



HAL
open science

Le jeu en ergothérapie et l'infantilisation des personnes atteintes de la maladie d'alzheimer et maladies apparentées

Lisa Bekaddour

► To cite this version:

Lisa Bekaddour. Le jeu en ergothérapie et l'infantilisation des personnes atteintes de la maladie d'alzheimer et maladies apparentées. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02865815

HAL Id: dumas-02865815

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02865815>

Submitted on 12 Jun 2020

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

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



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



Faculté des sciences médicales et paramédicales
École des sciences de la réadaptation

BEKADDOUR Lisa

UE6.5S6 : Mémoire d'initiation à
la recherche

18 Mai 2020

Le jeu en ergothérapie et l'infantilisation des personnes
atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Sous la direction de BLANC Catheline et LOUIT Vincent

Diplôme d'Etat d'Ergothérapie.

Tables des matières :

1.	Introduction	1
1.1.	Contexte et questionnement de départ.....	1
1.2.	Thème général	2
1.2.1.	Emergence du thème	2
1.2.2.	Définition terminologique	2
1.3.	Les enjeux socio-économiques, professionnels et de santé publique.....	4
1.4.	La revue de littérature.....	5
1.4.1.	Méthodologie de la revue de littérature.....	5
1.4.2.	Analyse de la revue de littérature	7
1.4.3.	Problématique pratique.....	11
1.5.	Enquête exploratoire.....	12
1.5.1.	Objectifs généraux.....	12
1.5.2.	Population ciblée et sites d'exploration.....	12
1.5.3.	Le choix de l'outil de recueil de données et la construction de l'outil.....	13
1.5.4.	Les biais et les stratégies pour les contrôler ou les atténuer.....	13
1.5.5.	Les résultats et le choix des outils d'analyse des données	14
1.5.6.	L'analyse critique	23
1.6.	Question initiale de recherche	23
1.7.	Le cadre de référence.....	24
1.7.1.	L'infantilisation	24
1.7.2.	Le cadre thérapeutique.....	27
1.8.	La question et l'objet de recherche.....	31
2.	Matériel et Méthode.....	32
2.1.	Choix de la méthode de recherche.....	32
2.2.	Population et ses critères d'inclusion et d'exclusion.....	33

2.3.	Sites d'exploration.....	33
2.4.	Choix argumenté et construction de l'outil théorisé de recueil des données.....	33
2.5.	Anticipation de ses biais et les stratégies pour les atténuer	34
2.6.	Déroulement de l'enquête ou de l'expérimentation	35
2.7.	Le choix des outils de traitement et d'analyse des données	35
3.	Résultats.....	36
3.1.	Données descriptives	36
3.2.	Données textuelles : analyse thématique des résultats	36
3.2.1.	Posture thérapeutique	36
3.2.2.	Relation thérapeutique.....	37
3.2.3.	Communication et information.....	38
3.2.4.	L'adaptation du jeu.....	39
3.2.5.	L'infantilisation des patients via les soignants	39
3.2.6.	L'infantilisation des patients via l'institution.....	40
3.2.7.	L'infantilisation des patients via l'environnement	43
3.2.8.	L'infantilisation des patients via les patients.....	43
3.2.9.	Techniques et modèles utilisés pour lutter contre l'infantilisation.....	44
4.	Discussions des données.....	45
4.1.	L'interprétation des résultats en rapport avec les problématisations théoriques et pratiques.....	45
4.2.	Éléments de réponse à l'objet de recherche.....	49
4.3.	Discussions autour des résultats en lien avec les critiques du dispositif de recherche..	49
4.4.	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle	50
4.5.	Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle	51
4.6.	Perspective de recherche	52
4.6.1.	Perspectives de recherche à partir des résultats.....	52
4.6.2.	Perspective d'ouverture vers une nouvelle question de recherche	52

Bibliographie	53
Annexes	57
Annexe 1 :	57
Annexe 2 :	58
Annexe 3 :	60
Annexe 4 : Lettre d'accompagnement au questionnaire	63
Annexe 5 : Questionnaire	64
Annexe 6 : Réponses au questionnaire	67
Annexe 7 :	80
Annexe 8 :	81
Annexe 9 :	83

1. Introduction

1.1. Contexte et questionnement de départ

La thématique émerge de plusieurs situations rencontrées lors de stages pratiques avec les personnes âgées. Il arrive souvent d'entendre des patients dire qu'ils aiment venir en ergothérapie car ils jouent. Les patients n'ont pas l'impression de travailler car pour eux ce sont des jeux ou des activités de loisir qui les ramènent parfois à leur passé. De ce fait « avoir l'impression de jouer » les encouragent à venir aux séances et à s'impliquer dans leur thérapie.

Mais parfois c'est totalement l'inverse qui se produit et les patients se sentent infantilisés et n'ont pas envie d'utiliser les jeux. Effectivement en ergothérapie le jeu est un moyen thérapeutique régulièrement utilisé. En fonction de l'approche utilisée avec cet outil il peut soit donc être très encourageant et ludique soit créer des blocages et être infantilisant. Par exemple les patients atteints de la maladie d'Alzheimer peuvent très vite être mis en difficulté avec un jeu « enfantin » et donc se bloquer et ne pas avoir envie de recourir à ce moyen thérapeutique.

Plusieurs questions peuvent se poser sur les différentes utilisations du jeu en fonction des visions différentes :

- En quoi l'utilisation d'un jeu favorise l'implication dans la thérapie ?
- Comment le jeu est-il utilisé en ergothérapie ? Pour répondre à quels objectifs ?
- A quel moment le patient prend conscience que le jeu est thérapeutique pour lui ?
- A quel moment le jeu devient thérapeutique ?
- Est-il possible d'utiliser le jeu avec tous les publics ?
- Le jeu n'est-il pas considéré comme infantilisant pour les personnes âgées ?

1.2. Thème général

Le questionnement central est posé il est maintenant intéressant de réfléchir au thème général de cette recherche.

1.2.1. Emergence du thème

Le thème de la recherche est donc : l'utilisation du jeu en ergothérapie et l'engagement du patient dans sa prise en soin concernant les patients atteints de maladies d'Alzheimer et maladies apparentées. En effet on peut s'interroger sur : l'impact de l'utilisation du jeu en ergothérapie sur l'engagement des patients.

1.2.2. Définition terminologique

Le jeu

Le **jeu** à plusieurs définitions selon le Centre National de Ressources Textuelles Lexicales(1), il peut être :

- « Une activité divertissante, soumise ou non à des règles, pratiquée par les enfants de manière désintéressée et par les adultes à des fins parfois lucratives »(1)
- « Une activité désintéressée, destinée à faire passer agréablement le temps à celui qui s'y livre. »(1)
- « Activité ludique organisée à des fins pédagogiques ou thérapeutiques » (1)

Selon Caillois Roger (2) dans son livre Le jeu et les hommes : « Le jeu est une activité libre, incertaine, avec des limites précises de temps et de lieu, il a ses règles et il est sans conséquence pour la vie réelle »(2).

De plus Francine Ferland(3) est l'auteur du Modèle Ludique qui fait des liens avec l'ergothérapie. Selon elle « le jeu est un processus naturel permettant des capacités d'adaptation, d'interaction et d'autonomie idéal pour un abord holistique »(3).

Dans ce mémoire de recherche la définition choisie sera celle de Francine Ferland car elle a une vision ergothérapique du jeu.

L'engagement

Selon l'encyclopaedia universalis française(4) « l'engagement peut être entendu au sens de « conduite » ou au sens d'« acte de décision », selon qu'il désigne un mode d'existence dans et par lequel l'individu est impliqué activement dans le cours du monde, s'éprouve responsable de ce qui arrive, ouvre un avenir à l'action, ou qu'il désigne un acte par lequel l'individu se lie lui-même dans son être futur, à propos soit de certaines démarches à accomplir, soit d'une forme d'activité, soit même de sa propre vie »(4).

Pour lier cela à l'ergothérapie le groupe terminologie d'ENOTHE¹(5) donne également une définition de l'engagement comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver, un sens positif, et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation ». Offrir à un individu un espace pour s'engager, c'est donc « lui permettre d'ouvrir le champ des possibles, et optimiser sa capacité d'agir »(5).

Maladie d'Alzheimer et apparentées

Il faut également définir la notion de démence et de maladie d'Alzheimer. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(6) : « La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. »(6)

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale la maladie d'Alzheimer(7) « résulte d'une lente dégénérescence des neurones, débutant au niveau de l'hippocampe (une structure cérébrale essentielle pour la mémoire) puis s'étendant au reste du cerveau. Elle est caractérisée par des troubles de la mémoire récente, des fonctions exécutives et de l'orientation dans le temps et l'espace. Le malade perd progressivement ses facultés

¹ ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

cognitives et son autonomie. » (7). L'échelle de détérioration globale, également appelée échelle de Reisberg, permet de mesurer la progression de la maladie d'Alzheimer. Cette échelle va du stade un à sept allant de « pas de déficit cognitif » à un « déficit cognitif très grave ». (8)

Maintenant il est question de savoir quels sont les enjeux et les intérêts de ce thème.

1.3. Les enjeux socio-économiques, professionnels et de santé publique

L'Organisation Mondiale de la Santé(9) considère la démence comme une priorité de santé publique. Le plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025(9) a été lancé en Mai 2017 avec différents axes : mieux faire connaître la démence ; réduire les risques de démence ; le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la maladie ; la recherche et l'innovation et le soutien aux aidants. De plus à l'intérieur de ce plan d'action de santé public les thérapies non médicamenteuses, tel que l'ergothérapie, sont recommandées(9). Ce mémoire de recherche traite de l'utilisation du jeu en ergothérapie avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ce qui est en lien direct avec la priorité de santé qui préconise les thérapies non médicamenteuses, tel que l'ergothérapie.

En lien avec le plan mondial d'action de santé publique la Haute Autorité de Santé (10) souligne le bienfait des thérapies non médicamenteuses, tel que l'ergothérapie ou la psychomotricité, pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées pour favoriser la prise en charge et soutenir les aidants.

Selon le rapport 2015 de l'A.D.I² (11) la maladie d'Alzheimer est la première cause de démence : 60 à 70% des cas. En France, elle touche 900 000 personnes, mais avec le phénomène de vieillissement de population, ce nombre de cas va encore augmenter dans les années à venir(11). En 2015, il est estimé à plus de 9,9 millions le nombre de nouveau cas de démence dans le monde ce qui représente un nouveau cas toutes les 3,2 secondes.(11) L'incidence des démences augmente donc exponentiellement avec l'âge. L'intérêt est alors de répondre à un problème de santé publique qui met l'accent sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (10). Pour soutenir cela une étude (12) a été réalisée en France dans le champ de l'épidémiologie de la démence du fait de la durée et l'importance de son suivi. D'après des projections réalisées sous l'hypothèse d'une incidence annuelle constante, le nombre de cas

² A.D.I : Alzheimer's disease international

attendu en 2030 s'élèverait à environ 1 750 000 (12). De plus la maladie d'Alzheimer est la 4^e cause de mortalité en France.(13)

En second lieu, l'existence d'un enjeu économique concernant la maladie d'Alzheimer est présent. Les coûts globaux ont augmenté de 604 milliards de dollars américains en 2010 à 818 milliards en 2015 (11). En France 9.9 milliards d'euros sont consacrés à la prise en charge médicale et médico-sociale de la maladie d'Alzheimer (13). 22 099 euros est le coût annuel moyen par patient dont en réalité 12 146 euros par famille et par an dont 4 225 euros à la charge du conseil général (13).

La Maladie d'Alzheimer pose un défi sociétal et éthique devant les problèmes de prise en charge qu'elle confère aux individus et aux aidants qu'ils soient professionnels ou non. C'est un enjeu social important car les aidants jouent un rôle très conséquent dans la prise en charge (6). L'ergothérapie propose différentes approches pour aborder les problèmes de prise en charge des maladies d'Alzheimer et apparentées à domicile et en institution.

L'enjeu économique à propos de la maladie d'Alzheimer est donc important. De plus une étude descriptive prospective (14) pour estimer l'importance des demandes d'entrée en institutions, 75% des résidents en EHPAD³ seraient des personnes démentes (14). Cela constitue $\frac{3}{4}$ des entrées en EHPAD, ce qui signifie que c'est un problème de santé majeur.

1.4. La revue de littérature

La revue de littérature permet de convoquer les littératures scientifiques, professionnelles et grises qui évoquent les liens avec ce phénomène. Il s'agit de faire une revue de littérature la plus large possible.

1.4.1. Méthodologie de la revue de littérature

Pour la réalisation de cette revue de littérature il est nécessaire d'avoir différents champs disciplinaires qui s'intéressent à ce sujet tel que : les sciences de l'occupation, la psychologie, la santé et le social.

³ EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

De ces champs disciplinaires découlent les bases de données correspondantes à ces domaines qui sont : BDSP, pubmed, psych info, OT now, Bip bop, google scholar (articles scientifiques uniquement) science direct et cairn. (Cf Annexe 1 p57)

L'équation de recherche combine les mots en français et en anglais :

("Ergotherapie"[Mesh] OR "Occupational therapy"[Mesh])

AND

("Alzheimer"[Mesh] OR "Alzheimer's diseases "[Mesh] OR "Dementia"[Mesh] OR "Alzheimer Disease"[Mesh])

AND

("Jeu"[Mesh] OR "jeux"[Mesh] "play game"[Mesh] OR "play therapy"[Mesh] OR "therapie par le jeu"[Mesh])

AND

("Engagement"[Mesh] OR "empowerment"[Mesh])

Les critères d'inclusions sont les mots clefs et l'équation de recherche. Les mots clefs de la recherche sont :

- Jeu : la thématique de la recherche s'intéresse à l'utilisation du jeu en ergothérapie avec les personnes atteintes de démences.
- Alzheimer : la population choisie se tourne vers la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- Engagement : la thématique de la recherche est l'engagement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans leur thérapie.
- Ergothérapie : la recherche étant transdisciplinaire, il semble nécessaire d'amener la réflexion sur la spécificité recherchée qui est l'ergothérapie.

Les critères d'exclusion sont : la date (moins de dix ans). Au début de la recherche le domaine de la pédiatrie n'était pas exclu puis il est rentré comme critère d'exclusion car il y avait beaucoup de documentations sur le jeu et l'enfant qui revenait souvent malgré le mot clef Alzheimer.

1.4.2. Analyse de la revue de littérature

La revue de littérature se base sur onze ressources. Il y a cinq ressources concernant la littérature scientifique, deux ressources pour la littérature professionnelle et quatre pour les ressources de la littérature grise. Certaines sources sont à la fois de la littérature grise et de la littérature professionnelle. (Cf Annexe 2 p57 à59).

Ergothérapie et maladie d'Alzheimer

Tout d'abord, Trouvé Eric(15) nous confirme que l'ergothérapeute a sa place en gériatrie. Effectivement grâce à ces vastes compétences, définies par le ministère de la santé et des sports, l'ergothérapeute peut être amené à agir dans différents secteurs spécialisés comme la gériatrie. Ses prises en soin sont variées et centrées sur la personne ce qui lui permet de toucher un maximum de population dont la maladie d'Alzheimer(15). Grâce à la collaboration et coopération avec les autres professionnels de santé intervenant auprès de cette population, la prise en soin est optimale dans le but de maintenir l'autonomie et les capacités de la personne. On peut alors se demander dans quelle mesure l'ergothérapeute intervient auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? Quels sont ces types de prise en soin spécifique à la maladie d'Alzheimer ?

Un article spécial du Journal américain de l'ergothérapie(16) rassemble des données probantes sur les interventions en ergothérapie avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants naturels. Cet article montre que les ergothérapeutes jouent un rôle influent dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi que leurs aidants naturels, à toutes les phases du processus de la maladie. Ils ont une place importante car ils possèdent une connaissance spécifique de la personne, de l'environnement, de l'activité et de l'occupation(16). Cet article(16) évalue les conséquences d'une prise en charge à domicile de ces patients sur dix séances. Lors des séances ils utilisent plusieurs moyens d'intervention tel que les activités, les jeux, les aides techniques. Les résultats de cette étude montrent une amélioration de l'autonomie du patient et une diminution du fardeau de l'aidant d'autant plus grâce à l'utilisation d'activités et de jeux. En revanche cet article rassemble des études probantes qui sont uniquement liées à des interventions à domicile et pas dans d'autres domaines tel qu'en E.H.P.A.D (16). Certaines questions peuvent alors se poser : En quoi

l'utilisation des activités et du jeu favorise l'amélioration de l'autonomie du patient ? Est-ce que cette intervention peut s'étendre à d'autre domaine tel qu'un E.H.P.A.D. ou un P.A.S.A⁴ ?

Selon A. Villaumé (17) l'ergothérapeute est un rééducateur possédant un champ d'action très large. Sa pratique repose sur les bienfaits de l'activité en analysant ce qu'elle nécessite et stimule, comme les habiletés cognitives, motrices et sociales. Dans son article sur le Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie il s'appuie sur le fait que l'ergothérapeute favorise le maintien de la participation des personnes âgées (17). Pour cela il utilise plusieurs méthodes telles que la réadaptation cognitive associée à l'aide d'activités ludiques. En effet une étude (18) a prouvé que ces activités ludiques permettent l'expérience du plaisir tout en favorisant la capacité d'agir du sujet âgé. Pour que le patient puisse adopter une attitude ludique l'ergothérapeute va adapter l'environnement qui favorise l'engagement dans l'activité mais également ses capacités d'adaptation au changement. En corrélation avec l'étude précédente le jeu serait un moyen de gagner en autonomie et d'engager la personne dans son activité. Plusieurs questions se posent : en quoi le jeu est un moyen de gagner en autonomie ? En quoi le jeu favorise l'engagement du patient ?

Selon Agnès Michon(19), neurologue, dans notre société vieillissante l'image de la maladie d'Alzheimer se confond avec celle d'un vieillissement qui fait peur. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer rencontrent une crise identitaire à cause des pertes de la mémoire, perte de contrôle de leurs actes, perte de confiance en soi, sentiment de dévalorisation.... L'entretien devient alors un outil essentiel « La valeur et la richesse de l'entretien avec les patients atteints de maladie d'Alzheimer ne devraient plus être prouvées »(19). L'ergothérapeute peut créer un espace d'écoute pour découvrir d'autres possibilités thérapeutiques. Il est nécessaire que tous les intervenants aient la possibilité de se remettre en question pour tenir compte de la différence et de la singularité d'une personne démente. L'ergothérapeute observe et analyse ses observations par la suite pour trouver des solutions thérapeutiques(19).

Pour mettre en lien cet article avec ceux vu précédemment, l'ergothérapeute n'a donc pas spécialement besoin du jeu pour créer l'engagement du patient. L'écoute et l'observation

⁴ P.A.S.A : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

lors de l'entretien permettent au patient d'être en confiance et de favoriser son engagement. Le patient se sentira écouté et il y aura moins de risques d'infantilisation. On peut alors se poser plusieurs questions : L'écoute et l'observation du patient suffirait elle pour qu'il ne se sente pas infantilisé peu importe le jeu utilisé ? Est-ce que l'infantilisation des patients serait un problème de société du fait de notre regard sur la société vieillissante ?

Jeu et engagement

Le modèle Ludique de Francine Ferland (20) aborde l'enfant par un domaine qui lui est propre : le jeu. Grâce à ses études elle démontre que le jeu :

- Favorise le développement d'une attitude ludique. (20)
- Est un processus naturel permettant de développer des capacités d'interaction, d'adaptation et d'autonomie.(20)
- Est le plus significatif pour l'enfant. (20)

L'enfant grâce au jeu va développer ses habiletés, ses intérêts et ses attitudes. L'enfant est impliqué et engagé dans sa prise en soin car le jeu est significatif pour lui. On peut alors se demander si le modèle ludique peut être appliqué chez d'autres populations que les enfants ? Est-ce parce que le jeu est dans le domaine de l'enfant qui l'est impliqué dans sa prise en soin ? Ou le jeu peut favoriser l'engagement de n'importe quel patient ?

Un essai randomisé (21) rejoint le modèle ludique dans les idées de jeu et d'engagement. C'est une intervention basée sur le jeu visant à encourager l'engagement et la performance des patients dans la rééducation motrice prothétique. Dans cet article la rééducation motrice prothétique repose généralement sur des entraînements très répétitifs des mouvements et les patients peuvent abandonner leur thérapie parce que le processus de réadaptation est trop long et souvent décourageant(21). Les interventions basées sur le jeu offrent un complément utile à la formation myoélectrique standard et peuvent augmenter l'engagement et le plaisir dans la formation. Cet essai randomisé vient corroborer le modèle ludique de Francine Ferland(3) mais appliqué à une rééducation motrice prothétique. Effectivement les patients qui suivent ces interventions basées sur le jeu augmentent leur engagement et le plaisir dans la formation. Les questions sont alors est ce que le jeu favorise l'engagement du patient (atteint de la maladie d'Alzheimer) dans sa thérapie ? Peut-on utiliser le jeu avec les patients atteints de la maladie

d'Alzheimer ? En pratique le jeu est-il utilisé comme moyen d'intervention avec les patients atteints de cette maladie ?

En revanche Anne Sophie Pelletier dans son livre « EHPAD une honte française »(22), recueille des témoignages de personnes âgées qui se sentent infantilisées par le vocabulaire employé, les gestes, les jeux utilisés par les soignants. Les patients auront tendance à s'énerver s'ils se sentent diminués par le thérapeute et donc l'engagement sera très faible(22). Cette information vient infirmer le fait que le jeu engage le patient dans sa thérapie. Effectivement s'il est mal utilisé les patients se sentiront infantilisés. On peut alors se demander comment utiliser le jeu pour engager le patient sans l'infantiliser ? Peut-on adapter un jeu enfantin pour une personne âgée sans qu'elle ne se sente infantilisée ? Faut-il utiliser uniquement des jeux pour adultes ?

La maladie d'Alzheimer et le jeu

La recherche LUDIM (18) : jeu et maladie d'Alzheimer le cadre ludique de la prise en charge de la démence est une étude réalisée en E.H.P.A.D. avec cinquante-quatre patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Cette étude développe le concept de cadre ludique qui permet de favoriser les conditions de jeu quel que soit le public visé. Le cadre ludique offre un espace de liberté et d'autonomie aux joueurs, tout en garantissant leur sécurité physique et affective. Cette étude(18) témoigne de manière significative :

- Le jeu permet une évolution du bien-être du résident. (18)
- Le cadre ludique permet d'augmenter la qualité de vie et les interactions sociales de façon plus importante que sur une séance de jeu sans cadre ludique.(18)
- Le cadre ludique permet de diminuer les troubles du comportement des malades Alzheimer lors des séances de jeu. (18)

Le cadre ludique offre donc une proposition adaptée à la prise en charge de la démence. Dans l'étude il n'est pas précisé si des personnes ont été confrontées au refus du jeu. On peut alors se demander si cette méthode est acceptée de tous les patients ? En pratique est ce que cette méthode est utilisée ?

Un article concernant également le jeu et les maladies d'Alzheimer rejoint la recherche LUDIM (23) dans l'application du cadre ludique. Les critères de sélection des différents types

de jeux que l'on peut utiliser dans le cadre ludique sont classés et catégorisés dans cet article. Les jeux sont classés en fonction de leur qualité rééducative. Pour que le cadre ludique soit bénéfique il faut laisser choisir le patient parmi un panel de jeux qui ont chacun différentes fonctions. Par exemple : deux jeux d'exercice sensori moteur, deux jeux d'assemblage, deux jeux symboliques(23). Or la réalité du terrain prouve que souvent c'est le thérapeute qui choisit le jeu. On peut alors se demander si le cadre ludique est correctement appliqué en pratique ? Si on impose un jeu au patient sera-il apte à s'engager dans sa prise en soin ?

De plus Victor Larger (24), médecin, nous apprend que les animations utilisées en établissement et à domicile doivent respecter un cadre thérapeutique défini. Le cadre mis en place va permettre de respecter l'autonomie et l'indépendance de la personne tout en cadrant l'activité choisie (en termes de temps, lieu, matériel, heure...)(24). Ce cadre est à respecter absolument sinon « on risque d'une part de précipiter ces personnes dans une dépendance plus grande et d'autre part de hâter la démotivation voire la dépression »(24). Ce qui corrobore les études précédentes indiquant que le jeu favorise l'engagement dans sa thérapie. Le jeu peut donc favoriser l'engagement mais mal utilisé il risque l'infantilisation. On peut alors se demander quels sont les moyens de prévention d'utilisation du jeu ? Comment préparer à l'avance une séance impliquant le jeu sans risque d'infantiliser le patient ?

En effet dans un article de bioéthique(25) il est stipulé que si l'on considère les personnes atteintes de démences comme retournant dans l'enfance et utilisant les méthodes pour l'enfant tel que le jeu il y a un fort risque d'infantilisation du patient. Si le patient se sent en situation d'infantilisation la prise en soin peut ensuite être mal vécu par celui-ci qui se sent forcé d'utiliser ces méthodes (25). Le thérapeute doit savoir utiliser le jeu sans infantiliser le patient. Plusieurs questions peuvent alors se poser : à quel moment le jeu devient infantilisant pour le patient ? Si le cadre ludique est mal utilisé peut-il devenir infantilisant pour le patient ?

1.4.3. Problématique pratique

Grâce à la revue de littérature plusieurs questions se posent :

- Est-ce que le jeu favorise l'engagement du patient dans sa thérapie ?
- En quoi le jeu favorise l'engagement du patient ?
- En quoi le jeu est un moyen de gagner en autonomie ?
- A quel moment le jeu devient infantilisant pour le patient ?

- Si le cadre ludique est mal utilisé peut-il devenir infantilisant pour le patient ?

Ce questionnement amène à une problématique pratique :

Comment l'utilisation du jeu en ergothérapie permet l'engagement du patient atteint de la maladie d'Alzheimer dans sa thérapie sans risquer l'infantilisation ?

1.5. Enquête exploratoire

Pour mettre en avant la vivacité du thème et du questionnement de départ, il est nécessaire de réaliser une enquête exploratoire. Celle-ci permet de confronter le thème à la réalité du terrain, elle a donc pour objectif d'amener des éléments de réponse à la problématique pratique issue de l'analyse de la revue de littérature.

1.5.1. Objectifs généraux

Les objectifs de cette enquête sont en lien avec la problématique pratique. Donc il serait judicieux de demander l'avis aux professionnels sur :

- Comment et pourquoi le jeu est utilisé avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- Si le jeu engage le patient dans sa thérapie.
- Si le jeu infantilise le patient.
- Quels sont les moyens permettant de lutter contre l'infantilisation.

1.5.2. Population ciblée et sites d'exploration

L'outil a été proposé aux ergothérapeutes travaillant avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentées en France. Le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux et par mail aux personnes concernées. Les sites d'explorations privilégiés sont les E.S.A⁵ et les E.H.P.A.D⁶. Les E.H.P.A.D ayant un P.A.S.A⁷ sont inclus également dans la

⁵ E.S.A : Équipe spécialisée Alzheimer

⁶ E.H.P.A.D : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁷ P.A.S.A : Pôle d'activité et de soins adaptés.

recherche. Il y a également des établissements possédants des sections avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui n'ont pas été sollicitées mais si des réponses au questionnaire parviennent elles ne seront pas exclues puisque la recherche inclut tous les ergothérapeutes travaillant en France avec les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

1.5.3. Le choix de l'outil de recueil de données et la construction de l'outil

L'outil de recueil de données est un questionnaire de 22 questions à choix multiples ou des questions ouvertes. C'est le questionnaire qui est utilisé pour cette recherche car les objectifs sont de quantifier un maximum de données sur le jeu, l'engagement et l'infantilisation.

Le questionnaire a été créé à partir d'un tableau répertoriant les variables étudiées, les indicateurs, les sous indicateurs, les items, la modalité de réponse et l'objectif de la question pour justifier de la pertinence de toutes les questions (Cf Annexe 3 p 60 à 62). Le questionnaire est précédé d'une lettre pour informer les interlocuteurs de la nature de celui-ci. (Cf Annexe 4 p62). Le questionnaire fut réalisé à l'aide de Google forms® (Cf Annexe 5 p62 à 65).

En amont de l'enquête un test fut réalisé avec deux ergothérapeutes différents, un travaillant en E.H.P.A.D et l'autre en E.S.A, pour vérifier que le questionnaire soit compréhensible et ensuite reformuler certaines questions. L'enquête a duré 8 semaines et a obtenu 19 réponses d'ergothérapeutes

1.5.4. Les biais et les stratégies pour les contrôler ou les atténuer

Pour construire l'outil de recherche il fallait prendre conscience des biais et développer des stratégies pour les contrôler ou les atténuer. Il y a trois biais qui ressortent : le biais méthodologique, le biais cognitif qui se distingue en biais de confirmation ou biais de confirmation d'hypothèses.

Pour atténuer le biais méthodologique il ne faut pas poser de questions orientées, trop sensibles ou agressives et réaliser ce questionnaire dans le but de pouvoir y répondre vite, sans trop de réflexion. Concernant le biais cognitif il est avantageux de poser les questions de manière à ne pas engendrer la réponse de même pour le biais de confirmation en ayant la notion de ne pas favoriser les informations déjà connues.

1.5.5. Les résultats et le choix des outils d'analyse des données

L'enquête exploratoire possède quatorze questions ouvertes et huit questions fermées, elles sont groupées par thématique pour analyser les réponses. Pour permettre cela l'outil de recueil de donnée google Forms® a été utilisé pour traiter les données. (Cf Annexe 6 p 65 à 78).

Les 19 répondants de l'enquête sont des ergothérapeutes : 13 ergothérapeutes travaillent en E.H.P.A.D dont 3 en P.A.S.A, 3 uniquement en P.A.S.A, une personne en unité de vie Alzheimer, un ergothérapeute en E.S.A et un en S.S.R⁸ car ils accueillent des patients déments avec atteintes physiques suite aux chutes. Toutes les réponses sont donc incluses dans l'analyse des résultats, car même si elles ne correspondent pas forcément au champ défini au préalable les personnes interrogées travaillent avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Engagement et modèles/techniques de pratique :

Q3 : Quel(s) méthode(s) utilisez-vous pour favoriser l'engagement du patient dans vos interventions ?

Méthodes utilisées	Relation thérapeutique	Communication + relation de confiance et relation thérapeutique	Validation thérapeutique	Connaissances des résidents	Climat de confiance	Activités significatives	Jeu	Valorisation	Pas de méthode spécifique
Réponses	2	1	1	2	1	5	2	3	2

Les méthodes utilisées par les ergothérapeutes répondant

On peut remarquer que plusieurs ergothérapeutes utilisent des méthodes en combinaisons telles que la relation thérapeutique avec la communication. Dans la revue de littérature pour favoriser l'engagement nous avons uniquement étudié le jeu, on peut alors se rendre compte que d'autres techniques sont utilisées en pratique. Est-ce grâce à plusieurs méthodes en combinaison que

⁸ S.S.R : Soins de Suite et de Réadaptation

l'on peut favoriser l'engagement du patient ? Est-ce que ces techniques sont plus efficaces que le jeu pour engager le patient ?

Q4 : Utilisez-vous un modèle ou une approche spécifique ?

Q5 : Si oui, lequel/laquelle ?

Q4	Oui							Non
	7							12
Q5	PPH	Modèle interactif + MOH	Modèle ludique	Modèle holistique	Modèle interactif	MCRO	Concept de l'humanité	

Les modèles et approches spécifiques utilisés par les ergothérapeutes répondant

Les objectifs de ses deux questions se recourent : connaître les méthodes utilisées pour favoriser l'engagement et savoir si le jeu ou le modèle ludique en font partie. On se rend compte que sur 19 personnes 17 utilisent une méthode spécifique mais seulement 7 disent oui quant à l'utilisation d'un modèle ou approche ce qui semble incohérent. Ensuite l'utilisation des différents modèles utilisés par les professionnels est observée, un seul utilise le modèle ludique. Dans la revue de littérature nous avons étudié le modèle ludique sans prendre en considération les autres modèles et nous pouvons nous rendre compte en pratique que différents modèles sont utilisés et parfois en combinaison. Le modèle ludique n'est-il pas assez développé pour les personnes âgées ? Les autres modèles sont-ils plus efficaces pour cette population ?

Q6 : Connaissez-vous le modèle ludique ?

11 oui contre 8 non. $\frac{11}{19}$ Ergothérapeutes connaissent le modèle ludique. Dans la revue de littérature le modèle ludique est généralisable sur plusieurs populations et a été le sujet de plusieurs études. Dans l'enquête exploratoire plus de la moitié des ergothérapeutes connaissent le modèle ludique ce qui appuie la revue de littérature. On peut se demander pourquoi les autres ergothérapeutes ne le connaissent pas ?

Q7 : Utilisez-vous le modèle ludique ?**Q8 : Si oui, pour quels objectifs l'utilisez-vous ?**

Q7	Oui					Non
	5					14
Q8	Plus ludique + pour favoriser l'engagement	Tous les objectifs	Adhésion facile	Cognitif et interactif	Valorisation, stimulation sensorielle, Limiter la douleur, diversion	

L'utilisation et les objectifs du modèle ludique

Le modèle ludique est connu mais pas utilisé avec les patients Alzheimer comme indiqué dans la revue de littérature. Ce qui montre les différences entre la revue de littérature et la pratique. Les ergothérapeutes utilisent le modèle ludique pour différents objectifs. Ils utilisent le jeu comme médiation pour favoriser l'engagement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer car il possède des caractéristiques qui le rend disponible à cette pathologie. Ici on retrouve les mêmes informations que dans la revue de littérature car le jeu favorise le côté ludique, l'adhésion et l'engagement mais seulement 5 ergothérapeutes l'utilisent. On peut alors se demander si le modèle ludique est réellement efficace avec cette population ? Est-ce que le manque d'utilisation du modèle ludique est associé à un manque de connaissance de celui-ci ? Est-ce que l'adaptation du modèle ludique pour les personnes âgées est connu de tous ? Est-ce que le modèle ludique est réellement adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Jeu et personne démente : analyse question 9 à 17**Q9 : Utilisez-vous le jeu avec les patients atteints de démence quelque soit le stade de la maladie ?**

16 oui contre 3 non. Dans la revue de littérature le jeu est utilisé avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer peu importe le stade, on remarque ici que seulement $\frac{3}{19}$ ergothérapeutes

n'utilisent pas le jeu avec tous les patients. Cette information vient renforcer la revue de littérature mais on peut alors se demander pourquoi ces trois ergothérapeutes n'utilisent pas le jeu avec tous les patients ?

Q10 : Avec quel(s) patient(s) ne jouez-vous pas ?

- 5 par refus
- 2 avec aucun patient (donc ils jouent avec tous)
- 10 troubles comportementaux importants ou grabataires
- 2 n'utilisent pas le jeu quand ils sont apathiques ou en fin de vie

Dans la revue de littérature on a vu que le jeu pouvait être utilisé avec toutes les populations de personnes et permettre d'engager le patient dans sa thérapie. Ici seulement 2 ergothérapeutes rapportent qu'ils jouent avec tous les patients et 12 qu'ils ne jouent pas avec les patients qui ont des troubles du comportements importants, grabataires ou en fin de vie. On peut alors se demander pourquoi ils ne jouent pas avec les patients qui ont des troubles du comportement importants ? Les jeux deviennent ils trop compliqués à un certains stade ?

Q11 : Pourquoi ?

- 2 : mise en échec.
- 2 : activité adaptable, on peut tout faire avec tout le monde.
- 5 : à cause de la non-compréhension des consignes.
- 2 : « je ne force pas les patients à participer à une activité »
- 3 : Troubles comportementaux importants ou grabataires.
- 2 : à cause des refus.
- 2 : par manque de temps.
- 1 : parce que ce n'est pas adapté aux résidents.

Cette question nous permet de savoir pourquoi les ergothérapeutes ne jouent pas avec tous les patients. Ces informations viennent confronter à la revue de littérature car il y a pleins d'arguments pour ne pas utiliser le jeu comme moyen thérapeutique, comme par exemple le manque de temps. Plusieurs questions se posent, en quoi une activité adaptable pourrait être

utilisée avec tous les patients ? Si les patients sont mis en échec c'est parce que le jeu n'est pas adapté ? Peut-on adapter un jeu pour éviter la mise en échec ? Peut-on adapter les consignes pour qu'elles soient compréhensibles de tous les patients ?

Q12 : Pour quels objectifs utilisez-vous le jeu comme moyen d'intervention ?

- 10 pour objectif la stimulation cognitive dont 3 utilisent aussi pour la communication
- 3 utilisent le jeu pour tous les objectifs
- 1 pour l'autonomie dans les activités de vie quotidienne
- 1 pour enlever le sens de « travail » = côté ludique
- 4 en vue de socialisation ou pour communiquer.

Cette question a pour but de connaître les objectifs du processus d'intervention ergothérapeutique lorsque le jeu est utilisé comme moyen thérapeutique. La majorité des ergothérapeutes utilisent le jeu pour la stimulation cognitive ce qui correspond à un des objectifs du jeu dans la revue de littérature. Certains répondent qu'ils l'utilisent pour tous les objectifs. Des ergothérapeutes l'utilisent pour la socialisation et la communication, ce qui est aussi en lien avec les résultats de la revue de littérature. On peut alors se demander pour quels objectifs le jeu est réellement utilisé ? La communication revient souvent alors est ce que le jeu serait un moyen de communiquer ? Le jeu est-il un moyen de gagner en autonomie ?

Q13 : En quoi l'utilisation du jeu vous semble intéressante pour les personnes atteintes de démence ?

- 2 pour stimulation cognitive
- 7 parce que c'est ludique
- 6 car c'est simple d'accès pour tous
- 4 pour favoriser la socialisation

Certains ergothérapeutes ont répondu la même chose qu'à la question précédente pourtant une question fait appel à la théorie et l'autre a un ressenti personnel. Certains ergothérapeutes ont compris cela et ont répondu différemment de la question précédente. Ce qui ressort

principalement c'est que le jeu est un moyen thérapeutique ludique, simple d'accès à tous et qu'il favorise la socialisation. Ce qui rejoint la revue de littérature. On peut alors se demander si le jeu est simple d'accès à tous pourquoi n'est-il pas utilisé avec tous les patients ? Est-ce que les patients jouent en groupe pour favoriser la socialisation ?

Q14 : Est-ce-que le jeu est accepté de tous les patients ?

Q15 : Rencontrez-vous des refus ?

Q16 : Si oui, quels sont selon vous les motifs de refus ?

Q17 : Si non, selon vous quelle en est la raison ?

	Oui					Non	
<u>Q14</u>	7					12	
<u>Q15</u>	15					4	
<u>Q16</u>	4	5	2	2	2		
	Pas envie à ce moment la	Problème générationnel, pas d'habitudes de vie antérieures	Infantilisant	N'aime pas le jeu	Peur de mise en échec		
<u>Q17</u>						1	3
						Moment détente	Bien l'amener pour pas qu'il soit infantilisant

Acceptation du jeu et motifs de refus des patients

Ces questions sont posées dans l'objectif de connaître le ressenti des patients par rapport au jeu. Dans la revue de littérature il semblerait que les personnes âgées apprécient le côté ludique du jeu, de plus dans les pathologies de démence le jeu a des effets bénéfiques sur les

troubles du comportement. Les motifs de refus étaient demandés pour savoir si le jeu semblait infantilisant pour les patients, finalement seulement 2 ergothérapeutes ont ce discours-là. Mais un nouveau problème générationnel se présente qui n'a pas été relevé dans la revue de littérature. Les ergothérapeutes relèvent alors en pratique ce problème générationnel, car effectivement si les patients n'ont pas eu l'habitude de jouer dans leur vie antérieure, elles refusent de jouer à l'heure actuelle. La connaissance du patient est donc primordiale pour connaître leur habitude de vie antérieure. On peut alors se demander si c'est le jeu qui est infantilisant ou la façon de présenter le jeu ? Est-ce que si la personne n'a pas l'habitude de jouer peut-elle apprécier certains types de jeu ? En quoi la connaissance de la personne permettrait d'éviter les mises en échec ?

Q17 : Si non, selon vous quelle en est la raison ?

- 1 car c'est un moment de détente
- 3 il faut bien l'amener pour pas que cela soit infantilisant

Les quatre ergothérapeutes ayant répondu « non » présentent que si le jeu est bien amené il n'est pas infantilisant. On peut alors se demander, comment doit-on présenter le jeu ? Comment adapter le jeu ?

Jeu et infantilisation :

Q18 : Pensez-vous que le jeu puisse être infantilisant pour les patients ?

Q19 : Si non, pourquoi ?

Q20 : Si oui, pourquoi ?

Q18	Oui	Non			Cela dépend de la façon de l'amener
	7	7			5
Q19		Adaptation du jeu	Plaisir n'a pas d'âge	Cela fait partie des activités	
Q20	« Si le jeu n'est pas adapté, en fonction de comment le présenter ».				

Infantilisation des patients par le jeu

Dans la revue de littérature nous avons relevé que le jeu peut être soit engageant soit infantilisant. Ici les ergothérapeutes sont également partagés entre les deux opinions. Un ergothérapeute qui a répondu que le jeu n'était pas infantilisant ajoute « l'Homme ne cesse de jouer quand il devient vieux, il devient vieux quand il cesse de jouer » et « c'est nous qui avons peur de l'infantilisation ». Mais on a vu précédemment que si ce n'était pas dans les habitudes de la personne de jouer alors il n'allait pas prendre cette habitude ensuite.

Encore une fois, les ergothérapeutes parlent de l'adaptation du jeu sans donner de réels éléments. Ils parlent de choisir les bons supports, de cibler l'action en fonction des objectifs mais pas de comment adapter le jeu pour éviter l'infantilisation. Deux autres ergothérapeutes parlent de plaisir qui n'a pas d'âge et donc pour eux tout le monde peut jouer. Un ergothérapeute répond « *cela fait partie des activités* » je ne comprends pas cette réponse. En revanche tous les ergothérapeutes ayant répondu « oui », s'accordent à dire que si le jeu n'est pas adapté il sera infantilisant. On peut alors se demander de quelle manière faut-il adapter le jeu ? Comment amener le jeu pour qu'il ne soit pas infantilisant ? Comment appréhender l'infantilisation ? Qu'est ce qui fait réellement la bonne adaptation d'un jeu pour lutter contre l'infantilisation ?

Q21 : Comment faites-vous pour lutter contre l'infantilisation des patients ?

- 10 parlent d'adaptation du jeu
- 2 ne donnent pas de consignes et laissent venir les patients s'intéresser au fur et à mesure de l'activité
- 2 utilisent une approche de confiance et le relationnel
- 1 nous informe que c'est difficile
- 2 utilisent le cadre thérapeutique adapté
- 2 expliquent les consignes de différentes manières pour une meilleure compréhension

Il semblerait que grâce au cadre et à la relation thérapeutique et à l'adaptation du jeu, on peut lutter contre l'infantilisation des patients. Une fois de plus, on nous parle d'adaptation du jeu, de l'activité choisie pour lutter contre l'infantilisation mais on ne parle pas de comment adapter ce jeu. On peut alors se demander comment le cadre thérapeutique et la relation peuvent permettre de lutter contre l'infantilisation ? Comment mettre en place une relation de confiance ? Comment adapter les consignes pour une meilleure compréhension ?

Q22 : Avez-vous des remarques ou commentaires complémentaires sur cette thématique

?

Plusieurs ergothérapeutes donnent des astuces et sources pour le mémoire, d'autres aimeraient lire la version finale, et une personne est mécontente de la formulation des questions. Il y en a ici qui donnent quelques astuces pour l'adaptation du jeu, comme mettre des gommettes sur l'âge conseillé des jeux si on veut faire jouer des personnes âgées pour que ce soit moins infantilisant, ou utiliser des supports que nous avons nous-même fabriqué. C'est seulement sur cette question que nous avons quelques idées sur comment adapter le jeu pour qu'il ne soit pas infantilisant. De nouveaux concepts sont apparus lors de cette recherche, qui ne sont pas présents dans la revue de littérature.

1.5.6. L'analyse critique

Les buts de ce questionnaire étaient de connaître les techniques pour lutter contre l'infantilisation, de savoir comment et pourquoi le jeu est utilisé avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, si le jeu engage le patient dans sa thérapie et si le jeu infantilise le patient. Les objectifs ne sont pas totalement atteints. En analysant les résultats on peut se rendre compte de plusieurs limites de cette enquête exploratoire. D'une part le questionnaire n'a pas reçu beaucoup de réponses et donc on ne peut pas généraliser les résultats. D'autre part beaucoup de questions se recoupent et plusieurs fois les ergothérapeutes ont répondu la même chose pour deux ou trois questions différentes. Il y a également des biais méthodologiques car certains termes n'ont pas été compris par les ergothérapeutes et donc ils ont répondu vaguement aux questions. Il aurait été nécessaire de faire une grille lexicale. De plus il y a des questions où seuls ceux qui répondait « oui » ou « non » devaient répondre mais ils y ont tous répondu. Malgré les biais envisagés il y a donc le biais méthodologique qui prime.

Beaucoup d'ergothérapeutes parle du phénomène d'adaptation de l'activité pour lutter contre l'infantilisation sans donner plus de détails. En lien avec la revue de littérature, on peut se rendre compte que le jeu est bien utilisé avec les personnes démentes et qu'il les engage dans leur thérapie s'il est bien adapté. En revanche il y aussi certains risque d'infantilisation quant à l'utilisation du jeu, cela ressort d'autant plus avec le biais méthodologique car les ergothérapeutes ont souvent répondu les mêmes choses pour des questions différentes. Mais il n'y a aucune information sur comment adapter le jeu ou l'activité pour lutter contre l'infantilisation.

1.6. Question initiale de recherche

L'enquête exploratoire rejoint la revue de littérature, le jeu est utilisé comme moyen thérapeutique pour engager le patient dans certaines situations mais il peut également être infantilisant.

L'analyse des résultats et l'analyse critique de l'enquête exploratoire font ressortir plusieurs questions ce qui amène à un nouveau questionnement :

- Comment adapter un jeu ou une activité pour qu'ils ne soient pas infantilisant ?

- Si on adapte une activité pour qu'elle ne soit pas infantilisante spécifiquement pour une personne pourra t'on l'utiliser avec d'autres personnes sans qu'elle ne soit infantilisante également ?
- Quelle est la définition de l'infantilisation ?
- Quelles sont les différentes formes d'infantilisation ?
- Comment le cadre thérapeutique, la posture et la relation thérapeutique permettent de lutter contre l'infantilisation ?

Question initiale de recherche :

Comment l'adaptation du jeu permettrait d'éviter l'infantilisation des patients ?

1.7. Le cadre de référence

Les concepts choisis sont l'infantilisation et le cadre thérapeutique. Dans la société on s'intéresse depuis peu à l'éthique de la personne âgée qui comprend la maltraitance et l'infantilisation. C'est pour cela qu'il est nécessaire de définir et de comprendre comment fonctionne l'infantilisation pour pouvoir l'éviter. Le deuxième concept concerne le cadre thérapeutique. Effectivement pour adapter une activité il ne suffit pas de l'adapter en terme pratique mais tout ce qui l'englobe c'est-à-dire : la relation, la posture, la communication, l'environnement. Ces éléments correspondent au cadre thérapeutique qui sont nécessaires à l'adaptation d'une activité. Ces concepts couvrent différents champs disciplinaires comme : la psychologie, le social, la santé et les sciences de l'occupation.

1.7.1. L'infantilisation

Aujourd'hui, dans la société le voile commence à se lever sur les maltraitances faites aux personnes âgées. De plus en plus on s'intéresse à l'éthique dans les services et institutions accueillant des personnes âgées ayants des pathologies différentes tels que les E.H.P.A.D⁹, P.A.S.A¹⁰, E.S.A¹¹, A.J.A¹², etc.

⁹ E.H.P.A.D : Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes

¹⁰ P.A.S.A : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

¹¹ E.S.A : Equipe Spécialisée Alzheimer

¹² A.J.A : Accueil de Jour Alzheimer

D'abord intéressons-nous à la maltraitance, l'Organisation Mondiale de la Santé (26) définit cela comme « un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime »(26). Celles-ci peuvent donc prendre diverses formes telles que les violences physiques, psychologiques ou morales, sexuelles et financières. La maltraitance peut également être le résultat de négligence volontaire ou involontaire. L'O.M.S¹³ (26) définit donc l'infantilisation comme un risque de maltraitance.

L'infantilisation peut être une forme de maltraitance souvent banalisée. Une étude réalisée par N. Berg (27), médecin, définit l'infantilisation comme un facteur de risque de la maltraitance. Elle est catégorisée dans les violences psychologiques. Monsieur Berg nous apprend que « la cause de la maltraitance est très rarement un facteur ; elle est la conséquence de problèmes sous-jacents préexistants »(27). Ce qui signifie que l'infantilisation en fait partie mais qu'elle n'en est pas la seule cause.

Hélène Thomas psychiatre (28), donne également une définition de l'infantilisation comme « une violence verbale : langage familier ou infantilisant » (28). Cette définition rejoint celle de la psychologue Sophie Laublin (29), « attitude se manifestant dans les paroles ou des comportements qui retirent à la personne âgée son statut d'adulte et la ramène de fait à celui de l'enfant » (29).

Il y a différentes formes d'infantilisation. Sophie Laublin (29) les définit :

- La forme la plus courante d'infantilisation est « le non-respect de la parole, des souhaits ou des désirs de la personnes »(29)
- Une autre forme d'infantilisation passe par la communication (28). Par exemple le tutoiement ou encore l'usage de surnoms inadaptés pour la personne âgée. Le vocabulaire, les intonations en font également partie. Par exemple « Utiliser le terme « chaise-pot » plutôt que « fauteuil garde-robe » » (29), peut avoir une connotation infantilisante.
- Les soins d'hygiène et d'habillement peuvent également être infantilisants. Cela passe donc par le non-respect de l'autonomie de la personne et l'usage de tenues vestimentaires et coiffures parfois inappropriés pour les personnes âgées. (29)

¹³ O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

- « Les animations »(29) sont également sujets à l'infantilisation. En fonction de leurs contenus, supports, matériels, une activité ou un jeu peuvent être très infantilisant (29).

Les formes d'infantilisations sont diverses. Claire Compagon et Véronique Ghadi (30) ont mené une étude sur la maltraitance « ordinaire dans les établissements de santé »(30). Elles y recueillent des témoignages de personnes se sentant infantilisées par les propos du personnel soignant, voir même de leur aidants naturels qui ne les considèrent plus comme des adultes mais des enfants. Ce qui a, en partie, mis en lumière ce phénomène est le livre d'Anne Sophie Pelletier sur les témoignages en EHPAD (22). Effectivement Madame Pelletier (22) est une aide médico-psychologique et une femme politique qui est à l'origine de la grève victorieuse de 117 jours dans un EHPAD. Dans son livre (22) elle recueille des témoignages de personnes vivant en EHPAD, de leurs aidants naturels et des professionnels de santé ou elle dénonce le manque de moyens des EHPAD et la maltraitance et infantilisation des personnes âgées (22). Les soignants révèlent que c'est par manque de temps qu'ils « font à la place de la personne »(22) et donc l'infantilise, mais ils disent ne pas avoir le choix. Dans les EHPAD, c'est l'institution qui décide des temps et de la charge de travail en fonction du personnel soignant. Si l'institution décide qu'il faut réaliser un nombre de toilette dans un temps défini, alors c'est elle qui aura le dernier mot. A l'heure actuelle Anne Sophie Pelletier(22) continue de dénoncer le manque de soins des personnes âgées et la détresse du personnel soignant en France.

Ces informations viennent en confrontation avec la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou dépendance (31). Effectivement cette Charte nous informe que « toute personne âgée en situation de handicap et de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix »(31). Grâce aux informations vues précédemment nous pouvons dire qu'en pratique cette charte a du mal à être appliquée. Mais parfois ces processus que nous pensons protecteur des personnes âgées peuvent en réalité être infantilisant. Effectivement Thomas H. (32) nous énonce que les régimes de protection qui sont censés faire obstacle « aux abus de faiblesse » (32), ainsi que le « droit d'être assisté »(32), peuvent avoir l'effet contraire et entrer dans un processus d'« infantilisation d'adultes majeurs » (32). En effet, le choix n'est pas forcément laissé aux personnes âgées et donc se sentent infantiliser. La limite entre la protection et l'infantilisation est donc faible.

Les formes d'infantilisations sont diverses. Elles sont présentes dans tous les moments de la vie quotidienne d'où la vigilance à adopter à l'égard de ce phénomène. On peut se

demander au vu des informations si l'infantilisation est due à un manque d'information sur le phénomène ? Ou bien à un manque de temps du personnel soignant ? Ou encore au besoin de surprotéger les personnes âgées sans leur laisser le choix ?

Pour comprendre comment éviter ces différentes formes d'infantilisation il ne suffit donc pas d'adapter simplement un jeu ou une activité. Effectivement en fonction de l'adaptation que l'on fait elle peut ne pas correspondre à toutes les personnes. Il est alors question d'adapter le cadre thérapeutique que l'on utilise qui est fonction de la posture et la relation thérapeutique, de la communication et le cadre de l'institution en elle-même. On peut se demander comment adapter le cadre thérapeutique en fonction des situations ?

1.7.2. Le cadre thérapeutique

Pour qu'un jeu ne soit pas infantilisant il ne suffit pas d'adapter le simple jeu en termes de bricolage. L'adaptation d'une activité passe par tout ce qu'elle englobe comme le cadre thérapeutique à mettre en place pour que l'activité fonctionne. Afin d'adhérer au processus de soin, le patient doit se sentir en sécurité. L'instauration d'un cadre thérapeutique rassurant et contenant pourra permettre de lutter contre l'infantilisation.

Cette notion de cadre thérapeutique prend ses racines dans la psychanalyse. Michel Martin (33) nous donne alors cette définition. Le cadre analytique classique est défini par des critères précis :

- « La fréquence, durée, localisation de l'intervention »(33)
- « Position des personnes (setting) » (33)
- « Rapport contractuel »(33) : les séances sont payées et le montant est défini à l'avance.
- « Modalité d'intervention » (33) : celle-ci peut rester purement verbale.
- « Confidentialité, secret » (33)
- « La règle d'abstinence (refus de répondre à la place, de se mettre à la place ou le patient souhaite mettre l'analyse dans le transfert) » (33) ce qui implique également à ne pas voir les patients en dehors des séances.
- « La règle de neutralité (aucun jugement, aucun conseil, aucune directive) ». (33)

Le cadre thérapeutique garantit donc « le repérage spatio-temporel et la continuité, le droit à l'énonciation libre et protégée ou séparée des interventions extérieures ; il garantit aussi que l'adhésion au projet puisse être remise en question par le patient » (33). Michel Martin (33)

nous informe également qu'au départ le cadre se pose explicitement puis ensuite il devient implicite car intériorisé, il est cependant rappelé pendant les moments de crises. Ce cadre doit être aménagé en fonction des situations.

En Effet, d'après José Bleger (34), le cadre offre un sentiment de continuité grâce aux modalités qui le définissent : règles, lieu, fréquence des séances, horaires... grâce à la constance de ces différents critères(34). Le cadre thérapeutique remplit un rôle de pare excitation permettant d'avoir un sentiment de sécurité et de protection du patient.

Anzieu (35) compare le cadre thérapeutique à un « contenant maternel » (35) : c'est à l'intérieur de cette enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute qui a le rôle « d'une seconde peau psychique, les pensées du sujet peuvent se déployer » (35). Bion (36) rejoint également ce phénomène. Il décrit la relation contenant- contenu, la fonction contenant étant assurée par la mère (36). Selon lui, la fonction contenant va permettre de traiter le contenu qu'il associe à des éléments « bêta ». Les éléments « bêta » sont en réalité des « éléments non pensables incapables de se lier entre eux » (36). C'est alors l'enfant qui va s'appuyer sur la fonction contenant de la mère : la fonction « alpha » afin de pouvoir assimiler ces éléments « beta ».

L'importance du cadre thérapeutique est alors d'assurer un sentiment de sécurité au patient pour lui permettre de s'engager, de devenir sujet et non objet et d'adhérer à la prise en soin. Si le cadre thérapeutique est adapté le patient pourra adhérer à la prise en soin, il ne se sentira pas infantilisé par l'activité que l'on lui propose.

Pour assurer ce cadre contenant et sécurisant, l'ergothérapeute doit faire preuve d'une qualité de présence déterminée par trois attitudes. Celles-ci ont été décrites par Winnicott (37) comme : le *handling*, le *holding* et l'*objet presenting* (37).

Tout d'abord le *handling* est défini comme la manière dont l'enfant est touché, manipulé. Il permet alors la construction de la fonction de maintenance du psychisme en permettant l'union du corps et de la psyché (37). Le thérapeute doit alors être vigilant à la façon dont il aborde physiquement le patient, veiller à être le plus délicat possible. Ce qui va renforcer le sentiment de confiance du patient.

Ensuite le *holding* est la manière dont l'enfant est porté. C'est-à-dire « l'environnement stable, ferme et capable de porter psychiquement et physiquement l'enfant » en le « protégeant contre ses expériences angoissantes » (37). Cette notion de sécurité est possible car le holding rend

possible l'action de mettre « en contact avec une réalité extérieure simplifiée ». Cette capacité du thérapeute va permettre au patient de prendre du recul face à la situation. Cela peut être par le toucher mais aussi par la qualité de présence et d'écoute. Le patient doit sentir qu'il est soutenu par le thérapeute et qu'il peut compter sur lui et donc éviter le sentiment d'infantilisation.

Enfin, *l'objet presenting est* la capacité de la mère à présenter l'objet à l'enfant au bon moment, c'est-à-dire ni trop en avance ni trop tard (37). C'est-à-dire que le thérapeute doit pouvoir répondre à la demande du patient, en trouvant un juste milieu, avant qu'il n'ait plus la capacité de se gérer lui-même. Le thérapeute ne va pas répondre trop tôt pour que le patient renoue avec ses sensations physiques mais il ne répondra pas non plus trop tard car le patient pourrait perdre confiance et ne plus adhérer aux soins.

Ainsi, la mise en place du cadre thérapeutique est rendue possible grâce à ces trois attitudes qui permettent d'avoir la personne au centre de la thérapie et de se questionner sur ses besoins et attentes ce qui permet de lutter contre l'infantilisation puisque la personne est considérée.

Alain Delourme (38) ajoute à cela que le cadre doit être assez rigide et stable pour offrir ce sentiment de contenance et de sécurité mais il est également nécessaire de faire preuve de souplesse pour permettre au patient de se sentir libre et en confiance avec le thérapeute (38). Il faut créer une relation de confiance, Delourme (38) complète « C'est en créant l'ambiance relationnelle dont il a besoin qu'on peut optimiser ses chances d'amélioration » (38).

Le cadre thérapeutique implique donc la création d'une relation thérapeutique. La W.F.O.T¹⁴ (39) nous indique que « La relation établie dans le cadre thérapeutique est essentielle pour la progression du patient, sa participation et son aptitude à être acteur de sa prise en charge. La motivation et les valeurs de la vie de la personne sont les moteurs de l'action, du changement et de l'adaptation » (39).

Béatrice Simmonet-Guéréau (40) définit la relation thérapeutique comme « construit avec le patient » (40) et « l'objectif, toujours, est la qualité d'investissement du thérapeute pour donner les conditions favorables à une plus grande authenticité, une meilleure individuation et donc une plus grande autonomie des patients » (40). La mise en place du cadre thérapeutique conditionne la relation thérapeutique.

¹⁴ W.F.O.T : World Federation of Occupational Therapists : La fédération mondiale des ergothérapeutes

Cette relation thérapeutique est créée à partir d'un lien spécifique entre le patient et le thérapeute. Carl Rogers (41) informe que si on n'accorde pas que ce lien est spécifique, il est difficile qu'une relation s'établisse(41). Pour que ce lien de confiance se crée et que la relation thérapeutique évolue, Carl Rogers (42) s'appuie sur trois conditions pour que le climat soit favorable à la croissance de celle-ci : la congruence, le regard positif inconditionnel et l'empathie (42). Tout d'abord la congruence, selon Carl Rogers(42) « j'entends par ce mot que mon attitude ou le sentiment que j'éprouve, quels qu'ils soient, seraient en accord avec la conscience que j'en ai. Quand tel est le cas je deviens intégré et unifié, et c'est alors que je puis être ce que je suis au plus profond de moi-même » (42). Ce qui signifie que plus le thérapeute est lui-même dans la relation, sans filtre, ni façade personnelle, plus est possible que le patient change et évolue de manière constructive. Ensuite la notion de regard positif inconditionnel rassemble différentes implications qui sont sécurité, acceptation, confiance et liberté d'expression (42). Le regard positif inconditionnel signifie que le thérapeute accepte le patient, peu importe ce qu'il est à ce moment-là, sans aucun jugement. Pour finir la compréhension empathique permet au thérapeute de s'identifier et de se mettre à la place du patient tout en restant objectif face à la situation (42). Ces trois éléments se complètent et s'articulent. Ce sont les postures à adopter dans chaque situation car si le patient se sent en confiance et écouté alors il ne se sentira pas du tout infantilisé.

Michèle Dumont (43) vient compléter ses notions de cadre, posture et relation thérapeutique par la notion de communication. Dans la relation thérapeutique avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer « il est important de développer une stratégie de communication qui mette l'accent sur la créativité et la patiente » (43) car il peut s'avérer très difficile de communiquer avec eux. Le fait de créer un cadre thérapeutique rassurant et sécurisant favorise la communication. D'une part si l'endroit est calme le patient aura moins tendance à être perturbé par ce qui l'entoure, de plus s'il fait confiance au thérapeute, grâce à la relation thérapeutique mise en place, il pourra plus facilement s'exprimer et communiquer.

Un dernier élément vient s'ajouter au cadre thérapeutique qui est l'institution. Effectivement c'est l'institution qui définit le cadre de travail dont elle a envie. Nous avons vu précédemment grâce à des témoignages que les soignants, par manque de temps, infantilisaient les patients. C'est un problème de l'institution en elle-même qui ne laisse pas le temps aux soignants. De plus l'O.M.S (44) vient définir ce que la maltraitance en institution peut couvrir « La maltraitance en institution recouvre également le recours à la contrainte physique à l'encontre des personnes âgées, le non-respect de la dignité des patients et de leur liberté de

choix » (44). Si le choix n'est pas laissé aux personnes âgées c'est donc un signe de maltraitance et d'infantilisation.

Bénédict Vandendoren (45), doctorante a réalisé une enquête exploratoire qui met en évidence l'importance de l'environnement comme garant de la possibilité pour la personne d'exercer le contrôle sur sa vie et d'exprimer ses choix au sein de la relation aidant—aidé. Cette enquête nous informe que l'institution véhicule des stéréotypes anxiogènes, elle renvoie à l'image de la vieillesse dépendante (45). Les témoignages recueillis énoncent des normes institutionnelles qui sont responsables d'une perte de maîtrise sur sa vie de l'utilisateur et donc une infantilisation. Pour Jean-Jacques Amyot et Alain Villez (46) c'est un processus d'infantilisation qui existe réellement au sein des institutions. Il existe aussi bien de manière implicite qu'explicite. Le choix des personnes âgées serait finalement soumis à l'aval des familles (46). Les auteurs parlent de « mise sous tutelle de fait, que rien ne justifie, pas plus en droit qu'en éthique » (46) et prônent une remise en question du projet institutionnel réaffirmant la primauté des choix de l'utilisateur et ceci même si la famille reste un partenaire essentiel de la relation.

L'infantilisation est donc un phénomène complexe qu'il faut prendre dans sa globalité pour pouvoir l'éviter. Grâce au cadre thérapeutique, la posture et relation thérapeutique, et la communication nous avons des solutions pour ne pas être infantilisant. Malgré cela l'institution peut participer à l'infantilisation de la personne âgée. On peut alors se poser plusieurs questions : Est-ce que si le cadre thérapeutique est mal posé cela peut être infantilisant pour le patient ? Si l'attitude est trop protectrice sera-t-elle infantilisante ? L'institution peut-elle créer de l'infantilisation ? Comment arriver à trouver la juste distance dans une relation thérapeutique ?

1.8. La question et l'objet de recherche

Cette problématisation théorique aboutit à la conception d'une matrice théorique – conceptuelle (Cf Annexe 7 p78) pour permettre une question plus circonscrite de recherche, contextualisée et donnant lieu à un objet de recherche.

Question de recherche :

A quel moment le cadre thérapeutique peut créer l'infantilisation lors de l'intervention ergothérapique autour du jeu en EHPAD ?

Objet de recherche :

Déterminer les éléments du cadre thérapeutique qui tendent à infantiliser les patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans la mise en place de l'activité incluant le jeu en ergothérapie en EHPAD.

2. Matériel et Méthode

L'objectif de cette partie est de décrire avec exactitude tous les détails possibles du travail de recherche réalisé.

2.1. Choix de la méthode de recherche

L'objet de cette recherche est de : « Déterminer les éléments du cadre thérapeutique qui tendent à infantiliser les patients ». Il est donc ici question de découvrir quels sont les éléments qui peuvent infantiliser les patients. La recherche clinique est une méthode exploratoire visant à la découverte de nouveaux savoirs. De plus nous avons remarqué que le concept d'infantilisation est peu alimenté et la méthode clinique est utilisée lorsqu'on n'a pas de connaissance existante et suffisante sur le sujet (47). Selon Eymard C, Thuilier O, Vial M (48) « la clinique des situations s'intéresse à l'activité d'un sujet dans un agir professionnel » (48) ce qui rejoint le fait qu'ici il est question de découvrir dans le récit des sujets d'imprévisibles éléments qui alimentent le phénomène d'infantilisation, dans leur pratique professionnelle.

Le but de cette recherche est de découvrir comment les thérapeutes peuvent lutter contre l'infantilisation, quels sont leurs techniques et leurs moyens. D'où l'intérêt de choisir la méthode clinique car on ne regarde que la personne, le sujet parce qu'elle vise à découvrir la singularité de chacun. Effectivement les concepts de cadre, posture, relation thérapeutique sont propres à chacun et le but de cette méthode est d'être centré sur le vécu, l'agir et le sens du sujet ce qui lui correspond. Puisque c'est une méthode exploratoire il n'y a pas d'hypothèse, pas d'à

priori sur le sujet. Ici nous voulons rechercher des déterminants biographiques du sujet dans le phénomène observé par le biais d'une approche qualitative ce qui concorde avec la méthode clinique selon Albarello L (49).

2.2. Population et ses critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible concerne alors tous les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en institution d'hébergement avec des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences, peu importe l'année d'obtention du diplôme et leur ancienneté au sein de la structure. Les critères d'inclusion sont : être ergothérapeute diplômé d'état et exercer dans une institution d'hébergement auprès de personnes ayant la Maladie d'Alzheimer et/ou maladies apparentées. Sont exclus tous les ergothérapeutes n'ayant pas travaillé en institution d'hébergement avec des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

2.3. Sites d'exploration

Les sites d'exploration choisis sont les institutions d'hébergements des personnes âgées démentes tels que les EHPAD et UCC. Effectivement les EHPAD sont les lieux de vie des personnes âgées de plus en fonction de l'évolution de la maladie d'Alzheimer certaines peuvent vivre au sein de secteur protégé appelé UHR ou participer au PASA. En ajoutant les UCC qui sont parfois un passage pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant en EHPAD. Cela couvre deux institutions où sont hébergés les patients atteints de la maladie d'Alzheimer d'où son inclusion dans les sites d'exploration. Afin d'avoir une approche globale de l'infantilisation des patients, le site d'exploration sera l'EHPAD dans sa globalité (avec les PASA et UHR) et les UCC. Tout au long de cette recherche la loi Jardé a été respecté.(50)

2.4. Choix argumenté et construction de l'outil théorisé de recueil des données

Le choix de la recherche s'est tourné vers une méthode qualitative et donc clinique. Pour mettre en place cette recherche il est nécessaire d'utiliser un outil théorisé de recueil des données. Pour recueillir, en fonction de la particularité de chacun, des informations contenues dans l'expérience du quotidien et sur la vision du monde des sujets au regard du phénomène il semble judicieux d'utiliser l'entretien. Effectivement Maurice Reuchlin (51) nous informe que

l'entretien sert à connaître le point de vue, la perception d'un sujet face à un phénomène, un évènement à un instant t, il exprime ce qu'est sa vision du monde et sa vérité. De plus l'entretien est un outil qualitatif qui correspond à la méthode clinique (52).

Également dans le but de couvrir tout le thème de la recherche le choix se tourne vers l'entretien de type semi directif car il permet à la personne de répondre librement à une question inaugurale tout en abordant les différents thèmes au travers des questions de relance.(48)

Pour construire l'outil théorisé qu'est l'entretien semi directif il est nécessaire d'utiliser le cadre théorique en lien avec l'objet et la question de recherche. La construction de cette outil est formalisé par une matrice d'écoute (Cf Annexe 8 p79).

2.5. Anticipation de ses biais et les stratégies pour les atténuer

Comme dans l'enquête exploratoire, toute méthode de recueil d'informations comporte des biais, il est alors nécessaire de les envisager avec les stratégies pour les atténuer. Pour l'entretien semi directif le biais qui apparait le plus évident est le biais méthodologique. Effectivement l'entretien peut contenir des questions mal formulées. D'autre part l'entretien peut contenir des biais affectif par lequel la déformation du jugement est entraînée par une influence des émotions sur les raisonnements. De plus le biais de confirmation d'hypothèses vient s'ajouter, c'est en réalité la tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues et à accorder moins de poids aux autres points de vue. Enfin le biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire que les personnes interrogées ne se montre que sous une facette positive.

Pour atténuer ces biais il est nécessaire d'avoir des stratégies. Afin d'éviter le biais méthodologique, l'entretien doit comporter des questions précises et simples. L'utilisation des reformulations permettra de limiter les ambiguïtés dans les réponses apportées. Pour le biais affectif il est nécessaire de se mettre en recul par rapport à ses émotions pour garder une vision objective. Concernant le biais de confirmation d'hypothèse il faudra prendre en considération toutes les informations qui vont à l'encontre de nos présupposés et des hypothèses initiales. Enfin pour le biais de désirabilité sociale il sera primordial de multiplier les entretiens pour avoir des points de vue différents.

2.6. Déroulement de l'enquête ou de l'expérimentation

Le public cible a été contacté sur des forums d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD et certaines adresses mails recueillies au préalable grâce aux listes d'ergothérapeutes travaillant en institution pour personnes âgées. L'enquête s'est déroulée sur deux semaines avec au total huit ergothérapeutes participants. Ces entretiens n'ont pas pu être possible en présentiel dû à la situation de crise sanitaire mondiale du COVID-19. En effet les ergothérapeutes ont été contacté uniquement par téléphone. Ainsi, sur huit entretiens les deux premiers ont servi de test pour ajuster la matrice de théorique donc l'étude porte sur six entretiens.

Les entretiens ont débuté par le recueil de leurs consentements oraux concernant l'enregistrement de l'appel téléphonique pour faciliter la retranscription et l'analyse des entretiens. De plus l'ajout d'une question concernant la situation actuelle semblait nécessaire car en faisant les entretiens tests, les ergothérapeutes parlaient de la crise sanitaire sans que je leur demande, donc il me semblait nécessaire de l'ajouter. Effectivement à cause de cette situation beaucoup de personnes sont mises en position d'infantilisation, enfermées dans leur chambre sans pouvoir sortir et parfois sans même comprendre pourquoi. Suivi d'un rappel du thème de la recherche et du déroulement de l'entretien semi directif. Les entretiens ont une durée moyenne d'environ trente minutes.

2.7. Le choix des outils de traitement et d'analyse des données

Une fois les entretiens réalisés pour les analyser il est d'abord nécessaire de les retranscrire. Le choix est fait de réaliser une retranscription manuelle des différentes entretiens. L'étape suivante est le choix de l'analyse qui se tourne vers l'analyse thématique manuellement. En effet puisqu'il y a moins d'une trentaine d'entretiens il n'est pas obligatoire d'utiliser un logiciel.(51) La matrice de questionnement réalisé pour les entretiens comporte des thèmes, c'est pour cela que traiter l'ensemble des résultats par questions permet des conditions favorables pour l'analyse thématique. De plus « l'analyse thématique est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratique ou de représentations, et non pas de l'action » (52) ce qui signifie que l'analyse thématique permet de dégager les différents thèmes abordés (53).

3. Résultats

Dans cette partie il est question de présenter synthétiquement les résultats obtenus, en premier lieu les données des descriptives et ensuite les données textuelles.

3.1. Données descriptives

La population à partir de laquelle les résultats ont été obtenus est composée de six ergothérapeutes DE féminines. Il est nécessaire de coder les entretiens avec des lettres pour faciliter le repérage.

- L'ergothérapeute A, exerce dans un EHPAD à plein temps.
- L'ergothérapeute B, exerce dans deux EHPAD différents à mi-temps.
- L'ergothérapeute C, exerce à mi-temps dans un EHPAD et à mi-temps un hôpital.
- L'ergothérapeute D, exerce dans une UCC à temps plein.
- L'ergothérapeute E, exerce dans trois structures différentes, dont un PASA à l'intérieur d'un EHPAD.
- L'ergothérapeute F, exerce dans un EHPAD à plein temps, à l'intérieur de l'UHR et du PASA.

3.2. Données textuelles : analyse thématique des résultats

Pour faciliter l'analyse des données textuelles il est nécessaire de faire une matrice thématique des entretiens (Cf Annexe 9 p81 à 103).

3.2.1. Posture thérapeutique

Pour l'ergothérapeute A, la posture adoptée est « *une position ou j'essaye de me souvenir toujours que ces des personnes qui ont un vécu* » (40-41 ; A) et de se mettre dans une position d'adulte à adulte, pas de tutoiement « *on n'appelle pas par son prénom* » (42 ; A), on ne lui parle pas comme si on parlait avec un enfant ou un bébé.

L'ergothérapeute B parle d'une posture qui passe par la communication à hauteur c'est-à-dire « *capter l'attention et utiliser un langage simple faire des phrases courtes* » (53 ; B). Cela rejoint l'opinion de l'ergothérapeute A car la posture passe par un langage adapté aux adultes et non aux enfants alors on ne va pas dire « *manger vos carottes c'est bon les carottes pour la*

santé » (55-56 ; B) avec une voix enfantine mais plutôt « *ce sont les carottes du jardin c'est de saison en ce moment* » (58 ; B), pour trouver des termes qui ne sont pas infantilisant.

Pour l'ergothérapeute C, la posture doit être très neutre, « *je ne vais pas du tout essayer d'intervenir le moins possible* » (48-49 ; C), c'est une posture plutôt de type accompagnement « *ça sera vraiment en fait de les accompagner* » (50-51 ; C). L'ergothérapeute C apporte une nouvelle vision du terme de posture avec une posture d'accompagnement.

L'ergothérapeute D parle de laisser faire le patient le plus possible seul et de trouver un équilibre. Pour elle cela sera alors plutôt « *une posture passive et même temps verbal* » (89-90 ; D), une « *posture d'écoute* » (110 ; D) en ne leur coupant pas la paroles, se mettant à la même hauteur, pour capter leur regard et les écouter. Cette opinion rejoint l'avis de l'ergothérapeute B qui parle également de communication à hauteur et l'ergothérapeute C car elle laisse faire le patient le plus possible également.

Pour l'ergothérapeute E, la posture passe par les vouvoiements et « *on les appelle par leur nom de famille et pas les prénoms* » (73 ; E). Elle ajoute que les personnes savent les choses et que les soignants ne sont pas là pour les considérer comme des enfants. Cet avis rejoint celui de l'ergothérapeute A qui réfléchit toujours à ce que la personne a eu un vécu et des connaissances avec l'utilisation des vouvoiements et des noms.

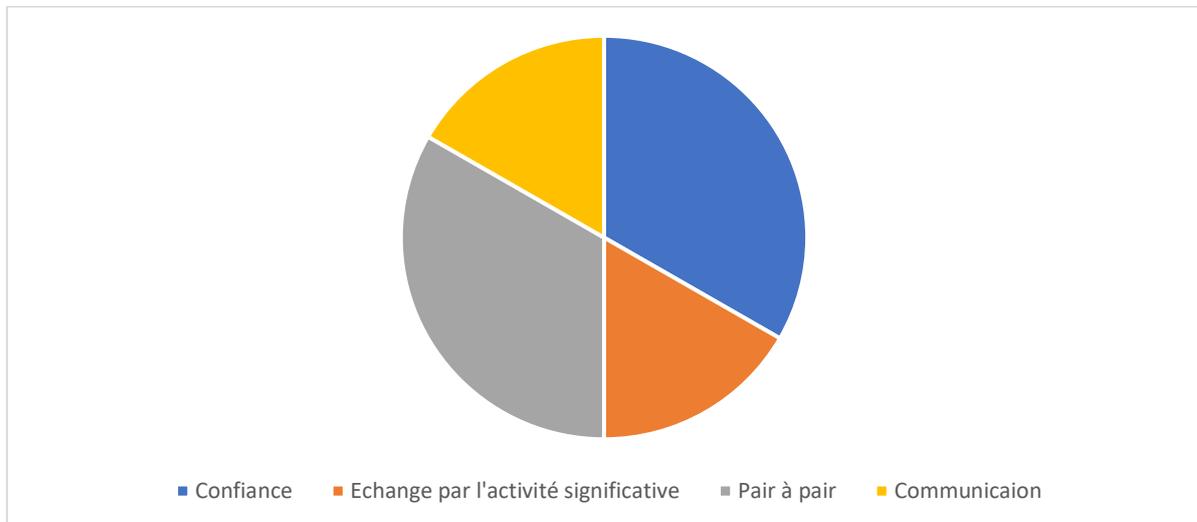
L'ergothérapeute F parle plutôt d'une posture d'échange ce n'est « *pas vraiment une position de thérapeute et de patient* » (34-35 ; F), c'est plutôt naturel avec une posture d'accompagnement ce qui rejoint l'opinion de l'ergothérapeute C. (Cf Annexe 9 p81)

3.2.2. Relation thérapeutique

Concernant la relation thérapeutique (Cf diagramme 1), les ergothérapeutes A et F s'accordent à dire que la relation de confiance est à privilégier pour lutter contre l'infantilisation (Cf Diagramme 1 : couleur bleue). Les ergothérapeutes C et E nous parlent de relation de pair à pair, d'adulte à adulte (Cf Diagramme 1 : couleur grise). L'ergothérapeute B utilise la relation d'échange par l'activité significative car si c'est significatif « *la personne est contente de participer* » (83 ; B) (Cf Diagramme 1 : couleur orange). Enfin l'ergothérapeute D nous parle d'une relation avec une communication à hauteur, l'utilisation du vouvoiement, du nom de famille qui est un « *signe de respect* » (101 ; D) (Cf Diagramme 1 : couleur jaune) ce qui

recoupe les informations des ergothérapeutes dans le thème de la posture thérapeutique. (Cf Annexe 9 p 82-83).

Diagramme 1 : Les relations thérapeutiques utilisées par les six ergothérapeutes interviewés



3.2.3. Communication et information

L'ergothérapeute A et D nous parlent d'informer le personnel soignant sur les impacts de l'infantilisation pour pouvoir mieux la prévenir. Effectivement ces deux ergothérapeutes rapportent qu'il y a beaucoup de remplacements, ou de changement de personnel ce qui ne facilite pas la communication entre les équipes. De plus les nouveaux soignants prennent exemples sur les anciens qui ne sont pas forcément en adéquation avec la situation « *ce qui n'avait pas eu l'habitude de travailler avec ces patients-là tout de suite [...] c'étaient les prénoms qui arrivent, les petits surnoms* » (166-167 ; D) d'où l'importance d'informer et de communiquer. Cela rejoint également l'ergothérapeute F qui nous informe qu'il faut « *faire attention et proposer et montrer aux soignants* » (77-78 ; F).

L'ergothérapeute B nous informe qu'il y a des problèmes de communication entre les intervenants extérieur et l'équipe intérieur ce qui crée des situations d'infantilisation des patients. Pour elle le rôle de l'ergothérapeute est alors de faire le lien entre les équipes et de communiquer les informations pour éviter l'infantilisation des patients.

Pour l'ergothérapeute C, pour lutter contre l'infantilisation il faut communiquer et expliquer, par exemple éviter d'utiliser le terme jouer mais d'aller travailler ce qui fait, parfois, plus de

sens pour la personne. Ce qui rejoint l'opinion de l'ergothérapeute E qui informe qu'il faut bien expliquer pourquoi on fait cette activité et demande un retour d'activité aux patients à la fin de celle-ci. (Cf Annexe 9 p 84 à 86).

3.2.4. L'adaptation du jeu

Lors des entretiens tous les ergothérapeutes ont parlé de l'adaptation du jeu en donnant certains exemples. Pour l'ergothérapeute A, si le stade de la maladie est avancé, un jeu qui induit le côté infantilisant ne peut pas forcément être utilisé, même s'il y a des explications concernant son utilisation de travail, pour elle « *le cadre est trop compliqué à poser et du coup il ne faut pas que le jeu induit le côté infantilisant* » (144-145 ; A). Les ergothérapeutes B, D et E nous expliquent comment adapter certains jeux en donnant des exemples concrets en expliquant que c'est pour travailler et non pour jouer. Ce qui rejoint l'ergothérapeute C qui adapte également des jeux pour qu'ils soient plus accessibles aux personnes démentes et qui ajoute qu'elle ne met pas de règle au jeu « *si la personne veut prendre tel jeu et le détourner et faire autre chose avec par exemple compter les pions [...] et regarder l'intérêt éducatif et thérapeutique derrière* » (35-37 ; C). L'ergothérapeute F propose les jeux en fonction de ce qui leur plaît et de leur capacité. (Cf Annexe 9 p 86 à 92).

3.2.5. L'infantilisation des patients via les soignants

Tous les ergothérapeutes interrogés ont relevé l'infantilisation des patients via les soignants. Pour les ergothérapeutes A et C c'est notamment le langage utilisé par les soignants qui est infantilisant. De plus en lien avec le changement de personnel et l'imitation des anciens par les nouveaux, pour prendre le rythme et les habitudes, l'imitation du côté infantilisant en fait partie également. L'ergothérapeute A ajoute que l'on peut en parler et « *ne pas être frontale* » (27 ; A), pour essayer de dénouer les situations ce que rejoint l'ergothérapeute F qui propose et montre aux soignants comment ne pas infantiliser et ne pas prendre une place de soignant/sachant face à la personne soignée. L'ergothérapeute D vient renforcer cela en guidant les soignants : « *est ce que c'est trop infantilisant, est ce que c'est adapter aux capacités des patients* » (177-178 ; D).

Les ergothérapeutes B et E informent que souvent les soignants font à la place de la personne, par envie de vouloir bien faire, pour aider la personne alors qu'elle serait capable de le faire

seule. Ce qui crée des situations d'infantilisation « *systématiquement sans le vouloir ils infantilisent au point même parfois alors que la personne saurait s'essuyer le nez toute seule passer et prendre un mouchoir pour essuyer le nez de la personne au lieu de tendre le mouchoir pour qu'elle s'essuie par exemple* » (99-102 ; B). De même l'ergothérapeute B ajoute que les soignants leur proposent des activités qui sont infantilisantes « *des puzzles encastrés avec des animaux pour des enfants de 1 an et plus [...] ils sont mis en situation d'échec parce qu'en plus de ça il n'y arrive pas et en plus de ça c'est infantilisant* » (8-10 ; B) et en prime les mettent en échec ce qui est d'autant plus infantilisant. Elle ajoute également que le soignant doit penser à faire en sorte une ergonomie visuelle pour le patient pour faciliter ses déplacements dans l'environnement.

L'ergothérapeute D complète en disant que lorsque les soignants sont fatigués ils ont plus tendance à avoir une communication moins adaptée qui peut engendrer l'infantilisation. (Cf Annexe 9 p90 à 92).

3.2.6. L'infantilisation des patients via l'institution

Thème	Entretien	Verbatim des professionnels de santé
L'infantilisation via institution	A	<p>« <i>Le rythme d'une institution aussi peut jouer dans le côté infantilisant la par contre plus du côté faire à la place de c'est-à-dire que, c'est-à-dire que euh bah cette personne elle est capable de manger mais elle est trop lente donc on va lui donner à manger alors qu'au final elle est capable de manger seule mais le rythme de l'institution fait qu'on va lui donner à manger</i> » (93-97)</p> <p>« <i>L'institution, la direction pardon demandait un tel rendement, donc en fait c'est là direction qui le plus, qui qui engendre le rythme de l'EHPAD et donc du coup l'infantilisation [...] La confiance aussi que tu peux avoir dans ta direction, parce que pareil moi ça m'ai déjà arrivé plusieurs fois qui est des soignants en réunion nous disent « avec cette personne je me sens infantilisante ou je me sens maltraitante »</i></p>

		<p><i>sauf que ça pour arriver à dire ça en réunion faut quand meme avoir une certaine confiance dans les gens avec qui tu travailles et ça je pense que ça peut jouer aussi parce que du coup de le dire en réunion ça permet de le travailler ensemble, ça permet de trouver des solutions et peut etre meme de l'éliminer alors que si t'as pas confiance dans les gens avec qui tu travailles bah peut etre que t'en parleras pas et peut etre que ça grossira comme ça super longtemps quoi donc ça je pense que ça, ça peut jouer et aussi » (105-113)</i></p>
	B	<p><i>« Donc en fait vraiment l'institution ça peut etre infantilisant ou au contraire ça peut être moteur pour moi faut vraiment que ce soit un projet et là l'ergo il a vraiment sa place pour euh pour être moteur là-dedans » (101-104)</i></p> <p><i>« On a beau être un ergo extra motivé si on a une hiérarchie qui n'est pas intéressée c'est mort » (147-148)</i></p>
	C	<p><i>« Dans mon EHPAD j'ai un institution qui est vraiment derrière moi et qui est très ouverte à la discussion donc euh je leur explique vraiment et ou je veux aller pareil j'explique aux équipes ce que c'est que ce n'est pas parce que on fait des jeux que ce n'est pas parce qu'on joue qu'on ne travaille pas euh et j'ai vraiment expliquer les objectifs qui avait derrière » (61-64)</i></p>
	D	<p><i>« Au niveau institutionnel aussi que notre service il est au 1^{er} étage et on a jardin thérapeutique au rez-de-chaussée et ça, ça été décidé par l'institution fin c'était pas en fait le projet de base c'était que le service soit au rez-de-chaussée attendant au jardin thérapeutique et en fait pour un gain de temps et d'argent ils ont mis le service au premier étage donc ça c'est hyper handicapant pour nous parce que quand j'ai un patient agité eh bah on est obligé de prendre l'ascenseur de traverser l'accueil pour aller au jardin thérapeutique donc euh c'est hyper angoissant comme chemin déjà euh le temps qu'on aille</i></p>

		<i>au jardin euh donc voilà c'est un problème institutionnel » (141-148)</i>
	E	<p><i>« Oui parce qu'après fin par rapport aux activités, si vraiment les activités ça passe vraiment aussi par tout le pôle animation, si toute les activités sont vraiment infantilisante, ça peut bah ça peut être perçu comme ça pour les résidents » (89-91)</i></p> <p><i>« On peut avoir des activités entre guillemets « imposées » » (93)</i></p> <p><i>« ça peut être vraiment infantilisant au niveau du repas par exemple pas laisser la personne, si elle met un peu trop de temps bah de donner à la place de bah c'est quand même infantilisant et ça peut être mal vécue par la personne déjà qui a la maladie elles peuvent plus, pour certaines plus communiquer donc elle peuvent pas dire bah stop je peux le faire toute seule donc euh y a ça et au niveau aussi de la toilette, faire à la place de ça peut être vraiment perçu bah comme euh une infantilisation ou qu'on choisisse des habits pour la personne ou qu'on, qu'on les lave tout simplement c'est assez dur je pense pour certaines personnes donc y a ça aussi » (159-166)</i></p>
	F	<i>« Pas montrer ce cadre-là d'institut de thérapeute de soigné » (63)</i>

Les ergothérapeutes s'accordent à dire que l'institution peut jouer un rôle dans l'infantilisation des patients, surtout par rapport au rythme de celle-ci et à l'intérêt que la hiérarchie porte au projet d'établissement. Beaucoup d'exemples sont donnés par les ergothérapeutes concernant les activités de toilettes, repas, habillage qui peuvent être infantilisantes par l'institution. En revanche l'ergothérapeute B et C nous parle d'une hiérarchie qui peut également être motrice de l'institution et ne pas engendrer l'infantilisation. (Cf Annexe 9 p 93 à 95).

3.2.7. L'infantilisation des patients via l'environnement

L'ergothérapeute A, C et F n'ont pas parlé de facteurs environnementaux car ils se recoupaient avec l'institution. Au contraire l'ergothérapeute B nous parle de l'accessibilité qui fait partie des facteurs environnementaux qui peuvent être infantilisant. Effectivement « *ça a beau être accessible [...] niveau architectural, la façon dont le mobilier est disposé dans la pièce peut empêcher les déplacements d'une personne* » (112-114 ; B), par exemple pour une personne qui un mauvais schéma corporel et qui est avancée dans la maladie. Ce que rejoint l'ergothérapeute E et D par rapport à la conception de l'établissement. Pour l'ergothérapeute D c'est seulement un couloir d'hôpital sombre qui est destiné à l'ergothérapie, selon elle cela peut jouer dans le mal être des patients et donc l'infantilisation. De plus l'ergothérapeute D et E s'accordent également à dire que les décorations peuvent jouer dans l'infantilisation des patients. L'ergothérapeute D ajoute qu'un projet de stickers très enfantin avait été lancé par son établissement et qu'elle préférerait avoir une vraie peinture. Dans l'idéal, l'ergothérapeute E préfère créer les décorations avec les résidents. (Cf Annexe 9 p 95-96).

3.2.8. L'infantilisation des patients via les patients

Les ergothérapeutes A, C, E et F s'accordent sur le fait que si le patient est avancé dans la pathologie on ne peut pas prévoir ses réactions, cela dépend du caractère des personnes. Malgré les explications pour stimuler les capacités cognitives ou musculaires à l'aide du jeu, ils ne voudront pas l'utiliser car c'est un jeu pour enfant et donc se sentent infantilisés. Ils affirment que l'on ne fait pas les mêmes activités en fonction du stade, par exemple l'ergothérapeute E nous parle de poupée empathique qui peuvent être utilisées pour canaliser certains patients avancés et pour d'autres cela va être étrange et infantilisant d'utiliser ses mêmes poupées.

Au contraire l'ergothérapeute D dit qu'elle peut utiliser des jeux un peu infantilisants mais comme les patients sont avancés dans la maladie ils sont dans un retour en enfance donc cela ne les infantilise pas. En revanche elle ajoute que s'ils « *se rendent compte de leur troubles, qui ne sont pas si âgés que ça ils se rendent compte que c'est vraiment des jeux basiques, pour eux c'est simple ça les mets en difficulté souvent en plus* » (62-64 ; D). L'ergothérapeute B ne parle pas de l'infantilisation via les patients (Cf Annexe 9 p 96 à 98).

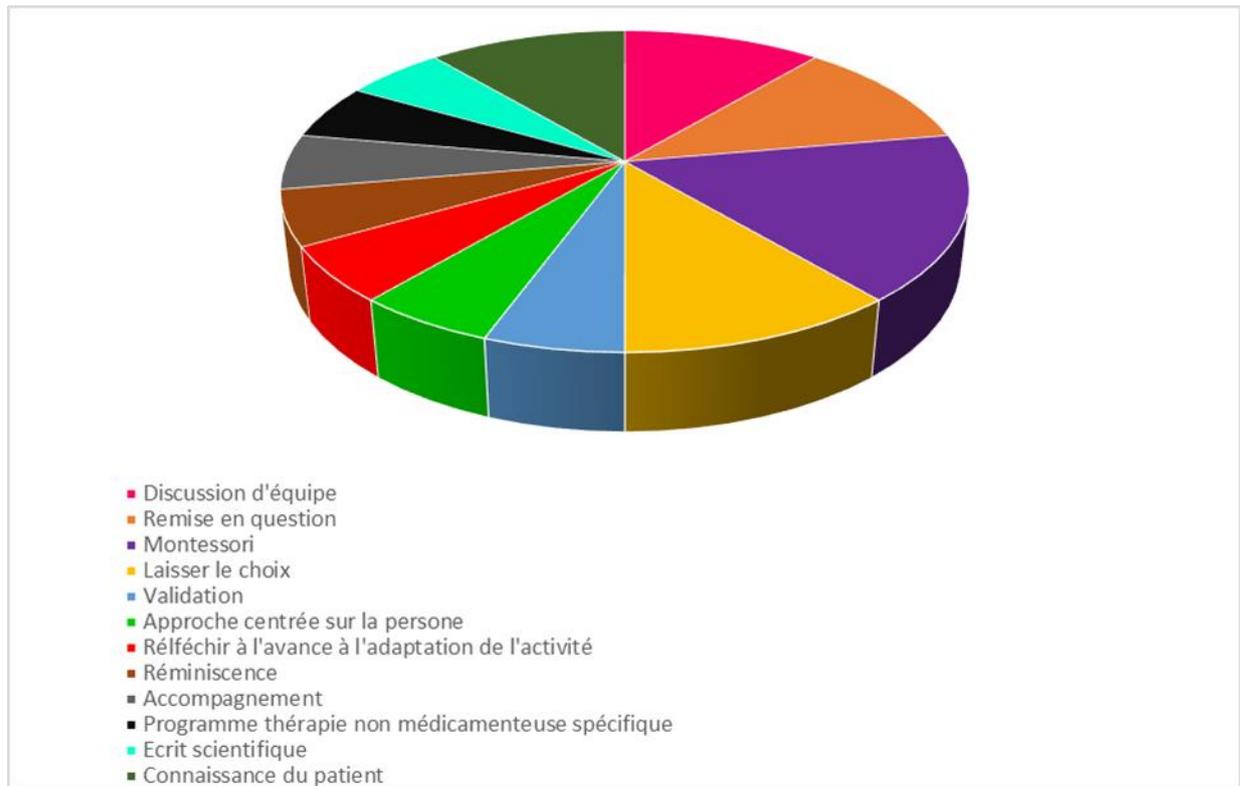
3.2.9. Techniques et modèles utilisés pour lutter contre l'infantilisation

Toutes les ergothérapeutes utilisent des techniques ou des modèles pour lutter contre l'infantilisation (Cf Diagramme 2)(Cf Annexe 9 p99 à103). L'ergothérapeute A nous parle de remise en question (Cf Diagramme 2 couleur : orange), de technique Montessori (Cf Diagramme 2 couleur : violet), de discussion d'équipe (Cf Diagramme 2 couleur : rose) et de s'appuyer sur les écrits scientifiques (Cf Diagramme 2 couleur : bleu ciel) pour trouver des arguments envers les autres soignants « *ce n'est pas moi qui te dis pour t'embêter c'est juste que ça a été prouvé que parler de telle manière a une personne ça peut déclencher des syndromes de glissements* » (31-33 ; A).

L'ergothérapeute E rejoint ces idées sur les réunions d'équipe et les remises en question pour pouvoir prendre du recul sur les situations. Elle ajoute également qu'il faut avoir une approche centrée sur la personne (qui comprend la connaissance du patient) pour pouvoir recueillir ce qui plait au patient et lui correspond tout en lui laissant le choix. Cette notion de choix est reprise par l'ergothérapeute C qui joint une thérapie non médicamenteuse spécifique à son établissement.

Les ergothérapeutes B et D rejoignent l'ergothérapeute A sur l'utilisation de la technique Montessori. L'ergothérapeute B y ajoute tout ce qui est réminiscence (Cf Diagramme 2 couleur : marron) quant à l'ergothérapeute D elle additionne à cela la validation (Cf Diagramme 2 couleur : bleu) et la réflexion en amont à l'adaptation de l'activité et la connaissance du résident.

L'ergothérapeute F parle d'une technique d'accompagnement (Cf Diagramme 2 couleur : gris) pour lutter contre l'infantilisation. En plus de tout cela les ergothérapeutes ont tous parlé de communication qui est également une technique mais qui est un thème à part entière.

Diagramme 2 : Techniques et modèles utilisés pour lutter contre l'infantilisation

4. Discussions des données

Cette étude qualitative a permis de faire ressortir les ressentis des ergothérapeutes sur l'infantilisation des patients. Dans un premier temps la discussion permet d'interpréter les données recueillies en lien avec les problématiques théoriques et pratiques puis d'apporter des éléments de réponse à l'objet de la recherche. Ensuite il sera question de faire une critique du dispositif de recherche ainsi que les apports, intérêts et limites de celle-ci pour la recherche professionnelle seront réalisés. De plus la transférabilité pour la pratique professionnelle sera abordée. Pour finir, de nouvelles perspectives de recherche seront envisagées.

4.1. L'interprétation des résultats en rapport avec les problématisations théoriques et pratiques

La recherche a commencé par l'intérêt du jeu et de l'engagement qu'il pouvait procurer aux patients dans les séances d'ergothérapie mais également l'infantilisation par ce même jeu.

L'enquête exploratoire nous a permis d'avoir certains éléments de réponses pour éviter l'infantilisation par le jeu mais a également fait émerger une problématique pratique concernant l'adaptation du jeu pour lutter contre ce phénomène. Ce qui amène à un cadre conceptuel et donc une nouvelle problématique théorique qui est :

A quel moment le cadre thérapeutique peut créer l'infantilisation lors de l'intervention ergothérapeutique autour du jeu en EHPAD ?

Il faut alors maintenant analyser et interpréter les résultats recueillis lors des six entretiens. Au regard de ces problématisations théoriques et pratiques, l'éthique de l'infantilisation des personnes âgées semble être au cœur des pratiques de soins. Ce questionnement est essentiel pour les professionnels lorsqu'ils se retrouvent dans des situations compliquées d'autant plus lorsqu'il s'agit de patients atteints de la Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Les résultats rapportent que les ergothérapeutes développent des postures thérapeutiques qui passent par l'écoute, l'accompagnement, la communication à hauteur et le vouvoiement en tant que signe de respect ce qui est confirmé par Michèle Dumont (43) « il est important de développer une stratégie de communication qui mette l'accent sur la créativité et la patiente »(43). Les ergothérapeutes stipulent qu'il faut trouver un équilibre entre laisser totalement le patient en autonomie et tout faire à sa place mais aussi toujours se souvenir que ce sont des personnes qui ont un vécu pour ne pas les infantiliser. En lien avec la posture, dans les entretiens la relation thérapeutique de confiance semble primordiale pour éviter l'infantilisation des patients ce qui est soutenu par la notion de regard positif inconditionnel de Carl Rogers (42). Les professionnels favorisent également les relations de pair à pair et d'échange ce qui est soutenu par Béatrice Simmonet-Guériau (40) qui définit la relation thérapeutique comme « construit avec le patient » (40).

Les ergothérapeutes ont aussi un rôle de communication au sein des équipes pour lutter contre l'infantilisation. Effectivement il est rapporté que c'est souvent l'ergothérapeute qui fait le lien entre les équipes institutionnelles et les intervenants extérieurs pour permettent une meilleure communication et moins d'infantilisation, une ergothérapeute stipule « *à mon sens il [l'ergothérapeute] a une bonne place de lien, un bon rôle dans ce lien entre les équipes externes et institutionnelles* ». De plus les ergothérapeutes ont la bonne volonté d'appliquer un cadre

thérapeutique pour informer et expliquer aux autres personnels soignants les impacts de l'infantilisation et la communication à adopter avec les personnes démentes. Effectivement une ergothérapeute nous informe qu'elle se base sur des écrits scientifiques pour faire comprendre les risques et les conséquences de cette infantilisation, ce qui permet une remise en question des thérapeutes pour permettre un cadre sécurisant pour les patients. Ce qui est confirmé par José Bleger (34) selon lequel le cadre thérapeutique doit remplir un rôle de pare excitation qui permet d'avoir un sentiment de sécurité et de protection.

Concernant l'adaptation du jeu les ergothérapeutes nous donnent des techniques et des exemples concrets, propre à chacun, ce qui montrent que toutes les adaptations sont réellement spécifiques aux patients alors qu'ils se rejoignent sur les termes de relation, posture, et communication qui sont des éléments du cadre thérapeutique.

Ensuite pour les ergothérapeutes interrogés, l'infantilisation est multifactorielle : environnement, patients, soignants et institution. L'infantilisation par l'environnement est de type décoratif, avec des stickers pour enfants ou alors des endroits de la structure où les patients ne peuvent pas se rendre à cause de l'architecture de celle-ci ce qui vient apporter une nouvelle forme d'infantilisation que nous n'avions pas étudié avant les entretiens. De plus une nouvelle forme d'infantilisation vient s'ajouter : l'infantilisation via les patients. Effectivement si les patients sont avancés dans la maladie on ne peut pas prévoir les réactions qu'ils peuvent avoir. Il est rapporté que si on utilise un jeu d'enfant même si les explications sont pertinentes les patients, en fonction du stade de la maladie, ne voudront pas l'utiliser car c'est un jeu pour enfant. En revanche une professionnelle utilise des jeux enfantin, adaptés ou non, pour certains patients qui sont dans un « retour en enfance » provoqués par l'avancement de la maladie. Dans ce cas-là les patients ne se sentent pas du tout infantilisés. Un autre type d'infantilisation relevé par les ergothérapeutes est réalisé directement par les soignants au biais de la communication c'est ce que confirme Sophie Laublin (29) qui décrit une forme d'infantilisation qui passe par la communication. Une nouvelle information vient s'ajouter par rapport au turn-over¹⁵ des soignants. En effet plusieurs ergothérapeutes rapportent que le changement des soignants régulier n'aide pas dans la stabilité du cadre thérapeutique. Les nouveaux soignants imitent le personnel soignant plus ancien qui parfois sont eux même infantilisans à cause du rythme de la structure. L'infantilisation la plus relevée par les ergothérapeutes reste celle faite par le rythme de l'institution (imposé par la hiérarchie) que ce soient les repas, les toilettes,

¹⁵ Turn- over : rotation de l'emploi

l'habillement, les soignants font à la place de la personne et sont alors en situation d'infantilisation. Ce qui est confirmé par Anne Sophie Pelletier qui dénonce le temps et la charge de travail en fonction du personnel soignant. Mais certains ergothérapeutes informent que leur institution est vraiment motrice pour le bien être des patients, qu'ils peuvent avoir des formations complémentaires tels que la technique Montessori ou la Validation ce qui permet une meilleure prise en soin des résidents.

Les ergothérapeutes ont néanmoins différentes ressources pour lutter contre cette infantilisation. Dans les entretiens lors de cette question concernant les modèles et techniques utilisés, les ergothérapeutes disaient ne pas en utiliser mais ils parlaient :

- De communication
- De la validation de Naomi Feil
- De la technique Montessori
- De discussion d'équipe
- De se remettre en question
- De réfléchir en amont à l'adaptation de l'activité
- De se centrer sur la personne,
- D'accompagnement
- De se baser sur des écrits scientifiques
- De laisser le choix aux patients
- De la connaissance des patients
- Utilisation de la réminiscence
- Utilisation de programme de thérapie non médicamenteuse spécifique à l'établissement

Ce sont toutes des techniques utilisées pour lutter contre l'infantilisation, sans même s'en rendre les comptes les ergothérapeutes les utilisent quotidiennement. On remarque également que les ergothérapeutes les utilisent souvent en combinaison ce qui permet d'avoir plus d'impact sur la limitation de l'infantilisation.

Effectivement Sophie Laublin (29) nous informe que les formes d'infantilisation sont diverses et couvrent un large champ de possibilités. Donc utiliser différentes techniques en combinaison semble pertinent pour lutter contre l'infantilisation. De plus les ergothérapeutes nous parlent de laisser le choix aux patients, ce qui parfois n'est pas permis par le rythme de l'institution ou le personnel soignant ce qui les met en situation d'infantilisation. Ce qui est contraire à la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de

dépendance « toute personnes âgées en situation de handicap et de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté et ses choix » (31). En effet si la personne n'est pas écoutée, considérée en fonction de ses choix elle se sentira infantilisée. La notion de choix semble donc importante.

4.2. Eléments de réponse à l'objet de recherche

Il est important de rappeler l'objet de la recherche qui est :

Déterminer les éléments du cadre thérapeutique qui tendent à infantiliser les patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans la mise en place de l'activité incluant le jeu en ergothérapie en EHPAD.

Au vue de l'interprétation des résultats, il semblerait que les éléments du cadre thérapeutique qui tendent à infantiliser les patients soient : les soignants, l'environnement, l'institution, la communication avec les patients, le fait de laisser le choix ou non. De plus certaines institutions s'intéresse aux rendements de la structure et préfère demander aux soignants de faire à la place de la personne, plutôt que de lui laisser le temps de faire seule de peur que cela prenne trop de temps. Mais d'un autre coté tous ces éléments peuvent être moteur lutter contre l'infantilisation. En effet si l'institution propose un projet et un cadre thérapeutique centrés sur la personne, les soignants pourront avoir des outils pour lutter contre l'infantilisation.

4.3. Discussions autour des résultats en lien avec les critiques du dispositif de recherche

Maintenant il s'agit de porter un regard critique sur le dispositif de cette recherche. Effectivement le dispositif comporte certains éléments qu'il faudrait améliorer :

- L'outil de cette méthode est l'entretien, qui est un outil complexe à maîtriser. De plus ce n'est pas une observation en milieu professionnel. L'interprétation des résultats est basée sur le discours des personnes et elles peuvent vouloir se montrer sous une facette

positive. Pour une nouvelle recherche il serait peut-être complémentaire d'utiliser la technique d'observation en milieu professionnel.

- Les entretiens n'ont hélas pas pu être réalisés en présentiel. Le contexte n'était donc pas forcément favorable à capter toutes les informations tel que le langage corporel et non verbal.
- La quantité d'entretiens est faible, certains éléments de réponses sont intéressants mais la recherche n'est pas arrivée à saturation des données.
- Le test de faisabilité sur une cohorte de deux personnes n'était pas assez représentatif et même si la cohorte test a répondu facilement aux questions certaines ergothérapeutes ont eu du mal à exprimer leurs idées en fonctions des questions. Il serait donc pertinent d'élargir le test de faisabilité.
- Certaines questions de relance n'ont pas toujours été posées. De plus qu'en restant focalisé sur la matrice théorique cela n'a pas permis d'être complètement attentif et à l'écoute du discours des ergothérapeutes.
- Concernant l'analyse thématique des résultats, il reste toujours une part de subjectivité dans le classement des morceaux d'entretiens (53). De plus le biais de confusion peut subvenir dans l'interprétation des liens entre les différentes variables. Ici le biais de confusion est limité car la cohorte des interviewés sont des femmes, en revanche c'est également la limite de la portée de l'étude.

4.4. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Cette recherche clinique auprès d'ergothérapeutes a pu rapporter des informations riches sur les facteurs qui peuvent infantiliser les patients en institution. Effectivement dès le début de la recherche un manque d'information sur l'infantilisation des patients fut évoqué, car on s'intéresse depuis peu à l'éthique des personnes âgées en établissement. Mais d'un autre côté les ergothérapeutes participant aux entretiens avaient plusieurs techniques pour lutter contre l'infantilisation sans forcément les nommées, ce qui montre la bienveillance des personnes

interrogées. Plusieurs ergothérapeutes ont relevé que cet entretien était enrichissant pour permettre de se remettre en question, en effet l'infantilisation est un sujet complexe qui se doit d'être pris dans sa globalité. L'intérêt est alors d'identifier quels sont facteurs qui peuvent être infantilisant pour ensuite les prévenir et les éviter.

Toutefois cette recherche comporte des limites. Effectivement la population étudiée n'est pas assez large pour permettre d'arriver à saturation des données. Au-delà de la recherche, l'objectif final de la prise en charge d'un ergothérapeute est de permettre l'autonomie de la personne âgée en EHPAD. Cette autonomie peut être entravée car d'autres facteurs non dépendant du cadre thérapeutique viennent interférer tout au long de la journée du résident. Un nouveau facteur est mis en lumière : la sensation du résident de ne pas avoir le choix. Cette notion de libre-choix devient après pondérant dans le concept d'autonomie. Mais on peut se demander quels sont les facteurs qui participent au sentiment de ne plus avoir le choix en EHPAD ?

4.5. Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Malgré le fait que la population ne soit pas représentative du plus grand nombre, il est important de voir une possible transférabilité pour la pratique professionnelle. Cette recherche propose des axes d'intervention et des techniques pour permettre d'éviter l'infantilisation des patients par le jeu, mais également dans sa globalité. Les ergothérapeutes peuvent toujours se questionner et avoir une introspection sur leur pratique dans le but de savoir si une personne se sent en confiance ou non, pour pouvoir l'accompagner au mieux. Les ergothérapeutes ont la particularité d'avoir une approche centrée sur la personne et sur ses occupations ce qui permet toujours de prendre du recul sur les situations dans le but de savoir ce qu'ils peuvent faire. De plus les questionnements éthiques concernant les personnes âgées sont est en train de se développer et de plus en plus les soignants s'intéresse à la maltraitance et à l'infantilisation. Cette recherche propose alors des caractéristiques de transférabilité pour la pratique professionnelle car elle cherche à comprendre ce qui peut infantiliser dans l'objectif d'anticiper de prévenir et d'éviter l'infantilisation. En effet un certain nombre de facteurs déterminants l'infantilisation ont été étudiés dans cette recherche. Cela constitue un potentiel guide préventif de lutte contre l'infantilisation avec les facteurs à éviter. Le lectorat pourrait trouver des éléments de prévention et s'établir son propre guide pour éviter l'infantilisation.

4.6. Perspective de recherche

La fin de cette recherche amène à certains questionnements et pourrait donc être continué. De ce fait des perspectives de recherche peuvent être envisagées à partir des résultats et également une ouverture vers une nouvelle question de recherche.

4.6.1. Perspectives de recherche à partir des résultats

Lors de la recherche les ergothérapeutes ont relevé qu'ils avaient une place nécessaire dans la communication avec les patients mais également avec les soignants pour les informer, former et accompagner. Ils ont également relevé la notion de choix des résidents. Mais cette notion est subjective ; au quotidien qu'est ce qui définit le sentiment de ne plus avoir le choix dans un EHPAD ? De ne plus être autonome ?

Dans un second temps les ergothérapeutes ont également spécifié que ces éléments qui infantilisent les patients peuvent être des facteurs luttant contre celle-ci. En effet si le cadre thérapeutique respecte l'autonomie du patient, le patient ne se sentira pas infantilisé. On peut alors se poser plusieurs questions : Quand est ce que les patients ont le sentiment de ne plus avoir le choix ? Est-ce que le rythme de l'institution respecte l'autonomie des patients ? Est-ce que la formation initiale des soignants ne nécessite pas une formation plus spécifique pour prendre en soin des personnes démentes ? Est-ce que tous les ergothérapeutes ont une place essentielle dans la communication avec les équipes du personnel soignant ?

4.6.2. Perspective d'ouverture vers une nouvelle question de recherche

De ces différentes questions et des résultats obtenus une nouvelle question de recherche peut apparaître :

Quels sont les éléments qui déterminent chez le résident le sentiment d'avoir le choix en
E.H.P.A.D ?

Bibliographie

1. CNRTL : Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales. Le jeu [En ligne]. Disponible sur : www.cnrtl.fr Consulté le 4 Mars 2019
2. Caillois R. Les jeux et les hommes : Le masque et le vertige. 5e édition. Paris. Gallimard ; 1958 : 302 p.
3. Ferland F. Le modèle ludique. 3^e édition. Montréal. Paramètres 1 ; 2003 : 213p.
4. Encycloaedia Universalis. L'engagement. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/encyclopedie-francaise>. Consulté le 8 Mars 2019
5. ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education [En ligne]. Disponible sur: <https://enothe.eu/ressources/> Consulté le 15 Mars 2019
6. OMS. La démence. 2019 [En Ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Consulté le 20 Mars 2019.
7. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Dossier d'information : La maladie d'Alzheimer. 2019 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>. Consulté le
8. Reisberg B, Ferris S, Leon M, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *AMJ Psychiatry* ; 1982 ; 139(9) : 1136-9.
9. OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Projet de plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025. 2017 [En ligne]. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-fr.pdf. Consulté le 20 Mai 2019
10. Gouvernement français. Le plan maladies neuro dégénératives 2014 - 2019. 2019 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>. Consulté le 20 Mai 2019
11. Alzheimer's disease international. L'impact global des démences. 2015. [En ligne] Disponible sur : www.alz.co.uk Consulté le 20 Mai 2019
12. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. La maladie d'Alzheimer 2019 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie> Consulté le 20 Mai 2019
13. France Alzheimer & Maladies Apparentées. La maladie d'Alzheimer. 2018 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/> Consulté le 20 Mai 2019
14. Roulet Schwab, Christen - Gueissaz D E. Prévention de la maltraitance des personnes âgées : Recherche-action réalisée dans quelques établissements médico-sociaux. *Ethique et santé*. 2006 ;3(Issue 3): 151-5.
15. Trouvé E. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques. Marseille : Solal ; 2009. 385 p.

16. Smallfield S. Supporting adults with alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders and their caregivers : effective occupational therapy interventions. American journal of Occupational Therapy. 2017; 71 (5) : 4p.
17. Villaumé A. Role de l'ergothérapeute en gériatrie. NPG : Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 2019;(19) 8p.
18. Guerayd C. ; Anaut M. ; Denormandie P. ;Bathsavanis A. ; Krolak P. Jeu et maladie d'alzheimer : le cadre ludique dans la prise en charge de la démence. EMPAN 2016 [En ligne]. Disponible sur : https://www.fondation-korian.com/sites/fondation/files/documents/fiche%20Alzheimer_Jeu_0.pdf. Consulté le 5 Mars 2019
19. Michon A. L'intervention auprès du patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Travail de crise et enjeux éthiques. In : Alzheimer, éthique et société. ERES. 2012. p. 231-242.
20. Ferland F. Chapitre 1 : Le jeu et l'enfant. In: Le modèle ludique. 3^e édition. Montréal. Paramètres 1 ; 2003 : 15-37.
21. P. Playbionic : game-based interventions to encourage patient engagement and performance in prosthetic motor rehabilitation. PMR. 2018; 9-10.
22. Pelletier A-S. EHPAD, une honte française. Paris : Plon ; 2019. 279 p.
23. GUEYRAUD C. Jeu et maladie d'Alzheimer pour une intervention psychosociale. Gérontologie et société. 2017;39(154).10p
24. Larger V. L'accompagnement des personnes âgées en établissement et à domicile. Balland. 2017. 241-260 p.
25. Jongsma ; Schweda K; M. Return to childhood ? Against the infantilization of people with dementia. 2018;32, (issue 7:8). 8p
26. OMS. La maltraitance des personnes âgées 2002 [En ligne].Disponible sur: https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/fr/ Consulté le 6 Avril 2020.
27. Berg N. La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société. Rev Med Brux. 2005;6. 7p
28. Thomas H. Perceptions et réactions des personnes âgées : aux comportements maltraitants : une enquête qualitative. Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale et Ministère des Solidarités de la santé et de la famille; 2005 ; 370 : 12p.
29. Laublin S. L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique. Martin Média. 2008;(256):34-36.
30. Compagnon C. ; Ghadi V. ; La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé; Etude sur la base de témoignages. Le collège de la Haute Autorité de Santé; 2009.
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Charte des droits et des libertés de la personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance. 2009.

32. Thomas H. Les vieillards en démocratie : des citoyens palliatifs. Seli Arslan. 2010;52-72.
33. Martin M. Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité : Du cadre analytique au pacte. De Boeck Supérieur. 2002 2001;(17):103-120.
34. Bleger J. Psychanalyse du cadre thérapeutique dans Crise, Rupture et dépassement. Paris : Dunod ;1979. 255-285 p.
35. Anzieu D. Les enveloppes psychiques : Inconscient et culture. 2^e Edition. Paris : Dunod. 2013. 32-34 p.
36. Bronstein C.A; Hacker L. Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de barrière contact. 2012; 76 : 778-796.
37. Lefèvre. 100% Winnicott. Paris. Eyrolles. 2011. 198 p.
38. Delourme A. La souplesse du cadre. Société française de Gestalt. 2003;(25):29-47.
39. WFOT. La relation thérapeutique [En ligne]. Disponible sur: www.wfot.org Consulté le 20 Avril 2020.
40. Simonnet-Guéréau B. Construire la relation en ergothérapie In: Etre ergothérapeute en psychiatrie. Trames : Eres. 2014. 193-220
41. Odier G. Carl Rogers, Etre vraiment soi-même. Paris : Eyrolles. 2012. 204p.
42. Rogers CR. L'approche centrée sur la personne. Suisse : Ambre. 2013. 544 p. (Edition originale The Carl Rogers Reader 1989).
43. Dumont M. Comment accompagner une personne atteinte d'Alzheimer. 4e édition. Coup d'oeil; 2017. 172 p.
44. OMS. Rapport européen sur la prévention de la maltraitance des aînés 2002 [En ligne]. Disponible sur: https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/fr/ Consulté le 20 Avril 2020.
45. Vandendoren B. Empowerment individuel et grand âge. Caisse nationale d'assurance vieillesse. 2019;41(159):213- 226.
46. Amyot, Villez J-JA. Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques. Paris : Dunod ; 2001. 216p.
47. Diebolt V. Misse C. Comprendre la recherche clinique et l'innovation à l'hôpital : Chapitre 1 : Les fondements de la recherche clinique. Paris : Dunod. 2014. 15-54.
48. Eymard C. Thuilier O. Vial M. Le travail de fin d'études : s'initier à la recherche en soins et santé. Rueil Malmaison : Lamarre. 2004. 151 p.
49. Albarello L. Apprendre à chercher. Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2012. 190 p.
50. République française. Loi Jardé. JORF n°0056 5 mars 2012.

51. Reuchlin M. La méthode clinique. In Les méthodes en psychologie. 12 édition. Paris : Presses Universitaires de France ; 2002. p. 99-118.
52. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2e édition. Armand Colin; 2015. 128 p.
53. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation des logiciels. In: Bilan et perspectives de la recherche qualitative. Luxembourg : Université du Luxembourg ; 2007. 30p.

AnnexesAnnexe 1 :**Tableau des résultats des banques de données**

<u>Total à partir des mots clefs</u>	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre
	BDSP	26	11	6
	PubMed	8	0	0
	Bip bop	4	0	0
	Science direct	581	235	84
	OT Now	26	19	7
	Psych info	63	2 inaccessible	0
	Google Scholar : articles scientifiques	297	156	5
	Cairn	88	32	0

Annexe 2 :

Sources	Niveau de scientificité	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
1. Ergothérapie et gériatrie	Littérature grise et professionnelle	Ergothérapie en gériatrie	Réflexions de professionnels	Gériatrie	Réflexions dans les situations médicales de soins	Sciences de l'occupation	Techniques et modèles de pratique pour les ergothérapeutes en gériatrie	Dimension spécifiques des personnes atteintes de démences
2. American Journal of Occupational Therapy. 71	+++	Supporting Adults With Alzheimer's Disease and Related Major Neurocognitive Disorders and Their Caregivers : effective Occupational Therapy Interventions	Prise en charge à domicile durée 10 séances	Maladie d'Alzheimer	Approche comportementale	- Sciences de l'occupation - Médecine	- Amélioration de l'autonomie du patient - Une diminution du fardeau de l'aidant	Est-ce qu'il utilise des jeux lors des séances à domicile ? Puisque l'intervention est à domicile, aurait-elle le même impact dans un autre lieu ?
3.	+++		Expérience	Personnes âgées.	Approche pratique et	- Sciences de	Prise en charge des	Quels types d'activités et
Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie Volume 19, Issue 109 (2019)		Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie	et réflexions de professionnels	Maladie d'Alzheimer Maladie de Parkinson	psychologique de la gériatrie	l'occupation - Médecine - Social	ergothérapeutes importantes auprès des personnes âgées et atteintes de maladie tel que Alzheimer ou Parkinson. Ils utilisent plusieurs moyens comme les activités et le jeu.	de jeux sont utilisés ? Est-ce que le jeu est un moyen efficace ?
4. L'intervention auprès des patients atteints de maladie d'Alzheimer	Littérature grise	Agnès michon		Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	Travail de crise et enjeux éthiques	- Ethique - Sociologie - Social	Questionnement éthique sur l'accompagnement des malades d'Alzheimer	Seulement de la littérature grise, pas de pratique on peut alors ce demandait dans la dimension de la pratique ?
5. Chapitre 1 : Le jeu et l'enfant - Modèle ludique – Francine Ferland	Littérature grise	Le jeu et l'enfant	Modèle ludique : le jeu	Pédiatrie	Le jeu processus naturel permettant de développer : capacités d'adaptation, d'interaction d'autonomie.	- Sciences de l'occupation - Psychologie - Pédagogie	L'enfant grâce au jeu développe ses habiletés, ses intérêts, ses attitudes.	Le modèle ludique est appliqué chez les enfants, est-il applicable à une autre population ?

Tableau récapitulatif de la revue de littérature

Tableau récapitulatif de la revue de littérature

					Approche holistique.			
6. PMR volume 10, Nov 2018	Article scientifique	Playbionic : game-based interventions to encourage patient engagement and performance in prosthetic motor rehabilitation	Essai contrôlé randomisé	14 patients avec une amputation traumatique transradiale ou transhumérale des membres supérieurs et 10 participants valides	2 groupes de patients et 1 groupe témoins. Les 2 groupes de patients ont reçu différentes interventions comparées entre elles et avec le groupe témoin non handicapé.	<ul style="list-style-type: none"> - Réhabilitation - Médecine - Psychologie - Science du jeu 	Les interventions basées sur le jeu constituent un complètement utile à la formation EMG standard et peuvent donner de meilleurs résultats en termes d'engagement et de plaisir.	Est-ce que le jeu favorise l'engagement ? Est-il possible d'étendre l'utilisation du jeu à d'autres populations ?
7. EHPAD une honte française	Littérature grise	Témoignage des personnes en EHPAD et des aidants naturels.	Expériences, témoignages et réflexions	Personnes âgées en EHPAD		<ul style="list-style-type: none"> - Sociologie - Psychologie 	Grande infantilisation et maltraitance dans les institutions	Les institutions qui ont un projet d'établissement pour lutter contre l'infantilisation ?
Sources		Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
8. Revue EMPAN, n°102, avril 2016	Article scientifique	La recherche LUDIM : Jeu et maladie d'Alzheimer le cadre ludique dans la prise en charge de la démence	Etude randomisée en simple aveugle de type « step wedge »	54 malades d'Alzheimer	Etude pilote : 6 EHPAD participants 4 mois d'étude 2 séances de jeu par semaine	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologie - Sociologie - Médecine - Science du jeu 	Le jeu permet une évolution du bien-être du résultat Le cadre ludique augmente la qualité de vie et les interactions sociale Le cadre ludique diminue les troubles du comportement des malades d'Alzheimer	Y a-t-il des patients qui ont été réfractaire à cette méthode ? Pour quelles raisons ?
9. Caisse nationale d'assurance vieillesse « Gérontologie et société » volume 39, 2017	Article scientifique	Jeu et maladie d'Alzheimer, pour une intervention psychosociale	Méthode qualitative	Groupe 6 à 12 patients atteint de la maladie d'Alzheimer en EHPAD.	Approche psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> - Médiation - Psychologie - Social - Sciences du jeu 	Différentes utilisations du jeu peuvent promouvoir des moments de résilience permettant de renforcer la qualité de vie des résidents.	En pratique ? bonne utilisation du jeu ?
10. L'accompagnement des	Littérature professionnelle et grise	Accompagnement des		Personnes âgées		<ul style="list-style-type: none"> - Médecine 	Relation, posture, cadre thérapeutique et	Ce n'est pas spécifique aux

personnes âgées en établissement et à domicile		personnes âgées				- Philosophie	communication nécessaire à l'accompagnement des personnes âgées	personnes démentes, alors on peut se demander dans cette dimension la ?
11. Bioethics , 2018	Article scientifique	Return to childhood? Against the infantilization of people with dementia .	Ethique et psychologie	Personnes atteintes de démences.		- Bioéthique - Psychologie - Sociologie - Médecine	Considération des personnes atteintes de démences comme retournant dans l'enfance donc utilisant des méthodes pour les enfants et risque d'infantilisation . Il ne faut pas considérer ces personnes comme des enfants.	Il y a des méthodes qui fonctionnent en utilisant le jeu et les activités « d'enfant » qui ne sont pas abordés dans cet article.

Annexe 3 :

Matrice du questionnaire

Variables étudiées	Indicateurs	Sous indicateurs	Items	Modalité de réponse	Objectif
Personne	Profession Situation	Diplôme Structure	1. Etes-vous ergo ? 2. Dans quel lieu exercer vous ?	Oui/non EHPAD/ESA/PAS A autres : (précisez).... Question ouverte	Vérifier que le questionnaire a été distribué à la population souhaitée Vérifier que le questionnaire s'adresse au public souhaité
Modèle Ludique et Engagement	Utilisation du modèle ludique		3. Quel méthode utilisez-vous pour favoriser l'engagement du patient dans vos interventions ? 4. Utilisez-vous un modèle ou une approche spécifique ?	Question ouverte Oui/non Question ouverte	Connaitre les méthodes utilisées pour favoriser l'engagement et savoir si le jeu ou le modèle ludique en font parti

			5. Si oui laquelle ? 6. Connaissez-vous le modèle ludique 7. Utilisez-vous le modèle ludique ? 8. Si oui, pour quels objectifs ?	Oui/non Oui/non Question ouverte	Savoir s'ils utilisent une méthode en particulier ? Savoir s'ils ont connaissances du modèle ludique S'ils l'utilisent et pour quels objectifs.
Jeu	Utilisation du jeu Utilité du jeu Type de jeu		9. Utilisez-vous le jeu avec les patients de démence quel que soit le stade la maladie ? 10. Avec quel(s) patient(s) ne jouez-vous pas ? 11. Pourquoi ? 12. Pour quels objectifs utilisez-vous le jeu comme moyen d'intervention ? 13. En quoi l'utilisation du jeu vous semble intéressante avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? 14. Est-ce que le jeu est accepté de tous les patients ? 15. Rencontrez-vous des refus ?	Oui / non Question ouverte Question ouverte Question ouverte Question ouverte Oui/non Oui/non Question ouverte Question ouverte	Savoir si le jeu est utilisé avec tous les patients de tous les stades de maladie. Savoir dans quel but le jeu est utilisé Connaitre le point de vue de l'ergothérapeute Connaitre la réceptivité des patients aux jeux, et les raisons pour lesquels il le refuse.

			<p>16. Si oui, quels sont selon vous les motifs ?</p> <p>17. Si non, selon vous quelle en est la raison ?</p>		
Infantilisation			<p>18. Pensez-vous que le jeu est infantilisant pour les patients ?</p> <p>19. Si oui, pourquoi ?</p> <p>19. Si non pourquoi ?</p> <p>21. Comment faites-vous pour lutter contre l'infantilisation des patients ?</p>	<p>Oui/non/autres : précisez</p> <p>Question ouverte</p> <p>Question ouverte</p> <p>Question ouverte</p>	<p>Quantifier la proportion de personne qui considère le jeu comme infantilisant</p> <p>Connaitre les raisons de cette infantilisation ou non.</p> <p>Connaitre les moyens ou techniques utilisé pour lutter contre l'infantilisation</p>
Hors thématique			<p>19. Avez-vous des remarques ou commentaires complémentaires sur cette thématique ?</p>	<p>Question ouverte</p>	<p>Cette question sert à toutes les remarques que les ergothérapeutes auraient pu avoir lors de ce questionnaire</p>

Annexe 4 : Lettre d'accompagnement au questionnaire

Bonjour,

Actuellement étudiante en 3^e année d'ergothérapie, je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'utilisation du jeu en ergothérapie et l'engagement des patients concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentés.

Ce questionnaire s'adresse à tous les ergothérapeutes travaillant en EHPAD ou en ESA auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentés quel que soit leur stade de maladie.

Pour de plus amples informations, vous pouvez me joindre par mail à l'adresse suivante :

XXXX

Je vous remercie par avance pour vos réponses.

Cordialement

Annexe 5 : Questionnaire

Etes vous ergothérapeute diplômé d'Etat ? *

- Oui
- Non

Dans quel lieu exercez vous ? *

- E.H.P.A.D : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- E.S.A : Equipe spécialisée Alzheimer
- P.A.S.A : Pôles d'activités et de soins adaptés
- Autre...

Quel(s) méthode(s) utilisez vous pour favoriser l'engagement du patient dans vos interventions ? *

Réponse longue

.....

Utilisez vous un modèle ou une approche spécifique ? *

- Oui
- Non

Si oui, lequel/laquelle ?

Réponse courte

.....

Connaissez vous le modèle ludique ? *

- Oui
- Non

Utilisez vous le modèle ludique ? *

- Oui
- Non

Autre...

Si oui, pour quels objectifs l'utilisez vous ?

Réponse longue

Utilisez vous le jeu avec les patients atteints de démence quelque soit le stade de la maladie ? *

Oui

Non

Avec quel(s) patient(s) ne jouez vous pas ? *

Réponse longue

Pourquoi ? *

Réponse longue

Pour quels objectifs utilisez vous le jeu comme moyen d'intervention ? *

Réponse longue

En quoi l'utilisation du jeu vous semble intéressante pour les personnes atteintes de démences ? *

Réponse longue

Est ce que le jeu est accepté de tous les patients ? *

Oui

Non

Rencontrez vous des refus ? *

Oui

Non

Si oui, quels sont selon vous les motifs de refus ?

Réponse longue

Si non, selon vous quelle en est la raison ?

Réponse longue

Pensez vous que le jeu puisse être infantilisant pour les patients ? *

- Oui
- Non
- Autre...

Si non, pourquoi ?

Réponse longue

Si oui, pourquoi ?

Réponse longue

Comment faites-vous pour lutter contre l'infantilisation des patients ? *

Réponse longue

Avez vous des remarques ou commentaires complémentaires sur cette thématique ?

Réponse longue

Annexe 6 : Réponses au questionnaire

Etes vous ergothérapeute diplômé d'Etat ? *

- () Oui
- () Non

Dans quel lieu exercez vous ? *

- () E.H.P.A.D : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- () E.S.A : Equipe spécialisée Alzheimer
- () P.A.S.A : Pôles d'activités et de soins adaptés
- () Autre :

Quel(s) méthode(s) utilisez vous pour favoriser l'engagement du patient dans vos interventions ? * Favoriser le libre choix de la personne quant aux supports de jeux utilisés, lui proposer de nous initier à certains jeux que nous ne connaissons pas...

Utilisez vous un modèle ou une approche spécifique ? *

- () Oui
- () Non

Si oui, lequel/laquelle ? Une partie du MCRO

Connaissez vous le modèle ludique ? *

- () Oui
- () Non

Utilisez vous le modèle ludique ? *

- () Oui
- () Non
- () Autre :

Si oui, pour quels objectifs l'utilisez vous ?

Utilisez vous le jeu avec les patients atteints de démence quelque soit le stade de la maladie ? *

- () Oui
- () Non

Avec quel(s) patient(s) ne jouez vous pas ? *

Pourquoi ? * Personnes qui sont dans le refus du jeu/ Personnes dont les troubles cognitifs ne permettent plus le jeu malgré des supports adaptés

Pour quels objectifs utilisez vous le jeu comme moyen d'intervention ? *

Stimulation cognitive : travail attentionnel, mnésique, organisation, planification, flexibilité mentale/ double tâche, praxies...

En quoi l'utilisation du jeu vous semble intéressante pour les personnes atteintes de démences ? * Stimulation cognitive, motrice, sensorielle

Rencontrez vous des refus ? *

- Oui**
- Non

Si oui, quels sont selon vous les motifs de refus ?

Motif générationnel/ Lien avec les troubles : dépression, apathie.../ Goûts personnels de la personne que l'on accompagne

Si non, selon vous quelle en est la raison ?**Pensez vous que le jeu puisse être infantilisant pour les patients ? ***

Certaines personnes peuvent le ressentir ainsi, à nous de nous adapter à eux et d'adapter le support proposé

- Oui
- Non
- Autre :

Si non, pourquoi ?

Si oui, pourquoi ?

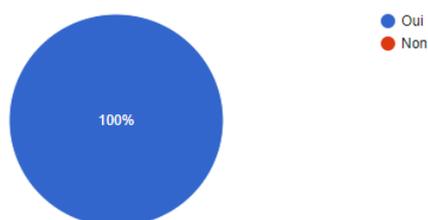
Comment faites-vous pour lutter contre l'infantilisation des patients ? *

Adaptation, individualisation des supports

Avez vous des remarques ou commentaires complémentaires sur cette thématique ?

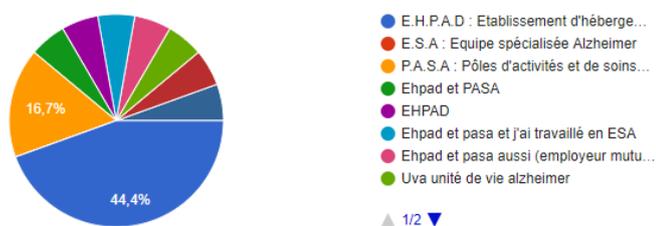
Etes vous ergothérapeute diplômé d'Etat ?

18 réponses



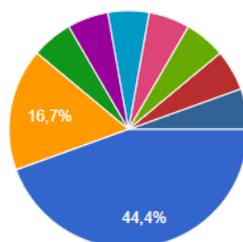
Dans quel lieu exercez vous ?

18 réponses



Dans quel lieu exercez vous ?

18 réponses



- SSR accueil de patients déments qui ont une atteinte physique suite aux chutes.
- Ehpad avec unité "spécialisée"/fermée et ehpad avec pasa

▲ 2/2 ▼

Quel(s) méthode(s) utilisez vous pour favoriser l'engagement du patient dans vos interventions ?

18 réponses

L'humour, activité signifiante et significative, l'écoute et une approche adaptée à la personne accueillie

Pas de méthode spécifique

- pas de méthode en particulier, une présentation en amont et la mise en place d'un climat de confiance en amont

La dynamique de groupe, l'investissement d'un rôle, la valorisation par renforcement positif, authenticité et justesse dans les rapports humains, ...

Le jeu

Connaissance du résident

Je me base surtout sur la mise en place d'alliance thérapeutique forte. Le relationnel me permet d'avoir les personnes en séances.

1/ des évaluations globales adaptées

2/ une posture thérapeutique adaptée et personnalisée

3/ des activités le plus signifiantes que possible pour chaque patient/résident

validation therapy

Le rendre acteur de l'atelier, lui proposer des choses déjà connues individuellement et lui faire présenter en groupe. Utiliser des techniques pertinentes par rapport à son expérience de vie, qui lui donneront l'occasion de retrouver de l'activité significative

Trouver une activité valorisante et qui ait un intérêt (histoire de vie, loisirs antérieurs à l'entrée en ehpad, résultat pour certains résidents, objectifs : ce peut être simplement passer un bon moment ou passer le temps pour certains), régularité pour faciliter les repères, pas d'obligation de venir ou de participer (peuvent juste regarder)

Activités signifiantes

Je ne comprends pas le terme de "méthode".

Pour favoriser l'engagement du patient je me sers de la relation thérapeutique et de l'histoire de vie du résident.

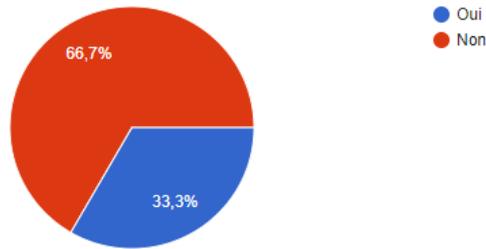
C'est l'histoire de vie du résident et ses centres d'intérêt qui vont me permettre de choisir le média de mon intervention. C'est le média qui déterminera l'engagement du patient. A savoir si l'activité choisie est signifiante et/ou significative.

Approche relationnelle, jeux ciblés et simplicité dans les consignes. Valorisation +++

encourager, féliciter les réussites, dédramatiser les difficultés, ne pas infantiliser, garder le sourire, adapter la communication à chacun, faire le lien entre l'activité et leur vie passée...

Utilisez vous un modèle ou une approche spécifique ?

18 réponses



Si oui, lequel/laquelle ?

6 réponses

Interactif + moh

Modele ludique

Interactif

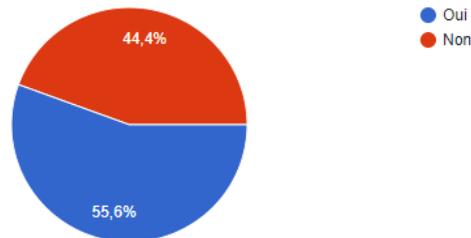
Ppg

modèle holistique

Humanitude

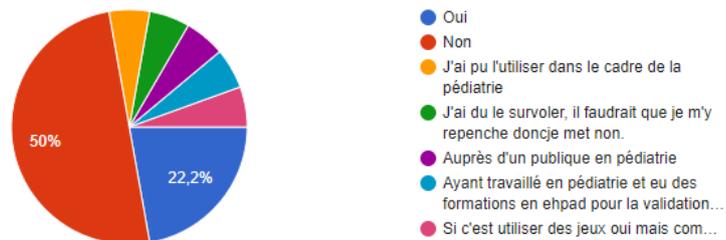
Connaissez vous le modèle ludique ?

18 réponses



Utilisez vous le modèle ludique ?

18 réponses



Si oui, pour quels objectifs l'utilisez vous ?

5 réponses

Adhésion facile des patients à l'exercice donné

Pour que l'activité soit plus sympathique par les patients
Pour favoriser la participation des patients

Cognitif et interactif

Tous les objectifs ! Je passe systématiquement par le jeu, les histoires, les mises en scènes etc. Mais auprès des personnes âgées c'est plus compliqué car il n'y a pas vraiment de supports adaptés (dans le jeu sans être infantilisant)

Je l'utilise dans la prise en soins des troubles du comportement essentiellement.

Les objectifs sont, en fonction de l'origine du trouble du comportement:

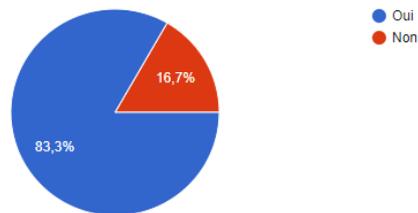
- diversion (détourner l'attention de la source d'anxiété)
- sentiment d'appartenance à un groupe
- revalorisation narcissique
- renforcer le sentiment d'utilité
- permettre une décharge psychomotrice
- se recentrer sur soi (stimulation sensorielle)
- limiter la sensation de douleur

Je l'utilise aussi dans la prise en soins des troubles de la marche et de l'équilibre avec les objectifs suivant :

- récupération des schémas de transferts et marche
- renforcement des réflexes parachutes
- renforcement musculaire global

Utilisez vous le jeu avec les patients atteints de démence quelque soit le stade de la maladie ?

18 réponses



Avec quel(s) patient(s) ne jouez vous pas ?

18 réponses

Ceux qui ne sont pas réceptifs

Atteintes trop avancées, personnes qui n'aiment pas les jeux

Les stades très avancés, lorsqu'il n'y a que très peu de capacités motrices, des moyens de communication trop faibles

Aucun.

Stade 4

Ce qu'ils ne veulent pas

S'ils refusent

Résident devenu trop dépendant...quoique sûrement faisable, en individuel.

Aucun

Quand il y a trop de démence faire des jeux traditionnels qui leur parlent est beaucoup trop compliqué au niveau de la compréhension.

Ceux dont les capacités cognitives sont temps altérées (troubles instrumentaux et exécutifs majeurs) et dont les troubles psycho comportementaux sont un frein majeur

1. On ne joue pas, on travaille, on stimule les fonctions restantes pour le maintien des capacités. On essaie de maintenir un échange humain avec les patients en derniers stades, quand les patients sont grabataires.

Les patients qui ne sont pas réceptifs au jeu, qui ne comprennent pas suffisamment les consignes pour les inclure dans un groupe.

Les personnes en stade très avancé et pour lesquelles le contact est plutôt sensoriel et sensitif, celles qui ont du mal à être en groupe ou à rester (certaines déambulant quand même autour de nous et pouvant venir regarder. Pas assez de temps pour faire de l'individuel et comme le jeu en ergo est (trop) souvent à justifier en pédiatrie, en gériatrie c'est tous les jours : c'est un travail d'animateur ou d'assistante formée, l'ergo pourrait plutôt s'occuper de réparer les fauteuils ou monter/descendre les matelas... un long travail pour montrer la possibilité d'évaluation et de progression par le jeu)

Apathiques,

Les patients en fin de vie

Les résidents dits grabataire (fin de vie) ou en syndrome de glissement

personnes non-communicantes et/ou grabataires et/ou avec déficience sensorielle importante

Pourquoi ?

18 réponses

Avoir leur adhésion

Compréhension et interaction non possibles, non adhésion, refus

La compréhension est trop faible, il n'y a plus d'intérêt pour le patient et les objectifs de maintien des capacités n'ont plus de sens. Pour ces personnes, nous plus tournés vers le confort et les activités de bien-être.

Toute activité est adaptable selon les capacités de chacun.

Trop de troubles dans tous les domaines

Je ne force pas les patients à participer à une activité je leur laisse toujours le choix

Je laisse le libre choix

L'échange est devenu trop compliqué...après tout dépend sûrement du type de jeu et du type de séance proposée.

On peut jouer avec tout le monde, il suffit s'adapter

Difficulté de compréhension de concentration de mémoire de travail et parfois de motricité. En ehpad il faut vraiment partir d'un niveau de difficulté très bas.

Non adhésion, possible mise en echec, risque de majoration des troubles

Les patients en derniers stades, ne comprennent plus les questions, le manque du mot est trop important. Il ont besoin d'être réassurés , accompagnés

Car ils se mettent en échec, mettent une halte au jeu, pouvant altérer l'attention des autres participants du moment et perdre l'élan acquis voire la dynamique de groupe. Ceci pouvant parfois amener à l'arrêt de l'activité.

Répondu plus haut

Perte de l'élan vital, jeux réalisés en groupe inadapté en début de prise en soin

L'objectif principal de mon intervention pour un patient en fin de vie est de lui apporter le plus de confort possible. Je privilégie une relation "directe" passant beaucoup par le corps et l'expression corporelle. J'essaye de déterminer les besoins exprimés par la personne et d'y répondre et je n'ai jamais perçu qu'une personne en fin de vie ressent le besoin de jouer.

Malheureusement je suis qu'à 50% et entre gestion du matériel, prap-2s et évaluations d'entrée, je cible mes prises en charge residents selon les obj du PVI

J'essaye de faire participer le maximum de résidents en adaptant le jeu à chacun dans la mesure du possible mais c'est très compliqué d'inclure certaines personnes pour certains types de jeu (personne non-voyante pour jeu d'observation, personne grabataire pour jeu de ballon, etc)

Pour quels objectifs utilisez vous le jeu comme moyen d'intervention ?

18 réponses

Détourner le but premier, enlever le sens de "travail"

Solliciter les capacités cognitives (langage, mémoires, logique, flexibilité, ...), renforcer les liens sociaux, atténuer les troubles du comportement, canaliser et détourner les angoisses , apporter un temps de plaisir et de détente

- maintien de capacités motrices et cognitives
- favoriser la communication
- favoriser l'autonomie dans les AVQ

Dans le cadre notamment du déni, il est une médiation intéressante pour transmettre des informations de façon adaptée au comportement et à la capacité d'acceptation de la personne.

Sinon stimuler les capacités cognitives (Fexecutives comme mémoire sémantique, de travail, ...), coordination, dextérité, favoriser les liens sociaux, ... tout dépend du jeu et des incapacités de la personne

Maitien d'attention auditive et visuelle, exercice de concentration, fluence verbale, raisonnement, fonction exécutive, calcul

Même question que plus haut

Travailler les praxies. Mémorisation. Sociabilité. Tolérance. Le cognitif aussi lors de calcul.. Jeu de de

Préserver / Stimuler les capacités. Créer du lien. Stimuler la communication. Trouver un outil de communication pour les familles. Valoriser l'estime de soi. Prendre plaisir.

Stimulations cognitive

J'utilise quand même parfois le jeu comme motivation ou en séance cognitive mais je ne peux pas l'utiliser systématiquement.

Stimulation cognitive, réminiscence, revalorisation narcissique, orientation TS, stimulation sensori-motrice...

ça dépend du bilan , des fonctions touchées et des objectifs, du lieu d'intervention

Le jeu peut être utilisé pour n'importe quel objectif pour peu que l'ergo ait assez d'imagination, et que l'analyse d'activité retrace cet intérêt par rapport au jeu.

Temps ensemble, stimulation cognitive, motrice, souvenirs, mémoire de travail, maintien des capacités de calcul écriture mémoire de travail culture générale information/échange sur les actualités, passe temps et mise en place de loisirs (certains vont jouer au scrabble ou autre seuls ensuite), repères dans le temps et l'espace par la définition du lieu, des soignants et du moment, lien aux autres unités quand on est en jeux extérieurs ou organise des tournois de pétanque

Socialisation, stimulation sensitivomotrice

Le jeu n'est qu'une façon de présenter le média/l'activité. Il peut être utilisé pour atteindre n'importe quel objectif.

Au quotidien, je l'utilise avec les objectifs suivants :

- prise en soins du syndrome de désadaptation psychomotrice
- maintien des capacités physiques résiduelles
- adaptation de la communication (verbale/non verbale)
- prise en soins des troubles du comportement
- formation des soignants

Rééducation et readaptation des capacités surtout, resocialisation et valorisation

stimulation des capacités cognitives, créer du lien social, motricité, plaisir

En quoi l'utilisation du jeu vous semble intéressante pour les personnes atteintes de démences ?

18 réponses

Permet de faire adhérer des personnes anosognosiques ou qui se braquent face à la mise à l'échec

Pour l'aspect ludique de la sollicitation cognitive

- c'est un moyen ludique qui permet de maintenir leur attention tout en leur permettant de passer un agréable moment

Comme dit précédemment : le jeu est un support de communication, un moyen d'aboutir à nos fins de thérapeute.

Ne se rendent pas compte que c'est un exercice et prennent plus de plaisir

Le jeu en groupe permet de stimuler, cela met une bonne ambiance au sein des résidents

Mémorisation des règles et sociabilisation. Interaction avec enfants de primaire

Accès à tous à partir du moment où il est bien choisi. Possibilité de suivre le résident dans "son" jeu sans échec.

Parce que s'est ludique

Je pense que l'approche ludique est très intéressante et montre des résultats super quand on trouve les bons supports.

Ce sont des activités qui prennent sens!

De manière empirique il me semble que les capacités cognitives, motrices et l'imprégnation mnésique s'améliorent plus en utilisant le jeu (et les avq) qu'avec des ateliers analytiques.

L'utilisation d'un médiateur type jeu (société, vidéo, activités manuelles) est la base de notre métier. On s'adapte aux goûts des patients. Ce qui peut paraître pour un jeu chez l'autre ne l'est pas chez une autre.

C'est un principe qui reste relativement simple, grand pourvoyeur de pairémulation, le jeu par imitation/geste miroir, et les personnes sont très contentes en général et passent un bon moment.

Facile d'accès, vaste choix et tout le monde a un jour joué même si c'était il y a longtemps...

Ensemble des jeux permettent les interactions entre les membres, selon le jeu permet la stimulation des fonctions résiduelles

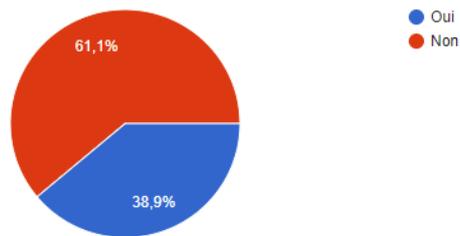
Le jeu permet de ne pas confronter la personne à ses difficultés ou a sa maladie.

Facile a adapter selon les capacités et le niveau de realisation, j'évite la mise en echec / estime de soi.

travailler les fonctions cognitives de façon ludique

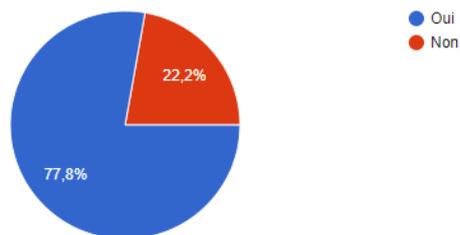
Est ce que le jeu est accepté de tous les patients ?

18 réponses



Rencontrez vous des refus ?

18 réponses



Si oui, quels sont selon vous les motifs de refus ?

15 réponses

Des personnes n'aimant pas les jeux

Certains n'ont jamais joué (générationnel ? Individuel?), certains ont peur d'échouer

Je n'ai pas envie de jouer ou je n'aime pas le jeu
C'est pour les enfants
C'est trop compliqué pour moi

Agressivité principalement et la mise en confiance

Échec.

Personnes n'ayant pas l'habitude de jouer, ne comprenant pas ce que l'on attend d'eux face au jeu...mais avec un peu de temps, sans insistance, ils se prennent au...jeu !

Pas envie à ce moment là

Infantilisant ou trop compliqué.

Le jeu ne correspond pas aux habitudes de vie antérieures... mais généralement on trouve tjrs un support bien accepté.

l'incompréhension des objectifs. On a plus de refus sur des activités qui n'ont pas de sens pour la personne (type anneau de rideau) que pour des jeux qui les occupe et les intéressent. Selon les générations le "jeu" est plus ou moins bien accepté. Attention à l'échec.

Fatigue, ou des personnes qui ne trouvent pas cela de leur âge.

Fatigue, ne fait pas parti des habitudes de vie de la personne

Je peux rencontrer des refus lorsque je présente l'activité comme un "jeu", les résidents peuvent se sentir infantilisés par ce terme, il suffit alors d'employer un autre terme et ils acceptent de participer à l'activité.

Pas envie ou fatigué...tout depend aussi si un événement les a perturbé surtout dans le secteur protégé...les troubles du comportement font qu'ils s'enervent entre eux...

peur (assumée ou non)de ne pas y arriver, apathie, fatigue, préoccupations, pas attiré par tel ou tel jeu

Si non, selon vous quelle en est la raison ?

4 réponses

Generalement, si refus il y a, c'est que l'activité ne convient pas :

- aux goûts de la personne,
- a ses capacités,
- ou aux interactions qui sont trop abruptes avec les autres.

L'ergothérapeute peut régler le pb très aisément en collant aux goûts, en adaptant l'activité, et en étant vigilant à faire un groupe homogène, sinon DES groupes pour repartir les personnes selon les interactions.

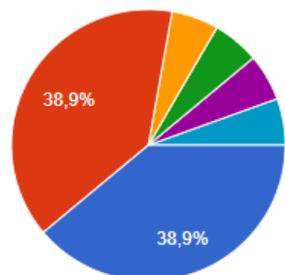
Il faut bien l'amener pour pas que ce soit trop infantilisant

Moment de détente, apaisement apprécié. Tout le monde aime jouer.

Réflexion en amont sur les objectifs, jeux choisis et personnes conviées. Quand ouvert à tous les gens évoquent plus un souhait d'être tranquille (et parfois une crainte d'échouer qui passe avec les jeux d'équipe ou quand on perd nous aussi)

Pensez vous que le jeu puisse être infantilisant pour les patients ?

18 réponses



- Oui
- Non
- Si le bilan effectué en amont et la connaissance de la personne sont bie...
- Pour moi non, même si certains patients peuvent le ressentir comme tel et nou...
- Cela dépend de la manière de l'utiliser et des objectifs, d'où la bataille pour ju...
- Cela va dépendre du jeu choisi et de la perception qu'en a la personne

Si non, pourquoi ?

7 réponses

Il faut adapter le jeu aux personnes accueillies

Le plaisir n'a pas d'âge

Tout est affaire d'adaptation encore une fois

Cela fait partie des activités

Il n'y a pas d'âge pour jouer !! Il faut trouver le bon jeu, qui apporte du plaisir. C'est l'essentiel. " l'Homme ne cesse de jouer quand il devient vieux, il devient vieux quand il cesse de jouer " c'est nous qui avons peur de l'infantilisation.

Il faut choisir les bons supports. Voir même les fabriquer.
A mon sens il faut éviter les supports pour enfants. On peut adapter les règles ou les supports de jeux d'adultes pour se mettre au niveau des participants et répondre aux objectifs thérapeutiques

A nous de cibler l'action, que le jeu ou activité soit significative selon nos obj

Si oui, pourquoi ?

8 réponses

A noter que mettre une petite gommette sur l'âge apparaissant sur les boites de jeu permet de dissiper toute confusion.

Selon l'approche qu'on lui apporte en fonction de celui qui le fait.

En fonction du jeu proposé cela peut-être infantilisant. Il faut faire des jeux adaptés

Si il n'est pas adapté

Il faut faire très attention car c'est un public qui est déjà dans une situation très asymétrique. Si en plus on leur donne l'impression de refaire des jeux d'enfants c'est très compliqué. Mais les jeux d'adultes deviennent trop compliqués pour eux d'un point de vue cognitif.

selon le jeu choisi (dessin d'enfant, coloriage enfant, jeu de maternelle). La façon de le présenter et de parler aux patients.

Le jeu peut être infantilisant pour certains patients notamment lorsqu'il est présenté en groupe et qu'il ne peut pas être adapté à la personne.

si le support fait trop "bébé" ou si l'on s'adresse aux résidents de manière inappropriée

Comment faites-vous pour lutter contre l'infantilisation des patients ?

18 réponses

Avoir un cadre thérapeutique et des activités adaptées aux personnes recueillies

Le choix du jeu est capital
L'approche et le relationnel autour du jeu aussi

Pour certaines personnes, nous passons par des activités papier crayons ou des jeux sur la tablette. Le tout est d'adapter le support

La façon d'exprimer les consignes, en expliquant l'intérêt de l'activité, en jouant avec eux ! ...

Essaie de trouver des exercices adaptés à l'adulte même si au départ ils sont destinés à des enfants

Je fais des jeux adaptés en expliquant les objectifs

Choix des jeux et des paroles

En essayant d'avoir les bons choix de jeux. J'évite les jeux en plastique hyper colore.

Je suis attentive à ce que je propose j'adapte

C'est très difficile quand on veut faire des jeux tout en ne les mettant pas en difficulté d'un point de vue cognitif !!!

Supports adaptés, posture adaptée

on les considère comme des adultes et on explique les objectifs.

Parfois je ne donne aucune consigne et commence à jouer seul. En général les personnes intéressées viennent voir, en j'en profite pour inclure d'autres personnes ensuite.

Adapter les jeux pr enfants, utiliser des jeux d'adulte quitte à simplifier si besoin, adapter les supports et surtout faire attention à la façon d'être et de parler aux patients

Choix de jeu adapté et mise en place du cadre thérapeutique

J'adapte mon vocabulaire et je laisse les résidents définir leurs règles. Je peux en proposer mais je n'impose que les règles de sécurité

J'argumente sur les objectifs recherchés et sur les capacités que cet exercice fait travailler+les bienfaits de leur consacrer ce temps (jeu=convivialité)

je m'adresse à eux de manière respectueuse, je leur propose des activités adaptées à leurs capacités pour qu'ils ne se retrouvent pas en situation d'échec et qu'ils se sentent valorisés, j'évite les supports enfantins (exemple: un loto des animaux sous forme de photo est mieux que sous forme de dessin)

Avez vous des remarques ou commentaires complémentaires sur cette thématique ?

10 réponses

L'analyse préalable d'un support est indispensable pour savoir mes facultés exigées et travaillées
Les capacités résiduelles sont multipliées par le plaisir de jouer et par l'effet de groupe

Bon thème de mémoire, je serais intéressée de le lire. Si vous avez besoin de plus d'infos n'hésitez pas

Tu aurais pu demander quels jeux sont proposés aux patients
Et à quelle fréquence on utilise le jeu avec les patients

Le jeu, il faut foncer ! C'est ultra chouette 😊 j'adore ! A chaque fois que j'ai testé j'ai été surprise par des comportements, des paroles. Il y a tellement de supports et de façons de faire que chacun y trouve son compte. Les possibilités sont infinies.

Étude ludim si tu ne connais pas encore pourrai t'intéresser. Cédric Gueyraud. FM2J à Lyon.

Je serais vraiment très très très intéressée de lire ton mémoire ou même juste ton cadre conceptuel ! Je suis une grande fan de l'approche ludique et trouver des pistes pour le mettre en place auprès de mes patients âgés ça me débloquera un peu de la situation actuelle.

C'est un bon sujet, des études normalisées seraient à mon sens très intéressantes et parlantes quand aux surprenants résultats obtenus à tous points de vues pour les patients alz

Attention au questionnaire et au vocabulaire employé. Désolé (sans être méchante) mais tes questions peuvent porter préjudice à ton mémoire et à la profession. On a l'impression d'avoir quelqu'un qui ne connaît pas le métier, c'est des questions que peuvent poser des patients, des familles ou des professionnels qui jugent sans comprendre. On parle d'objectifs avant les moyens. On travaille on joue pas, on explique les fonctions lésées et pourquoi on y travaille dessus après évaluations.

Le jeu n'est pas réservé qu'aux enfants, et certaines personnes d'un certain âge ne "s'autorisent pas" à en faire. Mais reviennent sur leur décision pour la plupart quand ils constatent l'humeur joyeuse qui s'en dégage en général.

Pour atteindre les ergos de toutes les générations, il serait intéressant de définir les termes employés dans les questions "engagement" "modèle" "approche" sinon les réponses pourraient être influencées par les interprétations individuelles de ces termes.

Pas d'autres remarques, je serai intéressée par la suite de ton travail. N'hésites pas à revenir vers moi si tu as besoin.

C'est un bon sujet, des études normalisées seraient à mon sens très intéressantes et parlantes quand aux surprenants résultats obtenus à tous points de vues pour les patients alz

Attention au questionnaire et au vocabulaire employé. Désolé (sans être méchante) mais tes questions peuvent porter préjudice à ton mémoire et à la profession. On a l'impression d'avoir quelqu'un qui ne connaît pas le métier, c'est des questions que peuvent poser des patients, des familles ou des professionnels qui jugent sans comprendre. On parle d'objectifs avant les moyens. On travaille on joue pas, on explique les fonctions lésées et pourquoi on y travaille dessus après évaluations.

Le jeu n'est pas réservé qu'aux enfants, et certaines personnes d'un certain âge ne "s'autorisent pas" à en faire. Mais reviennent sur leur décision pour la plupart quand ils constatent l'humeur joyeuse qui s'en dégage en général.

Pour atteindre les ergos de toutes les générations, il serait intéressant de définir les termes employés dans les questions "engagement" "modèle" "approche" sinon les réponses pourraient être influencées par les interprétations individuelles de ces termes.

Pas d'autres remarques, je serai intéressée par la suite de ton travail. N'hésites pas à revenir vers moi si tu as besoin.

Exterieurment certains professionnels ou familles ne verront que le côté enfantin ou qu'on ne bosse pas mais qu'on joue....c'est a nous d'argumenter, de nous exprimer et nous positionner professionnellement... mais avant tout la plus grande satisfaction viendra surtout des progrès concrets du résident et sa valorisation.

Annexe 7 :

Matrice théorico conceptuel

Concepts	Indicateurs	Variables
Cadre thérapeutique	Posture thérapeutique	Congruence (posture de la relation thérapeutique)
		Regard positif inconditionnel (posture de la relation thérapeutique)
		Empathie (posture de la relation thérapeutique)
		Accompagnement
	Cadre thérapeutique	<i> Holding, handling, objet presenting</i>
		Sécurisant
		Contenant
		Précis et déterminé
	Relation thérapeutique	Confiance
		Accompagnement
		Congruence, regard positif inconditionnel, empathie
	Communication	Créativité
		Patiente
		Utilisation vocabulaire adapté
	Institution	Libre-choix
		Communication
		Rythme

Annexe 8 :**Matrice d'écoute de l'entretien**

Thème principal : Quels éléments du cadre thérapeutique peut créer l'infantilisation des patients		
Question inaugurale	Sous thématique	Question de relance
Comment cela se passe dans le contexte actuelle dans votre établissement ?	COVID 19	Devez-vous faire des activités d'ergothérapie ou non supplémentaires ?
Selon vous quels modèles ou technique pourrait on utiliser pour lutter contre l'infantilisation lors d'une intervention ergothérapique impliquant le jeu ?	Modèle ou techniques utilisées	Pouvez-vous précisez ? Développez-les modèles/techniques ? Comment vous adaptez les jeux pour qu'ils ne soient pas infantilisants ?
Quelle posture utilisez-vous avec les patients pour lutter contre cette infantilisation ?	Posture thérapeutique	Comment adaptez-vous la posture thérapeutique ?
Quel type de relation privilégiez-vous pour lutter contre l'infantilisation ?	Relation thérapeutique	Comment adaptez-vous cette relation ?
Selon vous est ce que le cadre institutionnelle peut jouer un rôle dans l'infantilisation des patients ?	Cadre institutionnelle	Facteur lié aux soignants ? Facteur lié aux patients ? Facteurs environnementaux ?

Avez-vous des remarques particulières sur cette thématique ?	Commentaires	
--	--------------	--

Annexe 9 :**Matrice de l'analyse thématique des entretiens thème par thème**

Thèmes	Entretiens	Verbatim des professionnels de santé
La posture thérapeutique	A	« je me mets dans une position ou j'essaie de me souvenir toujours toujours que ces des personnes qui ont un vécu Et de me mettre dans la position de quelqu'un d'autre d'adulte, d'une personne adulte de 50 ans que tu rencontre que tu connais pas, on l'a tutoie pas on l'appelle pas par son prénom on lui parles pas en disant des gnagnan « gangiangian » fin voilà et en fait j'essaie de garder toujours ça en tete en général, de dire voila en fait ces personnes-là ont eu une vie, elles ont eu des enfants, elles ont eu des problèmes dans leur vie, elles ont eu tous ca et que du coup et de me remettre ne position bah voilà que si c'était des personnes que tu rencontrais dans la rue sans problème particulier tu leur parlerai pas come ca donc euh j'essaie de garder toujours cette position. »
	B	« La posture hum alors pour lutter contre l'infantilisation je réfléchis pour pas dire de bêtise bah en fait ouais c'est la communication on va dire à hauteur, capter l'attention et utiliser un langage simple faire des phrases courtes et euh oui voilà je sais pas trop comment dire autrement c'est sûr que pour aller pour caricaturer je vais pas dire à une personne qui est en train de manger « manger vos carottes c'est bon les carottes pour la santé » fin on va pas parler comme ça a quelqu'un c'est très infantilisant mais peut etre que ce mettant à son niveau à son regard et dire allez y manger les bonnes carottes elles viennent du jardin ce sont de saison en ce moment trouver des termes qui sont pas infantilisant. »
	C	« posture très neutre, je vais les laisser faire en fait, je vais pas du tout essayer d'intervenir le moins possible ou alors

		s'il me le demande et la rentrer dans leur jeux et vraiment dans leur jeux et pas lancer moi quelque chose ça sera vraiment en fait de les accompagner voila »
	D	<p>« laissé euh le patient euh faire le plus possible seul. Après c'st un équilibre entre le laisser faire seul, prendre des initiatives euh réfléchir par lui-même et aussi ne pas le mettre en difficulté »</p> <p>« donc euh plutôt une posture passive et en meme temps euh au niveau verbal quoi »</p> <p>« une place équivalente à tout le monde en fait c'est vraiment cette posture voilà de pas et une posture d'écoute aussi, on va pas tout le temps les couper dans leurs paroles tout ca euh on écoute vraiment ce qu'ils ont à nous dire on essaye de se mettre aussi au meme niveau euh, au niveau de la taille, de euh capter leur regard de voire qu'on est attentif à eux »</p>
	E	« bah déjà pour éviter l'infantilisation déjà on, bon ça c'est logique, mais on vouvoie les résidents, on les appelle par leur noms de famille et pas les prénoms donc ça c'est euh c'est une valeur de l'institution donc tout le monde appelle vraiment par le nom de famille. Et après on essaye fin c'est vraiment aussi, dans le langage de, d'avoir une posture bah la personne elle sait les choses on n'est pas la non plus pour trop leur dire comment faire euh de les prendre un peu pour des enfants plus cette posture-là »
	F	<p>« fin posture après c'est plus un échange ce n'est pas vraiment une position de thérapeute et de patient »</p> <p>« fluide assez euh comment dire c'est naturel »</p> <p>« une posture d'accompagnement. »</p>

Thèmes	Entretiens	Verbatim des professionnels de santé
La relation thérapeutique	A	« une relation de confiance c'est à dire que j'essaye de tenir mes engagements meme si ce sont des personnes qui ne s'en souviennent pas, quand je leur dis un truc j'essaye de le tenir pour qui est quand mem cette relation de confiance qui essaye de se tisser et aussi non euh ouais j'essaye de garder aussi euh une relation horizontale pas verticale. C'est-à-dire qu'on est au meme niveau moi je leur apporte des choses mais eux aussi ils m'apportent des choses qu'il n'y est pas d'espace de déséquilibre a moi je sais je te soigne et toi tu ne sais pas t'attend et tu ne m'apportes rien en fait juste tu fais ce que je te demande de faire. J'essaye de garder quand meme une verticalité non une horizontalité pardon dans la relation de trouver qu'est-ce qu'ils peuvent m'apporter pour qu'on puisse travailler ensemble mais pas que moi je leur apporte quelques choses quoi pour que ça ait plus de sens »
	B	« une relation euh d'échange ce sera, après quand on est thérapeute comme nous on a un n'autre, quand on va voir un patient c'est pas pour le mettre en situation un petit peu infantilisante, par exemple euh surtout pour ces personnes-là, les aider à faire la toilettes euh les aider à manger les aider à marcher fin marcher c'est vrai qu'on peut rentrer dedans mais ce sera plutôt sur un thème ludique de jeu ça sera pas « aller madame encore un petit effort on va que jusque-là bas » » « euh du coup justement le lien que je privilégie c'est l'activité qui comme est significative la personne est contente de participer voilà donc je vais dire l'activité »
	C	« la relation bah ça va être d'adulte à adulte on va partager on va essayer de découvrir euh des choses ensemble »

	D	<p>« on les appelle par le nom très important. Nous dans notre service ça nous arrive de les appeler par leur prénom mais ça doit être discuter en équipe. Faut que ça soit plus, plus parlant pour le patient c'est souvent quand y a des gros troubles de la communication pour capter le regard on les appelle par le prénom mais faut que ce soit vraiment réfléchi en équipe sinon ce n'est toujours pas le nom et quand euh on appelle par le prénom on demande aussi le, l'accord de l'aidant principale. »</p> <p>« un signe de respect aussi que de les appeler par le nom euh après on les vouvoie bien sûr, on vouvoie euh on essaye de se mettre au même niveau qu'eux pas euh ne pas dire c'est moi qui sais qui gère on essaye de faire intervenir tout le monde et ne pas, ne pas se positionner euh en sachant quoi »</p>
	E	<p>« la relation, de pair à pair, fin ce n'est pas parce que je suis thérapeute que je sais plus où fin vraiment on parle d'humain à humain quoi c'est vraiment une relation linéaire, horizontale on va dire »</p>
	F	<p>« garder une certaine distance c'est sur fin [rire] c'est pas un proche ça reste un résident donc euh il faut, garder ces distances là mais après justement faut pas qu'il se sente euh comment dire euh juger ou examiner fin hum en fait faut avoir, faut euh comment dire, faut quand même instaurer une relation de confiance parce que sinon euh c'est assez compliqué aussi et euh du fait que ce soit avec des résidents, c'est pas pareil fin c'est pas comme des patients à l'hôpital la relation elle est plus facile et fin euh ils sont chez euh donc euh je sais pas je trouve que c'est différent, on les voit plus, plus longtemps donc euh on arrive à avoir leur confiance et être plus à l'aise que ce soit pour nous comme pour eux »</p>

Thèmes	Entretiens	Verbatim des professionnels de santé
Communication et information	A	<p>« Bah déjà, juste déjà je pense que simplement informer de ce que c'est des impacts que ça peut avoir, informer les soignants entre autre les AS déjà ça peut avoir un impact déjà, pas mal euh cela peut être fort si c'est bien fait dans le sens ou euh, souvent moi de ce que j'ai pu voir en EHPAD euh j'ai pu voir pendant les études d'ergo parce que j'ai travaillé dans un EHPAD en tant qu'ASH et après en tant qu'ergo dans l'EHPAD ou je travaille actuellement. En fait euh souvent ça part d'un bon sentiment elles veulent faire bien elles veulent être proche des résidents elles veulent euh, souvent en fait vraiment ça part d'un bon sentiment donc je pense que déjà juste, vu que ça part de quelques choses de positifs déjà juste informer sur le fait que euh la personne il faut la voir comme une personne adulte et pas comme une personne euh diminué déjà parce qu'un adulte quand on rencontre quelqu'un dans la vie on va pas commencer à l'appeler ma chérie on va pas commencer à lui parler comme un bébé on va pas commencer à lui parler avec des mots de bébés. »</p> <p>« parler en équipe en parler avec des collègues pas forcément dans des réunions officielles mais rien qu'en parler avec des collègues avec qui tu t'entend bien essayer de trouver des solutions ça peut aider »</p>
	B	<p>« Par exemple je pense à une personnes qui ne sait pas manger toute seule au repas, les soignants disent au kiné il ne sait plus manger tout seul il faudrait travailler au niveau des épaules et en fait le kiné au niveau des épaules il dit atteindre des amplitudes suffisantes pour manger</p>

		<p>euh la personne elle a juste plus assez muscle donc l'activité manger alors que l'amplitude elle est ok musculairement parlant le fait de porter la fourchette avec ce qui a dedans c'est trop, donc si déjà c'est, parce que du coup le kiné il vient me voir il me dit moi je comprends pas pourquoi il me demande de faire ça alors que il sait bouger l'épaule et que quand je dis au soignant bah qu'est-ce que vous demandez au kiné bah il sait pas manger tout seul alors que fin voilà. Donc faire le lien justement entre les équipes cela permet aussi de travailler sur l'autonomie et l'ergo et bah à mon sens il a une bonne place de lien, un bon rôle dans ce lien entre les équipes externe et institutionnelles »</p> <p>« ils ont surtout besoins à cet âge-là c'est parler. Pas agir mais parler, fin moi c'est vraiment de mon ressenti personnelle defois j'ai un chariot d'activité quand je vais en chambre je demande qu'est-ce qu'ils veulent faire et la plupart du temps mon chariot reste fermé et ils demandent de parler quoi. »</p>
	C	<p>« la communication, on explique, on propose, on en parle voila »</p> <p>« déjà j'évite d'utiliser le terme « on va jouer » ou on va faire un jeu et utiliser un peu la voie douce comme j'entends quelquefois. Souvent je leur propose d'aller travailler et ça leur convient très bien »</p>
	D	<p>« la communication »</p> <p>« bah du coup la communication euh puisque nous y a eu un moment ou y a beaucoup de remplacement dans notre euh dans notre unité et du coup on voyait bien que ce qui n'avait pas eu l'habitude de travailler avec ces patients la tout de suite euh c'étaient les prénoms qui arrivent les</p>

		petits surnoms c'était un peu euh gronder euh comme un enfant du coup on a du mettre en place une petite formation intra, intra structure quoi pour former un petit peu l'ensemble des gens qui pouvaient être amener à venir dans notre unité parce que euh du coup euh les soignants qu'on pas cette communication adapter bah ca créer aussi des troubles chez les patients quoi et euh un patient qu'on gronde comme un enfant euh ça, ça va pas passer quoi donc euh niveau communication des soignants c'est important de les former en permanence meme ceux qui sont habitué hein fin meme nous hein on se reprend, c'est une remise en question bah quotidienne quoi »
	E	« Oui c'est ça bien expliqué pourquoi on fait telle et telle activité et euh bah tout le temps à la fin « est ce que l'activité vous a plu » qu'est ce vous avez aimé et comme ça on peut réadapter, voir et proposer d'autres activités » « je pense que l'échange entre les équipes et le pole animations et tout ça c'est important »
	F	« qu'il faut travailler en tant qu'ergo et fin faire attention et proposer et montrer aux soignants »

Thèmes	Entretiens	Verbatim des professionnels de santé
L'adaptation du jeu	A	« l'UP donc euh c'est le secteur fermé, euh t'emmènes un jeu qui est infantilisant tu leur dis on va travailler ca bah ils vont jamais venir voir parce qui a le mot travail dedans donc en fait ça dépend, ça dépend vraiment » « c'est hyper compliqué à certains stades de démences de leur expliquer que le jeux oui c'est un jeux pour enfants mais que en fait nous on ne le travaille pas comme ça, fin

		<p>en fait le cadre est trop compliqué à poser et du coup il ne faut pas que le jeux induisent le coté infantilisant »</p>
	B	<p>« UP En fait elles ont un petit cahier euh en plastique ou on glisse des feuilles dedans et en fait est noté la recette d'un gâteau et chaque, chaque étape de la recette est associé à une image donc la personne, avec des outils pour utiliser, réaliser l'étape en fait, et donc la personne elle réalise en autonomie partielle l'activité elles peuvent le faire en groupe c'est plutôt pas mal et ça c'est pas trop infantilisant meme si la méthode euh elle se rapproche de ce qu'on pourrait proposer à des enfants euh ça reste quand meme quelque chose de significatif pour la personne de cuisiner »</p> <p>« par exemple le jeu du lynx souvent pour les enfants ce sont des petites images infantile, fin des petites poissons, des petites tortues tout ça euh moi ce que je vais faire c'est que si c'est pour des couturières ou des gens qui ont travaillé dans le tissus je vais prendre des belles robes et des chapeaux de leur époque et donc je vais adapter le lynx avec ces images-là »</p> <p>« sur internet des 7 différences on va dire pour adulte et après tous ce qui est puzzle aussi, parce que c'est bien les puzzles pour tout ce qui est orientations spatiales tous ça à condition de pas laisser la personne toute seule devant car defois elle est en difficulté et ça la met en échec mais euh on pas facilement imprimer un puzzle le plastifier, fin une image le plastifier et découper avec elle-même parfois, sans faire des, au lieu de faire des encastremets avec des boucles et tout ça comme des puzzles normaux plutôt faire des carrées, des losanges, des triangles, quelque chose qui s'emboite plus facilement que les puzzles, ou les pièces sont toutes les memes plus ou moins »</p>

	C	<p>« les jeux en fait on euh ce que je fais c'est que je me met pas de règle en fait y a pas des règles précis dans le jeu si la personne veut prendre tel jeu et le détourner et faire autre chose avec par exemple compter les pions euh ou euh essayer de les mettre en équilibre et de regarder l'intérêt éducatif et thérapeutique derrière »</p> <p>« bah après oui la poupée c'est la symbolique de l'enfant mais comme euh c'est amener et comme les personnes elles s'en saisissent très bien et qu'on le proposera pas à tout le monde parce que oui certaines personnes vont penser que euh on les prend pour des bébés en leur euh proposant une poupée sachant qu'on le propose à des personnes euh pour qui on voit qui a un besoin qui est ciblé derrière pas spécialement »</p>
	D	<p>« c'est un contexte favorisant donc avec le moins de stimulation possible, on va à l'extérieur du service on a fini voilà on essaye d'être au calme d'avoir que le support de travail et vraiment d'être au plus proche du patient quoi. Donc là dans ces ateliers là on peut euh on peut amener le jeu euh on le fait assez régulièrement surtout dans l'atelier cognitif, dans l'atelier théâtre ça nous arrive euh après, après dans les autres ateliers un petit peu moins du coup, en moteur euh on peut des on peut faire aussi quelques jeux ça nous est arrivé mais c'est vrai qu'on fait plus des parcours mais ça nous est arrivé de faire un cache-cache ou 1,2, 3 soleil fini voilà c'est arrivé »</p> <p>« la vision des couleurs et du domino bah ils refusent directement alors que si on sort le domino classique noir et blanc euh ils vont peut-être plus adhérer quoi »</p> <p>« on adapte vraiment différents moyens avec euh pour indiquer les réponses aussi s'ils trouvent pas du premier coup on va essayer avec une image ou avec une autre</p>

		<p>définition voilà on essaye qui trouve vraiment pas eu meme et en dernier recours on va indiquer en commençant à dire le mot mais euh on essaye vraiment que ça soit d'eux meme quoi »</p> <p>« c'est vraiment à adapter en fonction du niveau de la maladie euh et des troubles en fait »</p> <p>« les jeux pour enfants peuvent être quand même utilisé avec les personnes âgés, ça c'est sûr, en étant euh adapter fin nous, des choses qui paraissent enfantine mais qu'on qu'on utilise très régulièrement comme euh le petit bac par exemple, le petit bac trouver des mots d'une première lettre euh le domino on utilise beaucoup, les classements fin voilà après euh parfois du coup on adapte vraiment par exemple les classements on a fruits et légumes mais ont peut avoir le classement monuments étranger et français quoi donc c'est euh c'est assez fin les activités elles peuvent être assez variés et adapter à chacun. Après on est forcément euh moi je trouve qu'on est forcément obligé de passer par des activités qui sont proposés aux enfants par rapport au niveau cognitif de nos patients euh pour trouver vraiment des choses adapter moi les mots croisée par exemple je les trouves sur les sites d'enfants après j'essaye de proposer des thèmes qui sont, qui leur parle quoi mais euh c'est vraiment quelques chose qu'on utilise quotidiennement les choses pour enfants qu'on adapte euh en fonction des troubles visuels, des troubles euh du langage euh fin voila »</p>
	E	<p>« exemple les jeux on va les adaptés à leur pathologie donc euh par exemple si c'est des , on fait des jeux de société bah par exemple fin les jeux de société on va dire c'est un peu, y a pas, c'st pas que les enfants donc euh c'st pas</p>

		<p>vraiment infantilissant pour eux donc euh souvent euh on adapte euh par exemple on va faire les, les pions plus gros, on va faire plus de contrastes pour que ce soit adapté mais après euh fin des jeux vraiment infantilissant fin j'arrive pas à en voir tu vois, parce que vraiment on essaye de faire des activités concrètes ou de la vie quotidienne des choses qu'ils aiment »</p> <p>« on va faire des quizz mais tout pour travailler la mémoire donc c'est bien expliqué avant ce n'est pas on explique »</p>
	F	« du type de jeux proposer en fonction de ce qui leur plait et euh de ce qu'ils aiment faire et de leur capacité »

Thèmes	Entretiens	Verbatim des professionnels de santé
L'infantilisation via soignants	A	<p>« pas être frontale en fait on va pas commencer à dire « tu fais pas bien machin » juste en discuter en disant voilà écoute moi j'ai remarqué que tu faisais ça déjà qu'elles sont les raisons pourquoi tu lui parle comme ça déjà et après euh peut être essayer d'ne discutant en disant bon écoute euh y a eu des études ... »</p> <p>« Oui, je pense, je pense simplement parce que dans une institution du coup y a pas mal de turn over de soignant donc ça change beaucoup et en général les jeunes soignants ou les soignants qui arrivent depuis fin plus récemment copient un peu ce que font les plus anciennes y a une espèce d'imitation qui se met en place mais même pas forcément sur les jeunes soignant sur euh quand t'arrives dans une nouvelle institution t'essaye de calquer sur ce qui se fait déjà pour prendre le rythme les habitudes et tout sauf que ça en fait partie aussi le côté infantilissant »</p>

		<p>« c'est des soignants qui ont ramenés des jeux de leurs enfants donc c'est très infantilisant, pour l'instant »</p>
	B	<p>« Parce que c'est vrai que pour ces personnes la euh tous les jours je les vois les soignants sont de bonnes volontés et propose des activités aux personnes pendant qu'elles font les toilettes et donc c'est des puzzles encastrés avec des animaux pour des enfants de 1 an et plus quoi donc la essentiellement ils sont mis en situation d'échec parce qu'en plus de ça bah il n'y arrive pas et en plus de ça c'est infantilisant »</p> <p>« les soignants sont complètement livrés à eux meme ils arrivent pas trop à trouver de solutions pour permettre à la personne de faire toute seule et du coup systématiquement sans le vouloir ils infantilisent au point meme parfois alors que la personne serait s'essuyer le nez toute seule passer et prendre un mouchoir pour essuyer le nez de la personne au lieu de tendre le mouchoir pour qu'elle s'essuie par exemple »</p> <p>« le soignant est important parce que il va devoir réfléchir à ne pas laisser trainer les chariots ne pas laisser trainer les chaises mal rangée ou dans les sens de circulation euh permettre une ergonomie visuelle aussi pour que la personne se sentent, euh comment qu'elle voit ce qu'elle passe au bout de la pièce et pas qui est quelques chose qui coupe sauf si c'est une pièce trop grande et que la personnes elle serait angoissée à l'idée de trop grand espace. »</p>
	C	<p>« comme on peut voir ils leur proposent des jeux et y en a qui disent non c'est pour les bébés euh defois on peut entendre des réflexions « euh oui c'est pour les bébés mais ce n'est pas grave c'est bien quand meme » »</p>

	D	« on voit bien quand on est un petit plus fatiguée bah tout de suite on est un peu moins adapté dans la communication donc ça, après euh les soignants ont aussi euh leur initiatives par rapport aux activités donc euh on les guide aussi la dessus euh sur bah est ce que c'est trop infantilisant est ce que c'est trop adapter aux capacité des patients fin voila on les guides beaucoup la dessus »
	E	« ils veulent pas les rendre, fin être infantilisant, c'est plus aider la personne, que ce soit mieux fait euh que ça prenne peut-être moins de temps et après oui au niveau institutionnel bah voilà y a tant de toilettes à faire bah les faire, les faire en un temps impartie, donc il faut aussi les faire rapidement, et donc une personne si elle peut le faire mais doucement bah on préfère faire à la place pour prendre moins de temps est ce que c'est la solution je pense pas »
	F	« il faut travailler en tant qu'ergo et fin faire attention et proposer et montrer aux soignants, c'est de leur montrer que justement il faut pas infantiliser, faut pas montrer que le thérapeute et le soigné, faut que ce soit familial ludique euh, faut que ce soit comme j'étais à la maison avec de la famille, meme si on reste euh, on est pas un proche de la famille mais voilà il faut qu'il se sente à l'aise et en confiance »

Thèmes	Entretiens	Verbatim des professionnels de santé
L'infantilisation via institution	A	« Le rythme d'une institution aussi peut jouer dans le coté infantilisant la par contre plus du côté faire à la place de c'est-à-dire que, c'est-à-dire que euh bah cette personne elle est capable de manger mais elle est trop lente donc on va lui donner a manger alors qu'au final

		<p>elle est capable de manger seule mais le rythme de l'institution fait qu'on va lui donner à manger »</p> <p>« L'institution, la direction pardon demandait un tel rendement, donc en fait c'est la direction qui le plus, qui engendrer le rythme de l'EHPAD et donc du coup l'infantilisation »</p> <p>La confiance aussi que tu peux avoir dans ta direction, parce que pareil moi ça m'ai déjà arrivé plusieurs fois qui est des soignants en réunion nous disent « avec cette personne je me sens infantilisante ou je me sens maltraitante » sauf que ça pour arriver à dire ça en réunion faut quand meme avoir une certaine confiance dans les gens avec qui tu travaillent et ça je pense que ça peut jouer aussi parce que du coup de le dire en réunion ca permet de le travailler ensemble, ca permet de trouver des solutions et peut etre meme de l'éliminer alors que si t'as pas confiance dans les gens avec qui tu travaillent bah peut etre que t'en parlera pas et peut etre que ça grossira comme ça super longtemps quoi donc ça je pense que ça, ça peut jouer et aussi »</p>
	B	<p>« Donc en fait vraiment l'institution ça peut etre infantilisant ou au contraire ça peut être moteur pour moi faut vraiment que ce soit un projet et là l'ergo il a vraiment sa place pour euh pour être moteur là-dedans parce que nous »</p> <p>« On a beau être un ergo extra motivé si on a une hiérarchie qui n'est pas intéressé c'est mort »</p>
	C	<p>« Oui, oui oui oui il peut carrément jouer un rôle là-dedans. Dans mon cas j'ai la chance, parce que ce n'est pas le cas dans mon EHPAD j'ai un institution qui est vraiment derrière moi et qui est très ouverte à la</p>

		discussion donc euh je leur explique vraiment et ou je veux aller pareil j'explique au équipe ce que c'est que c'est pas parce que on fait des jeux que c'est pas parce qu'on joue qu'on travaille pas euh et j'ai vraiment expliquer les objectifs qui avait derrière »
	D	« Au niveau institutionnel aussi que notre service il est au 1 ^{er} étage et on a jardin thérapeutique au rez-de-chaussée et ça, ça été décidé par l'institution fin c'était pas en fait le projet de base c'était que le service soit au rez-de-chaussée attendant au jardin thérapeutique et en fait pour un gain de temps et d'argent ils ont mis le service au premier étage donc ça c'est hyper handicapant pour nous parce que quand j'ai un patient agité eh bah on est obligé de prendre l'ascenseur de traverser l'accueil pour aller au jardin thérapeutique donc euh c'est hyper angoissant comme chemin déjà euh le temps qu'on aille au jardin euh donc voilà c'est un problème institutionnel »
	E	« Oui parce qu'après fin par rapport aux activités, si vraiment les activités ça passe vraiment aussi par tout le pole animation, si toute les activités sont vraiment infantilisante, ça peut bah ça peut être perçu comme ça pour les résidents » « On peut avoir des activités entre guillemets « imposés » » « je vois que ça peut être vraiment infantilisant au niveau du repas par exemple pas laissé la personne, si elle met un peu trop de temps bah de donner à la place de bah c'est quand meme infantilisant et ça peut être mal vécu par la personne déjà qui a la maladie elles peuvent plus, pour certaines plus communiquer donc elle peuvent pas dire bah stop je peux le faire toute seule donc euh y a ca

		et au niveau aussi de la toilette, faire à la place de ça peut être vraiment perçu bah comme euh une infantilisation ou qu'on choisisse des habits pour la personne ou qu'on, qu'on les lave tout simplement c'est assez dur je pense pour certaines personnes donc y a ça aussi »
	F	« J'essaie justement de pas avoir de pas montrer ce cadre-là d'institut de thérapeute de soigné »

Thèmes	Entretiens	Verbatim des professionnels de santé
L'infantilisation via environnement	A	
	B	« les facteurs environnementaux ça sera tous ce qui est accessibilité » « ça a beau être accessible on va dire niveau architectural la façon dont le mobilier est disposé dans la pièce peut empêcher les déplacements d'une personne. » « Une personne qui a un mauvais schéma corporel et qui a des troubles un petit peu d'orientation spatiale peut se retrouver en difficulté si y a un fauteuil qui est mis en plein milieu de son passage. Si il veut aller au bout du couloir, il va peut être parfois lâcher son déambulateur prendre la chaise et marcher avec la chaise et euh pour moi je pense que la aussi »
	C	
	D	« euh du coup nous c'est euh vraiment un côté d'hôpital fin c'est un couloir de l'hôpital euh donc qui est fermé c'est un couloir assez sombre » « coup l'environnement la décoration du lieu peut être infantilisant oui ça c'est sur et euh on le voit dans certains UVP, y a des peintures des vrais peintures euh qui donne

		un paysage et ca je trouve que c'est, c'est vraiment important fin pour les patients »
	E	comment est fait, comment l'établissement est conçu, fin par exemple tous ce qui est euh décorations et tout ça faut faire attention faut pas que ça soit trop infantilisant je pense donc ça il faut vraiment pas que ça viennent du, des soignants des thérapeutes il faut vraiment que ça soit fait avec les résidents
	F	

Thèmes	Entretiens	Verbatim des professionnels de santé
L'infantilisation via les patients	A	« du caractère des personnes aussi hein y a des personnes qui vont très bien tu as beau leur expliquer que c'est pour travailler un truc particulier ils vont te dire non c'est un jeu pour enfant. Donc ça dépend aussi du caractère des personnes mais euh je pense que ouais selon le stade ils ont plus ou moins de capacité à comprendre les mots. »
	B	
	C	« Euh oui oui oui parce qu'avec les troubles du comportements y a des réactions qu'on ne peut pas prévoir et pas prédire à l'avance donc on essaye de proposer des jeux ou des choses euh des solutions pour détourner un trouble qui defois euh la personne refuse totalement fin parce que sur le moment elle n'a pas envie et après euh finalement elle acceptera ou soit parce que en fait euh tout simplement dans son tempérament dans son caractère qu'elle n'aime pas ça » « en fonction de ce qui aimes de leur envie, ce qui ont l'habitude de faire ou pas faire, de ceux a quoi, de fois de jouer à tel jeu ça leur rappelle tel moment de leur vie

		positif ou négatif donc ouais y a tous les facteurs de la personne »
	D	<p>« c'est un peu péjoratif mais le niveau cognitif est assez bas donc euh je trouve que quand on utilise des jeux euh comme ça un plus petit infantilisant avec des niveaux cognitif un peu plus bas ça passe mieux, fin il se rendent pas forcément compte de, que c'est vraiment un jeu et comme y sont parfois aussi dans un retour en face euh, ça leur rappelle des choses et donc ils s'y intègre bien, c'est étonnant ils s'y intègrent bien par contre quand on a des groupes euh avec des patients qui sont encore avec des euh fin qui se rendent compte de leur troubles qui sont, qui sont pas si âgés que ca euh on propose pas forcément ce type de jeux la parce qu'on euh on a direct les réflexions en tout cas ils se rendent compte que c'est vraiment euh fin des jeux basiques, pour eux c'est simple ca les mets en difficulté souvent en plus ils se rendent bien compte que c'est simple mais qu'il y arrive pas forcément donc c'est assez compliqué à gérer ca quand c'est comme ca »</p> <p>« ils refusent euh la mise en échec ils refusent de participer ou alors ils se dévalorisent parce qu'ils essayent mais ils n'y arrivent pas »</p> <p>« on a beaucoup euh beaucoup de dévalorisation bah vraiment beaucoup de refus de la mise en échec »</p>
	E	<p>« c'est plus lié à la pathologie ça peut y jouer en fonction de certains qui ont, bah qui sont un peu plus avancé dans la, dans la maladie, par exemple la maladie d'Alzheimer et qui vont peut-être retourner dans des activités qui sont plus infantilisante, certains pour se canaliser pour être bien vont avoir besoin d'avoir une peluche ou une poupée, et pour d'autre bah ca parait un peu bah euh</p>

		étrange qu'à cet âge-là on puisse « jouer » entre guillemet avec une poupée ou avec un animal en peluche »
	F	« toujours être vigilant à que ce soit pas infantilisant les résidents qui peuvent parfois être euh plus jeune aussi c'est sur » « euh par rapport aux pathologies qui sont très évolué euh parfois euh on revient à faire des jeux des choses vraiment basiques mais parce que les troubles cognitifs font que euh c'est difficile »

Thèmes	Entretiens	Verbatim des professionnels de santé
Techniques utilisées pour lutter contre l'infantilisation	A	<p>« En plus en général j'aime bien m'appuyer, euh c'est très IFE, m'appuyer sur des choses d'écrit concret scientifique c'est-à-dire c'est pas moi qui te dis pour t'embêter c'est juste que ça a été prouvé que, que parler de telle manière à une personne ça peut déclencher euh des syndromes de glissements parce que la personne elle prend conscience de tous ce qu'elle a perdu ça peut euh déclencher je sais pas moi, souvent on s'est rendu compte que ça déclencher des troubles du comportement accru euh fin voilà. Juste déjà en discuter cibler les personnes à qui t'en apes et euh et donner le bon exemple aussi »</p> <p>« j'ai bien du avoir des moments où j'étais infantilisante mais ce qui est important c'est de ce remettre en question en fait de ce dire à non mais la t'as pas fait comme il fallait on va peut etre revoir, se remettre dans les bonnes perspectives en parler avec des collègues aussi ça peut aider quand euh defois on a des personnes euh on sait pas pourquoi c'est personnes la t'arrive pas t'es tout le temps en train de lui parler comme un bébé parce qui a un truc qui se joue en psy hein transfert particulier ou quoi bah dire la j'y arrive pas avec cette personne j'y arrive pas, je sais que c'est pas bien mai j'y arrive pas a faire autrement »</p> <p>« dans l'EHPAD ou je suis j'ai une direction super ouverte pour le coup et qui euh est vraiment dans la recherche du bien être fin on fait des formations Montessori gériatrie »</p> <p>« ce que tu dis c'est pas forcément toujours ce qui est très important, les mots, parce que les mots c'est compliqués à comprendre moi je sais qu'avec certains, certains,</p>

		<p>certaines personnes qui euh qui ont des démences, en fait je travaille plus euh, bah ça c'est très Montessori, je montre plus que ce que je parle et le problème c'est que voila quand tu montre plus que ce que tu parles et que ce que tu montres c'est très infantilisant bah du coup ça marche plus trop. »</p>
	B	<p>« tous ce qui est réminiscence, plus des activités tournée autour du métier précédent de la personne euh si par exemple c'est une personne qui était couturière, bah je vais plutôt proposer des activités en liens avec la couture. Euh Si ce sont des travaux manuels ça sera toujours en liens avec la couture, des scratch des tablier Montessori par exemple »</p> <p>« Des tabliers Montessori des scratch à remettre ensemble des fermetures éclair à fermer. Si au contraire c'est une personnes qui est plutôt manuelle donc qui était on va dire menuisier ou mécanicien là je vais tourner autour des planches Montessori. J'aime bien essayer de trouver, bah l'essentiel de notre métier, de de de la signification de l'activité si ça ne parle pas à la personne ça ne peut pas marcher. Donc c'est vrai que c'est plutôt si j'ai des activités manuelles à faire faire au résident ça sera toujours autour de leur profession, quelques choses qui connaissent au moins, bien sûr après à adapter en fonction des compétences »</p> <p>« la méthode Montessori la dernière fois je discuter avec une ergo, et pour moi c'est ni plus ni moins que notre métier en fait c'est adapter notre métier à la pratique quotidienne de soin je trouve ça génial d'ailleurs »</p>
	C	<p>« par laisser la personne libre en fait, la laisser choisir, la laisser être actrice de ces choix et essayer de faire que euh son envie de jouer euh que ça vienne d'elle et pas que ça</p>

	<p>soit nous qui lui imposions. En fait c'est plutôt proposer que euh imposer »</p> <p>« Non on utilise pas du tout de modèle »</p> <p>« programme qui euh inclus, qui est considéré comme une thérapie non médicamenteuse. Donc c'est vraiment une thérapie et euh sur prescription médicale qui est faite par le médecin et c'est un programme précis avec un cadre précis donc c'est-à-dire qui a une séance par semaine qui est tout le temps à la même heure</p> <p>Tout le temps avec les mêmes personnes, tout le temps dans un même lieu avec les mêmes jeux et euh c'est dans un euh avec des objectifs thérapeutiques derrière donc c'est pas seulement dans un but ludique, c'est pas jouer pour jouer »</p>
	<p>D</p> <p>« en atelier thérapeutique »</p> <p>« On fait vraiment des ateliers qui sont préparés donc à l'avance avec des objectifs précis[...]on fait des ateliers vraiment préparés à l'avance donc euh on a écrit tout un projet avec des objectifs précis et des choses qu'on peut faire à l'intérieur de ces ateliers »</p> <p>« cette technique de réfléchir à l'avance ce qu'on va proposer au patient »</p> <p>« le but c'est vraiment qu'ils fassent par eux-mêmes »</p> <p>« on utilise Montessori la Validation aussi après euh après voilà c'est les 2 grands axes qu'on a dans le service »</p> <p>« choses qui peuvent être adaptées et les activités sont vraiment adaptées en fonction de l'histoire de vie des difficultés des patients et, et voilà et après on essaye beaucoup de choses ce qui fonctionne le mieux, ce qui est</p>

		<p>apaisant ou non voila on fait, nous ouais on a des activités du coup en atelier thérapeutique ou on vise vraiment les objectifs plus de stimulation cognitive etc et on a des activités plus occupationnelles on va dire dans dans le service qui visent plus a atténuer les troubles du comportements. »</p>
	E	<p>« vraiment une approche centrée sur la personne donc vraiment recueillir ce que la personne elle aime comme activités et comme ça euh leur proposer euh des activités bah qui leur correspondent et qui sont euh bah centrée sur leurs occupations »</p> <p>« on fait 2 groupes et on propose au résident de choisir bah qu'est-ce qui ont envie de faire pour que vraiment y puissent bah faire une activité qui leur plait. Et après aussi pour lutter donc euh le modèle ludique aussi parce que pour pas trop non plus que ce soit infantilisant ce qui est bien c'est qu'on fait beaucoup d'intergénérationnelle et donc on fait des activités avec des enfants donc on va dire que c'est moins infantilisant parce que vue qui a les enfants bah c'est plus pris bah c'est un jeu pour les enfants fin c'st une activité pour que les enfants puissent participer mais en meme temps les personnes âgées elles peuvent aussi participer aider les enfants parfois c'est l'inverse c'est les enfants qui aident les personnes âgés »</p> <p>« Bah je pense que les réunions d'équipe genre en discuter tous ensemble bah ça permet aussi de prendre du recul sur la situation »</p> <p>« a mis en place depuis pas longtemps, donc la salle snoezelen elle reste tout le temps ouverte »</p> <p>« on rentre dans la salle mais après on laisse vraiment le résident bah être autonome faire ce qu'il a envie, prendre</p>

		<p>ce qui veut et après bah en fonction de ce qu'il prend on commence à établir une discussion »</p> <p>« d'avoir une approche vraiment centrée sur la personne et toujours, pas imposé des activités, toujours laissé le choix, pour que la personne puisse se sentir toujours et autonome et qu'elle puisse dire ce qu'elle veut faire parce que des fois même si on propose 2 activités si y en a aucune des 2 qui lui plait bah on lui laisser aussi le choix d'avoir envie de faire aucune des activités, faire un temps individuelle et pas de groupe donc euh ca c'est hyper important et toujours faire des temps d'échange avec les résidents pour faire un retour sur les activités ou sur euh l'environnement sur tous ca c'est important. On commence à avoir une démarche Montessori aussi, »</p>
	F	<p>« Technique un accompagnement »</p> <p>« Oui dans la façon d'amener les choses euh et du type d'exercice proposer, du type de jeux proposer en fonction de ce qui leur plait et euh de ce qu'ils aiment faire et de leur capacité »</p> <p>« à la connaissance qu'on a des gens »</p>

Résumé :

Le jeu en ergothérapie est un moyen thérapeutique très souvent utilisé avec un cadre précis. Il est fréquent d'entendre les personnes âgées dire qu'elles aiment venir en séance d'ergothérapie car elles jouent. En revanche certaines se sentent infantilisées par cet outil. L'objectif de cette recherche est de déterminer quels sont les éléments du cadre thérapeutique qui tendent à infantiliser les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentés en institution d'hébergements. Une méthode clinique et une analyse thématique ont été réalisées auprès de six ergothérapeutes. Les résultats obtenus montrent à la fois que l'infantilisation a des causes multifactorielles mais également que les ergothérapeutes ont un rôle moteur pour lutter contre celle-ci. La notion de choix et d'approche centrée sur la personne sont mises en avant par les ergothérapeutes. Pourtant il semblerait qu'en pratique, le libre choix du résident ne soit que partiellement respecté.

Mots clefs : jeu, engagement, infantilisation, ergothérapie, cadre thérapeutique.

Abstract :

The games in occupational therapy often used as a therapeutic medium. There is a common knowledge around the elderly population enjoying play games. However there is a risk for some them feel infantilized by the game. The purpose of this research is to identify how setting features might influence the infantilization process for patients with Alzheimer or related diseases in long term residential institution nursing facilities. A clinical method was conducted with six occupational therapists. A thematic analysis was performed and the obtained results show on one hand that infantilization has multifactorial causes and on the other hand that occupational therapists have an essential role to fight against infantilization. The concept of choice and person-centred approach are highlighted. But it appears in practice that the residents' free choice is only partially respected.

Key words : game, engagement, infantilization, occupational therapy, therapeutic setting.