un peu plus orienté, parce que, mais faut vraiment que ça soit des patients qui viennent souvent. Les patients qui viennent que deux fois par semaine, non on ne voit pas ça, faut vraiment que ça soit régulier, quatre fois par semaine. Par contre, non on a une amélioration des troubles du comportement ça c'est clair !

M : Et du lien social aussi ?

E3 : Du lien social aussi, avec les sorties qu'on fait tous les mois, généralement c'est les sorties, alors ça dépend des fois, mais généralement c'est les sorties qu'on fait avec les clubs de ACCAS de la ville XX qu'on fait. Ca leur permet aussi de rencontrer d'autres personnes qui sont agées, enfin ce n'est pas des touts petits. Donc au niveau du lien social c'est pas mal ! Et ensuite, on a un partenariat avec une école, enfin un centre aéré plus exactement, du coup on a des groupes intergénérationnels et ça, ça se fait tous les deux mois un peu près ! Et ça, ça leur fait vraiment du bien de faire des ateliers avec des petits enfants, et pour le lien c'est vraiment parfait, pour le lien social c'est top.

M : Oui c'est vrai que l'intergénérationnel ça aide !

E3 : Ouais, l'intergénérationnel complétement. Nous ce qui permet d'avoir un vrai bon lien social, c'est l'équipe de, le travail intergénérationnel avec le centre aéré et les sorties qu'on fait via le ACCAS. Parce qu'ils retrouvent parfois, des personnes qui connaissaient avant de la ville XX, qui ont le même âge mais qui eux bien sûr ne sont pas atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils se retrouvent donc c'est vrai que ça fait des superbes belles sorties, des sorties adaptées pour les personnes âgées. Et c'est vrai que la ville XX fait beaucoup de choses. Il y a une semaine bleue tous les ans. Donc à la semaine bleue l'an dernier ils avaient fait la chorale justement avec les enfants. Ils avaient ensuite présenté la chorale, ils avaient deux ou trois chansons qu'ils avaient essayé de retenir. Donc voilà ils ont présenté la chorale au mois de novembre et là cette année ça sera sur l'écologie, donc il prévoit encore quelques choses avec l'intergénérationnel, donc voilà. Il y a toujours des petites choses, c'est pour ça que pour le lien social c'est vraiment pas mal !

M : C'est top qu'ils puissent s'adapter à toutes les populations. Donc je crois que j'ai fini, j'ai posé toutes mes questions ! Merci beaucoup d'avoir répondu et pris le temps.

E3 : Avec plaisir, il n'y a pas de soucis, si vous avez d'autres questions vous pouvez me rappelez.

Annexe XI : tableau analyse longitudinale de l'entretien 1

Q1	Comment évaluez-vous les capacités de la personne ?
Réponses	- Pas de passation de bilan par manque de temps de présence (30%) - Passation de bilans spécifiques si l'équipe soulève des problèmes particuliers, sous demande des collègues - Bilan maison : praxie, équilibre - Observation pendant des mises en situation écologique : repas thérapeutique (mise de la table, couvert, débarrassage,…), pâtisserie, cuisine, essai de faire des activités qui se rapprochent le plus de celles à domicile - Pour avoir davantage d'informations, lien avec la famille via un échange téléphonique ou lors de l'entrée administrative de l'usager où est présent la famille

Q2	Comment s'organise une journée dans votre structure ?
Réponses	- Des prises en charge individuelles ou sur des ateliers en groupe (équilibre, manuelle) - Journée avec une arrivée entre 9 et 10h puis départ entre 16-17h - Adaptation par moment difficile car structure ouverte à toutes les maladies neurodégénératives (Parkinson) - Prise des repas le 12h avec aide de leur part - Pour répondre aux besoins primaires : demande de l'équipe fréquente dans la journée et répond aux besoins des usagers, accès libre à la cuisine mais peut utiliser par les usagers - Pas présence de l'ergothérapeute au moment de la prise des repas mais peut intervenir ponctuellement si un usager à davantage de difficultés - Changement des ateliers toutes les 6 à 8 semaines, en prenant en compte les demandes des usagers - Activité durant en moyenne 1h

Q3	Quelles activités proposez-vous en ergothérapie dans la structure ?
Réponses	- Activités manuelles : vannerie, calligraphie, cartonnage, couture, - Activités cognitives, - Activités motrices (équilibre, gym douce, transfert) - Activité en fonction des usagers présents - Ateliers proposés par ergothérapeute, ASG, AMP, musicothérapeute (1/2 journée), psychomotricien - Un planning est mis en place avec au moins 2 activités pour qu'ils aient le choix - Structure optimale car neuve mais pas entièrement, des détails manquent - Emotions pas toujours évident à gérer mais orientation des usagers en cas de crise vers la salle Snoezelen (fonctionne bien)

Q4	Quel est votre rôle dans la structure ?
Réponses	- Pas de participation aux entretiens d'entrée - Supervise des ateliers spécifiques comme l'équilibre et certaines activités manuelles, travail des transferts, de la préhension - Transmission des connaissances aux collègues pour gérer les difficultés et adapter les activités à chaque capacité des résidents, définir les symptômes de la maladie - Participation et aide aux activités avec les collègues si complication dans le déroulement - Prise en charge des personnes à plus grandes difficultés en individuelle - Changement souhaité : avoir plus de temps pour bilanter tout le monde pour les orienter vers des activités plus adaptées, définir des objectifs puis adapté les activités en fonction et faire plus de prise en charge individuelle - Accueil de jour est que de passage : pour des prises en charge de répit pour la famille - Orientation des objectifs ergothérapiques : vers autonomie et indépendance

Q5	Percevez-vous un changement, une amélioration des capacités de la personne et de sa qualité de vie ?
Réponses	- Lien avec l'ESA et les aides à domicile pour continuer à maintenir les capacités dans l'autonomie et l'indépendance dont ils en sont capables en accueil de jour - Amélioration ça arrive mais plutôt rare - Changement important pour le lien social - L'humeur joue sur les capacités de la personne - Reprise de confiance en soi via les activités proposées - Amélioration de la qualité de vie à domicile - Mais peu de retours de la famille - Par moment, l'état de l'usager est mieux dans la structure et pas de changement à domicile - On voit des améliorations mais présence peu régulière en accueil de jour pas d'impact important à domicile. - Rare retour de la famille sur les changements de la qualité de vie

Annexe XII : tableau analyse longitudinale de l'entretien 2

Q1	Comment évaluez-vous les capacités de la personne ?
Réponses	- Bilan ergo maison mais pas le temps de le faire passer à tous les usagers - Beaucoup plus basé sur les observations de leur investissement lors des AVQ - Donner les informations sur les capacités-incapacités sur les transmissions pour les collègues - Récolte d'information par la famille quand ils les amènent ou alors par appel téléphonique si taxi - Beaucoup d'échange avec les aidants lorsqu'ils viennent à l'accueil de jour pour déposer ou chercher la personne (difficultés à domicile, histoire de vie)

Q2	Comment s'organise une journée dans votre structure ?
Réponses	- Les usagers arrivent entre 9-10h et partent entre 16h30-18h - En attendant que tout le monde arrive : installation des usagers dans la salle commune et petit déjeuner qu'ils choisissent - 10h – 10h15 : temps en collectivité pour remplir un panneau pour stimuler les repères temporo-spatiaux, et déterminer le rythme de la journée - 10h30-12h : 1h30 d'activités - 12h : temps de pause WC, changes - 12h15 : participation des usagers à mettre la table - 12h30-13h30/14h temps de repas - 14h-15h : temps de repos, calme - 15h-16h : temps de la deuxième activité - 16h : temps de gouter - Entre temps : pause change et WC - 16h30-17h : temps avec activité informelle en attendant leur départ, groupe ouvert

	- Atelier de groupe de 3 à 10-12 personnes - Activité orale ou écrite - Beaucoup de temps pour répondre aux besoins primaires de la personne (petit déjeuner, pause WC, repas et temps de repos) - Pas participation de l'ergothérapeute au moment des repas mais peut donner des pistes d'aides techniques pour faciliter l'autonomie des usagers

Q3	Quelles activités proposez-vous en ergothérapie dans la structure ?
Réponses	- Tous les professionnels animent les groupes : Psychologue, infirmier, musicothérapeute, APA, ergothérapeute, AMP, ASG - Activités : manuelles, cognitives à base de jeu, sur l'actualité, motrice (chorégraphie et chorale) - Stimulation motrice, cognitive, exécutive en fonction de leur projet - Les usagers choisissent indirectement leur activité en donnant des informations sur leurs habitudes de vie, loisirs - L'ergothérapeute se base de la structure pour influencer positivement la participation de la personne dans les AVQ mais tous ses collègues n'ont pas cette vision. Il trouve important de se baser sur la structure pour stimuler les personnes sur les AVQ et pas seulement faire des activités → pas tous la même sensibilité sur ce point de vue là - Gérer les émotions : en individuel avec un membre de l'équipe qui se détache, trouver la source qui est souvent physique, physiologique, souvent de l'angoisse due à la désorientation ou répondre aux besoins primaires de la personne

Q4	Quel est votre rôle dans la structure ?
Réponses	- Bilanter les usagers - Participation au plan personnalisé, avec mise en avant des objectifs à travailler → référent du projet de soin de la personne

	- Préparation du planning de la semaine en fonction des objectifs à suivre - Affiliation des usagers dans un groupe d'activité en fonction de leurs objectifs, histoire de vie et loisirs mais réflexion lors des réunions pluridisciplinaire - Animation de groupe d'activité - Echanger et sensibiliser les familles lors des moments de rencontre en début et fin de journée (expliquer ce qu'il se fait en accueil de jour, donner des astuces, orienter si besoin vers d'autres structures) → éducation et information - Changement : plus de temps de présence, pouvoir sortir de l'accueil de jour pour intervenir à domicile afin de transposer et expliquer ce qu'on travaille à l'accueil de jour et qu'il reproduit les mêmes choses à domicile → plus de suivi à domicile pour une prise en charge complète

Q5	Percevez-vous un changement, une amélioration des capacités de la personne et de sa qualité de vie ?
Réponses	- Observer une évolution pour certains mais pas vrai pour tout le monde - Dépends à l'arrivée du stade de la maladie, de son avancée, histoire de vie - Echec si la personne n'a pas l'habitude de la vie en collectivité - Après le mois d'essai : amélioration de l'attitude de la personne (moins tendue, plus d'interaction sociale et de participation spontanée) - Même si c'est minime → souvent une amélioration positive - Premier temps la personne améliore sa composante sociale puis s'investit dans les activités proposées, ce qui va pouvoir entretenir les capacités de la personne et de les maintenir dans le long terme - En principe plus sur du maintien que de l'amélioration avec ce type de pathologie dégénérative - Intervention tourner sur l'autonomie car la personne est indépendante mais pas autonome → amélioration sur la sollicitation spontanée de ses capacités - Régulièrement retour de la famille positif par rapport aux comportements

	à domicile (moins de trouble du comportement) → amélioration de la qualité de vie de la personne à domicile

Annexe XIII : tableau analyse longitudinale de l'entretien 3

Q1	Comment évaluez-vous les capacités de la personne ?
Réponses	- AMP évalue les capacités de la personne avec un bilan maison préparé par l'ergothérapeute (orientation temporo-spatiale, fonction exécutive, praxie, graphisme, fluidité verbale, réponse à un ordre simple, calcul) - Ergothérapeute ou psychologue fait passer le MMS - Psychologue s'occupe de l'histoire de vie de la personne - Projet de vie réfléchi en équipe au bout d'un mois - Proposition de mise en situation écologique : principalement au niveau du repas, rangement de la structure, cuisine, sortie en extérieure une fois par mois. - Retour de la famille et échange via un cahier de liaison : mot si problème à domicile ou autres informations à transmettre à la structure - Rencontre avec la famille tous les 6 mois pendant un événement (marché de noël et barbecue en juillet)

Q2	Comment s'organise une journée dans votre structure ?
Réponses	- Arrivée entre 9h30 et 10h30 par les bus et départ à partir de 16h30 - Deux étages dans la structure, deux niveaux (la deuxième personnes avec plus de capacités) - 10h-11h : atelier cognitif individuel par les AMP + infirmière ou ergothérapeute en fonction des présences - 11h-11h30 : passage au WC et soins - 11h30 : quizz en groupe à l'oral - Après-midi : atelier de groupe au premier étage avec des ateliers chants, danse, snoezelen, gym douce, ballon et au deuxième étage plus du manuelle (bricolage, découpage, collage, petites constructions, …) donc dépend des jours et de usagers - Un planning établit avec un roulement des activités sur les jours de la

	semaine

Q3	Quelles activités proposez-vous en ergothérapie dans la structure ?
Réponses	- Intervention ergothérapie 7h/semaine dans l'accueil de jour - Jeudi matin participation à l'atelier cognitif et aide les personnes avec davantage de difficultés - Elle n'intervient pas pour les activités manuelles - AMP s'occupe plus des activités, avec infirmière quand elle est présente - Activité imposée pour les usagers par l'équipe pluridisciplinaire mais pas d'obligation si ils refusent - Structure influence positivement la participation des usagers - Gestion des troubles du comportement individuellement (détachement d'un AMP) en les orientant vers la salle Snoezelen (développé par la psychomotricienne) ou balade en extérieur si ils veulent sortir, changer des personnes d'étage si mauvaise entente - Gestion des émotions compris dans les objectifs de prises en charge de la psychomot et APA

Q4	Quel est votre rôle dans la structure ?
Réponses	- Intervention ergothérapeute pendant 7h/semaine dans l'accueil de jour - Jeudi matin : encadre activité cognitive - Lundi beaucoup de coordination (avec l'équipe pluridisciplinaire et avec les familles) et administratif - Supervision des ateliers pour orienter l'équipe sur les prises en charge en fonction des objectifs et des projets de vie - Evaluation rapide de l'autonomie et indépendance de la personne dans les premiers jours : capacité aux transferts, la marche, toilettes, repas, puis orientation vers des aides en fonction des difficultés observées - Insertion de l'autonomie et indépendance dans le projet de vie de la personne : remplir un questionnaire pour faire l'état des lieux (marche,

	transfert, équilibre, repas, toilettes) avec une réévaluation tous les 6 mois - Objectif principalement tourner vers l'autonomie et l'indépendance - Changement souhaité : faire moins de coordination et plus de prises en charge des usagers, avoir un retour plus régulier des infirmiers à domicile (pour avoir des détails objectifs de l'autonomie et indépendance au quotidien)

Q5	Percevez-vous un changement, une amélioration des capacités de la personne et de sa qualité de vie ?
Réponses	- Retour régulier de la famille et de temps en temps des infirmiers - Pas d'amélioration sur les capacités de la personne → plus du maintien - Amélioration des troubles du comportement → amélioration du comportement au quotidien à domicile - Pas amélioration de l'autonomie - Un peu plus orienté dans le temporel si l'usager vient fréquemment à l'accueil de jour - Amélioration du lien social grâce aux sorties et rencontres avec des personnes âgées de la ville et rencontres intergénérationnelles avec les enfants d'une école de la ville

Annexe XIV : tableau analyse transversale

Q° 1	E1	E2	E3
Idées principales	- Bilans spécifiques maisons sur demandes - Manque de temps de bilanter - Observations mises en situation écologique - Echange avec la famille	- Manque de temps pour bilanter - Bilans maisons - Observations lors mise en situations écologique - Beaucoup d'échange avec la famille (matin et soir)	- AMP évaluent - Passation MMS par ergothérapeute ou psychologue - Mise en situation écologique (repas) - Echange avec la famille avec cahier de liaison

Q° 2	E1	E2	E3
Idées principales	- Journée 9h-17h - Activité matin et après-midi - 12h : temps de repas avec participation des usagers - Activité individuelle ou atelier en groupe - Changement planning toutes les 6-8 semaines - Prise en compte des envies des usagers	- Journée 9h-18h - Activité matin et après-midi - Temps de repas, WC et repos (besoins primaires) - Activité en groupe - Pas participation ergothérapeute pendant la prise du repas	- Journée 9h30-16h30 - Organisation par niveau sur les étages (2) - Matin : activité cognitive individuelle et quizz en groupe - Après-midi : atelier en groupe ou individuellement - Planning roulement des activités dans la semaine

	- Besoins primaires souvent répondu et temps mis en place pour (repos, repas, WC)		

Q° 3	E1	E2	E3
Idées principales	- 30% de présence - Activités manuelles, cognitives, motrices - Encadrer par l'ensemble de l'équipe - Créneau avec 2 activités pour laisser le choix - Structure neuve donc optimale - Emotion : salle Snoezelen	- Activités manuelles, cognitive, motrice, fonction exécutive, actualité - Encadrer par tout l'équipe - Structure : influence positivement - Pas tous les professionnels sont sensibles à stimuler les personnes via la structure - Gérer les émotions : trouver source physique ou physiologique	- Intervention 7h/semaine - Atelier cognitif sur le jeudi matin - Pas activité manuelle → par AMP - Activité imposée par la structure - Structure influence positivement participation des usagers - Gestion émotions : salle snoezelen, balade en extérieur et PEC par psychomotricienne

Q° 4	E1	E2	E3
Mots-clés	- Pas participation aux entretiens d'entrée	- Bilanter les usagers en fonction des demandes	- Bilanter avec le MMS et autres bilans maisons

	- Supervision des activités et animation de certaines - Transmission connaissances aux autres collègues - PEC des personnes plus en difficulté - Changement : plus de temps pour bilanter, objectifs plus adaptés - Objectifs ergo ciblés sur autonomie et indépendance	- Référent du projet de soins - Préparation des planning et activités - Distribution des usagers sur les activités - Animation de quelques activités - Echange et sensibilisation avec la famille - Changement : plus de temps pour bilanter et intervention à domicile (suivi des PEC en accueil de jour)	- Coordination avec l'équipe et familles - Supervision des activités - Insertion autonomie et indépendance dans le projet de vie (questionnaire) - Objectif vers autonomie et indépendance - Changement : moins de coordination et plus de PEC , avoir plus d'échange avec les infirmier à domicile

Q° 5	E1	E2	E3
Idées principales	- Amélioration mais rare → maintien - Amélioration du lien social - Reprise de confiance en soi - Peu de retour de la famille sur le	- Amélioration minime → maintien - Dépend de l'avancer de la maladie - Echec si personne pas l'habitude de vie sociale	- Pas amélioration des capacités → maintien - Pas amélioration de l'autonomie - Amélioration des troubles du comportements

	quotidien et évolutions - Différence de comportement entre structure et domicile - Amélioration de la qualité de vie à domicile (comportement) - Lien avec ESA et aides à domicile	- Premier temps : amélioration composante sociale - Deuxième temps : investissement dans les activités - Amélioration sur la sollicitation spontanée des capacités et trouble du comportement - Régulièrement retour de la famille positif sur la qualité de vie à domicile	- Amélioration du lien social (rencontre intergénérationnelle) - Si présence régulière amélioration fonction temporelle - Retour régulier de la famille + cahier de liaison

Résumé

Introduction : Actuellement, la population française vieillit, augmentant le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer. Pour garantir les prises en charge (PEC), des plans Alzheimer sont mis en place, proposant par exemple l'ouverture d'accueil de jour. Ainsi, l'objectif de ce mémoire est de définir l'accompagnement ergothérapique ciblé sur les activités de la vie quotidienne dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par la MA dans un accueil de jour.

Méthode : Une étude qualitative avec des entretiens semi-directifs a été choisie, fondée sur les théories du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, la qualité de vie et l'autonomie, l'indépendance. Pour répondre à ma question, des entretiens avec trois ergothérapeutes travaillant en accueil de jour ont été réalisés.

Résultats : Les PEC en ergothérapie et en général ont un impact dès le début sur la réduction des troubles du comportement et l'amélioration des liens sociaux. Cela permet aux personnes de s'engager dans les activités. Les capacités sont stimulées et peuvent être alors maintenues. Ainsi, à domicile la personne peut avoir une meilleure qualité de vie. Les ergothérapeutes ont aussi un rôle important dans la coordination avec les équipes et les familles

Conclusion : L'accompagnement en ergothérapie semble améliorer la qualité de vie de la personne malade sur certains points grâce aux activités proposées. Les activités favorisent l'autonomie et l'indépendance. Une orientation vers des prises en charge à domicile dans le cadre de l'accueil de jour pourrait être réfléchi.

Mots clés : Maladie d'Alzheimer, ergothérapie, accueil de jour, qualité de vie, autonomie, indépendance

Abstract

Introduction: Currently, the French population is aging, increasing the number of people suffering from Alzheimer's disease. To guarantee the patient's care, Alzheimer's plans are implemented, suggesting for example day care centers. Thus, the goal of this dissertation was to define occupational therapy (OT) support in daily life activities in order to improve the patient's quality of life in a day care center.

Methods: A qualitative study with semi-structured interviews was chosen. It was based on the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement Commitment, life quality, autonomy and independence theories. To answer my question, interviews with three OT working in a day care center have been done.

Results: OT care, since the beginning, reduced behavioural disorders and improved social ties from the beginning. It enable people to engage in activities. It also stimulated the patient's capacities wich could then be kept. Thus, the person at home could have better quality of life. The OT also had an important role to play in the coordination with the teams and the families.

Conclusion: OT care seemed to improve the sick person life quality on some points thanks to the proposed activities. Wich promoted autonomy and independence. Suggesting home care as part of the day care center may be considered.

Keywords: Alzheimer's disease, occupational therapy, day care center, life quality, autonomy, independence