



**HAL**  
open science

# Favoriser l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, quelle influence sur leur engagement occupationnel

Amandine Rochefort

## ► To cite this version:

Amandine Rochefort. Favoriser l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, quelle influence sur leur engagement occupationnel. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02866242

**HAL Id: dumas-02866242**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02866242>**

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  
de Médecine  
Aix-Marseille Université

Institut de  
Formation en  
Ergothérapie d'  
Aix-Marseille



Aix-Marseille Université

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Ecoles des sciences de la réadaptation - Formation en ergothérapie

Amandine, ROCHEFORT

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la  
recherche

18 mai 2020

Favoriser l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD,  
quelle influence sur leur engagement occupationnel ?

Sous la direction de M. PAVE Julien et de M. BROCANDEL Nicolas

Diplôme d'Etat d'ergothérapie

*"I have dementia  
My eyes do see, my ears do hear  
I am still me, so let's be clear  
My memory may fade  
My walk may slow down  
I am me inside  
Don't let me go"  
- Inconnu-*

## Remerciements

Je remercie tout particulièrement Mr Pavé Julien, référent méthodologique, pour sa disponibilité, son soutien et ses précieux conseils tout au long de ce travail mais également durant ces trois années de formation

Je remercie également Mr Brocandel Nicolas, référent professionnel, pour son accompagnement durant la réalisation de ce mémoire

Un grand merci à l'équipe pédagogique et administrative de l'institut de formation en ergothérapie de Marseille pour son investissement sans faille

Je remercie l'ensemble des ergothérapeutes ayant participé à ce mémoire en donnant de leur temps pour partager leur expérience

Merci à l'ensemble de ma promotion pour ces trois belles années passées ensemble

Je tiens à remercier spécifiquement Mickaël, Mathilde, Margaux, Morgane et Alisson pour ce chemin parcouru ensemble, entre rires et débats. Merci d'être vous

Merci également à Mathis, pour les moments passés ensemble et le covoiturage dans la bonne humeur

Merci à mes amis, humains ou à quatre pattes, pour avoir été d'un réconfort précieux

Enfin, un grand merci à mes parents à ma sœur, sans qui je n'en serai pas là, pour leurs encouragements et leur amour depuis toujours...

## Sommaire

<b>1. Introduction .....</b>	<b>1</b>
1.1 Contexte.....	1
1.2 Explicitation du thème.....	1
1.3 Résonnance du thème .....	2
1.4 Méthodologie de la revue de littérature .....	4
1.5 Analyse des articles de la revue de littérature .....	6
1.6 Enquête exploratoire.....	12
1.7 Question initiale de recherche .....	19
1.8 Cadre théorique.....	19
1.9 Question et objet de recherche.....	28
<b>2. Matériel et méthode.....</b>	<b>28</b>
2.1 Choix de la méthode de recherche.....	28
2.2 Identification des variables .....	29
2.3 Hypothèse de recherche.....	29
2.4 Identification de la population et sites d'exploration .....	30
2.5 Construction de l'outil de recherche .....	31
<b>3. Résultats .....</b>	<b>34</b>
3.1 Présentation des ergothérapeutes ayant répondu à l'enquête .....	34
3.2 Analyse descriptive des résultats .....	34
3.3 Présentation des résultats issus de statistiques inférentielles.....	38
<b>4 Discussion .....</b>	<b>40</b>
4.1 Interprétation des résultats.....	40
4.2 Eléments de réponse à l'objet de recherche .....	41
4.3 Critique du dispositif de recherche .....	42
4.4 Apports, intérêts et limites de la recherche.....	43

4.5 Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle .....	44
4.6 Perspectives de recherches .....	44
Bibliographie .....	46
Annexes .....	51

## **1. Introduction**

### **1.1 Contexte**

J'ai décidé d'orienter ma recherche vers la maladie d'Alzheimer à la suite d'un stage réalisé en EHPAD<sup>1</sup>. En effet, j'ai apprécié travailler auprès des résidents atteints de cette maladie et j'ai pu constater les bénéfices d'un suivi en ergothérapie et ce notamment sur les troubles du comportement. Les objectifs visés étaient principalement le travail des fonctions cognitives ou motrices. Cela passait par la mise en place de séances collectives autour de jeux de société, jeux de ballon, atelier lecture ou encore la participation au fonctionnement de l'unité : mettre la table, plier le linge... Cependant, j'ai pu constater que pendant et après chaque séance, les résidents étaient plus calmes, les troubles du comportement semblaient diminués. De plus, les recommandations de l'HAS<sup>2</sup> mettent en avant une volonté de diminuer la prise de traitement pour prendre en charge les troubles du comportement liés à la maladie et de s'orienter plutôt vers une prise en charge non médicamenteuse (1). Cependant, ce stage m'a permis de voir que ces troubles font la plupart du temps l'objet d'un traitement médicamenteux. Ainsi, cela m'a amenée à me questionner : Pourquoi les troubles du comportement sont pris en charge en premier lieu par des traitements médicamenteux ? Comment l'occupation en ergothérapie, en tant que thérapie non médicamenteuse, peut avoir une influence sur les troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer ?

### **1.2 Explicitation du thème**

Le thème de la recherche est donc : utilisation de l'occupation en ergothérapie pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution et présentant des troubles du comportement.

Ce thème fait appel à différents champs disciplinaires. Tout d'abord, la santé puisqu'il s'agit d'une maladie neurodégénérative, ainsi que la santé publique puisque cette maladie affecte de nombreuses personnes. Ce thème s'inscrit également dans le champ disciplinaire de la

---

<sup>1</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

<sup>2</sup> Haute autorité de santé

psychologie puisque cette maladie peut avoir des répercussions psychologiques aussi bien pour la personne que pour son entourage, concernant notamment l'acceptation de la maladie et des troubles du comportement associés. Enfin, le sujet fait appel aux sciences humaines et sociales et aux sciences de l'occupation.

Nous allons maintenant définir les différents termes afin de préciser le thème.

**-Maladie d'Alzheimer** : Selon le ministère de la santé, la maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative (atteinte cérébrale progressive conduisant à la mort neuronale) caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions intellectuelles (cognitives) conduisant à des répercussions dans les activités de la vie quotidienne (2).

**-Occupation** : D'après la WFOT<sup>3</sup>, les occupations font référence à l'ensemble des activités de la vie quotidienne réalisées par les personnes, individuellement, en famille ou au sein de la communauté et qui apportent du sens et un but à la vie. Elles incluent ce que les personnes ont besoin de faire, ont envie de faire et ce qu'on attend d'elles qu'elles fassent (3).

**-Troubles du comportement** : Selon l'HAS, il s'agit de comportements pouvant être dérangeants, perturbateurs ou dangereux et qui marquent une rupture franche par rapport au fonctionnement antérieur du patient (1).

Après avoir précisé le thème, nous allons maintenant nous intéresser à sa résonance.

### 1.3 Résonance du thème

La résonance du thème va être étudiée selon différents critères. Premièrement, nous allons montrer qu'il s'agit d'une question socialement vive, puis nous mettrons en avant les enjeux et l'utilité de la recherche.

---

<sup>3</sup> World Federation of occupational therapists



### **1.3.1 Question socialement vive**

D'après le 4ème plan maladie neuro-dégénérative de 2014 à 2019 mis en place par le ministère de la santé, il y a actuellement plus de 850 000 personnes touchées par la maladie d'Alzheimer en France. Les grandes priorités de ce plan sont donc d'améliorer la prise en charge des patients et d'assurer leur qualité de vie (2). De plus, d'après l'OMS, le nombre de personnes atteintes de démence devrait tripler d'ici 2050 (4). Enfin, selon le ministère de la santé, la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des démences du sujet âgé (2).

Ces différentes données nous permettent de mettre en avant la vivacité du sujet. En effet, nous pouvons voir que le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est en constante augmentation. Il s'agit d'un sujet d'actualité puisque des mesures gouvernementales sont mises en place depuis plusieurs années.

### **1.3.2 Enjeux**

Tout d'abord, ce thème comprend des enjeux d'ordre politique. Effectivement, depuis 2001, quatre plans Alzheimer ont été mis en place par le ministère de la santé. Les trois premiers concernaient uniquement la maladie d'Alzheimer tandis que le plan 2014-2019 concerne également la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques et la maladie de Charcot. De nouvelles mesures sont prises régulièrement, cela montre que les maladies neurodégénératives sont au cœur des préoccupations du gouvernement (2).

De plus, il s'agit d'une maladie pour laquelle il n'existe à ce jour aucun traitement curatif. Le traitement permet uniquement de ralentir l'évolution de la maladie. La prise en charge de la maladie est donc un enjeu de santé majeur.

Il y a également des enjeux de santé publique puisqu'il s'agit d'une maladie qui touche un grand nombre de personne et qui a des répercussions sur l'entourage (2). En effet, selon la fondation recherche Alzheimer, le nombre de personnes atteintes par la maladie en France est de 950 000, ce qui en fait la maladie neurodégénérative la plus fréquente. De plus, 225 000 nouveaux cas sont déclarés chaque année, ce chiffre tend donc à augmenter considérablement (5).

Enfin, ce thème met en avant des enjeux économiques puisque d'après la fondation Médéric Alzheimer, le coût global de la maladie d'Alzheimer en France est de 32 milliards d'euros par an. Il s'agit de la maladie la plus coûteuse du 21<sup>ème</sup> siècle (6).

### 1.3.1 Utilité

Cette recherche pourrait avoir comme utilité dans un premier temps d'améliorer la prise en soin et donc la qualité de vie des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage. En effet, selon un article de la fondation nationale de gérontologie (2010), les troubles psychologiques et comportementaux impactent la qualité de vie, plus ils sont nombreux et intenses plus elle diminue (7). Elle pourrait également permettre de diminuer les coûts médicaux, qui s'élèvent à 5.3 milliards d'euros par an, en diminuant la quantité des traitements liés aux symptômes comportementaux (6).

## 1.4 Méthodologie de la revue de littérature

Afin de préciser le thème et de faire un état des lieux des connaissances actuelles, une revue de la littérature va être faite.

Dans un premier temps, afin d'avoir une vision d'ensemble, les mots clés seront utilisés dans le moteur de recherche Google Scholar. Ensuite, les différentes bases de données en lien avec les champs disciplinaires correspondant au sujet seront sollicitées.

Premièrement, la maladie d'Alzheimer concerne le champ disciplinaire de la santé, pour cela les bases de données **Cochrane** ainsi que **PubMed** seront utilisées. Le thème fait également référence au champ disciplinaire de la santé publique, la base de données **EM premium** pourra donc être utilisée. Ensuite, la maladie d'Alzheimer pouvant avoir des répercussions psychologiques aussi bien pour le patient que pour son entourage, la recherche fait appel au champ disciplinaire de la psychologie, auquel est associée la base de données **Pubpsych**.

Ensuite, puisque nous nous intéressons à l'influence de l'activité, le thème comprend le champ disciplinaire des sciences de l'occupation, la base de données **OTDbase** sera donc utilisée.

Enfin, le sujet fait également appel au champ disciplinaire des sciences humaines et sociales, la base de données sollicitée sera donc **Cairn.info**

Afin de répertorier les articles correspondant au thème de la recherche, les équations suivantes seront utilisées :

-Alzheimer OU démence ET troubles du comportement ET "thérapie non médicamenteuse"  
OU "thérapie occupationnelle" OU occupation

- Alzheimer OR dementia AND "behavioural disorders" AND "non-pharmacological therapy"  
OR "occupational therapy" OR "occupation"

Seuls les articles traitant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution seront retenus. Les articles concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile ou suivies par une ESA<sup>4</sup> seront exclus.

Lors de la recherche d'articles, le filtre concernant la temporalité sera utilisé. Seulement les articles datant de moins de dix ans seront retenus. Il s'agit d'un sujet d'actualité, les connaissances concernant cette maladie évoluent régulièrement et les données sont donc réactualisées. Afin d'avoir une revue de littérature internationale, les recherches concerneront les documents en français et en anglais.

Ainsi, les articles retenus pour la revue de littérature sont présentés ci-dessous. Les autres articles n'ont pas été retenus car ils s'intéressaient spécifiquement aux aidants familiaux, aux interventions à domicile ou à d'autres maladies que la maladie d'Alzheimer.

Parmi les articles retenus, sept sont issus de la littérature scientifique :

-Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. (8).

-Management of behavioral symptoms of dementia in a specialized unit care (9).

-Evaluation des interventions psychosociales pour la maladie d'Alzheimer : quelles leçons tirer des méta-analyse de la Cochrane Library ? (10).

-Optimal non pharmacological management of agitation in Alzheimer's disease (11).

---

<sup>4</sup> Equipe spécialisée Alzheimer

-Arrêt soudain des médicaments spécifiques de la démence au stade modéré à sévère de la maladie d'Alzheimer en institution : étude pilote longitudinale descriptive (12).

-Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study (13).

-Non pharmacological approaches to reducing negative behavioral symptoms : a scoping review (14).

Ensuite, six articles sont issus de la littérature professionnelle :

-Thérapeutiques non médicamenteuses et troubles neuropsychologiques en institution (15). Cet article ne suit pas une méthode scientifique rigoureuse, il est tiré d'une revue professionnelle.

-Jeu et maladie d'Alzheimer, pour une intervention psychosociale (16).

-Evaluation et intervention non médicamenteuse auprès de personnes âgées dépendantes (17).

-Démence et thérapie non médicamenteuse, efficacité du cadre ludique (18)

-Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (19).

-Prise en charge des patients déments en unités d'hébergement renforcées (20).

Enfin, un chapitre du livre "Pharmacie clinique et thérapeutique" par l'association nationale des enseignants de pharmacie clinique a été retenu : Traitement de la maladie d'Alzheimer (21).

### **1.5 Analyse des articles de la revue de littérature**

La revue de la littérature s'est donc construite à partir de quatorze articles, dont neuf en français et cinq en anglais. Parmi ces articles, sept sont issus de la littérature scientifique et six sont issus de la littérature professionnelle. Il y a également un chapitre de livre. L'analyse de la revue de la littérature va s'organiser en plusieurs sous-thématiques. Celles-ci découlent de la lecture des différents articles. La première sous-thématique concerne les traitements médicamenteux spécifiques aux troubles du comportement liés de la maladie d'Alzheimer. En effet, le sujet concernant la prise en charge non médicamenteuse de ces troubles, il semble important de s'intéresser en premier lieu à l'utilité et aux limites éventuelles de la prise en charge médicamenteuse. Puis, les différents articles retenus nous amènent à nous intéresser à l'effet des interventions non médicamenteuses pouvant être utilisées auprès de personnes atteintes de

la maladie d'Alzheimer. Enfin, nous nous intéresserons aux facteurs qui peuvent avoir une influence sur les interventions non médicamenteuses proposées dans le cadre de la maladie d'Alzheimer.

### **1.5.1 Utilité et limites de la prise en charge médicamenteuse**

Concernant les traitements médicamenteux, plusieurs résultats sont décrits.

Premièrement, deux études se corroborent et mettent en avant les effets néfastes de la prise de médicaments, des effets secondaires sont parfois observés. De plus, avec l'avancée en âge, les risques d'interactions avec d'autres traitements augmentent et rendent difficile la gestion des traitements médicamenteux (8). Ces résultats sont complétés par une étude qui évoque les raisons de l'arrêt du traitement chez les patients atteints de démence. Il semblerait que ces raisons soient l'inefficacité thérapeutique, les effets indésirables et l'aggravation de la maladie (12). Ainsi, ces résultats sont en accord avec les premiers concernant les effets néfastes des traitements médicamenteux. Puis, ils apportent des compléments en mettant en avant l'inefficacité de certains traitements, d'autant plus lors de l'aggravation de la maladie. En effet, certains troubles tels que la déambulation, les cris ou l'opposition aux soins sembleraient ne pas être améliorés par des traitements médicamenteux (20). Cela nous amène donc à nous demander si l'utilisation de thérapies non médicamenteuses serait plus adaptée à des stades avancés de la maladie et lorsque le traitement ne fonctionne pas. Une autre étude apporte un axe de corroboration en disant que les médicaments ont un intérêt thérapeutique faible (19). Cependant, elle vient également compléter les résultats précédents puisqu'elle met en avant l'importance de ne pas supprimer le traitement médicamenteux sans une évaluation rigoureuse afin de ne pas influencer négativement la prise en charge. Elle permet donc de montrer que les traitements médicamenteux sont parfois utiles. Cela est en accord avec un article évoquant le fait que les traitements médicamenteux devraient être utilisés principalement lorsqu'il existe un danger potentiel pour le patient ou pour autrui (21).

D'autres résultats peuvent être mis en corroboration avec ceux-ci. Ils mettent en avant le fait que les traitements médicamenteux n'ont pas que des effets négatifs et sont parfois nécessaires. En effet, certains symptômes ne peuvent céder que grâce à l'utilisation de médicaments (20). Cela est le cas notamment des hallucinations et idées délirantes ainsi que de l'agressivité (20,21). Cela met en avant que, malgré des effets parfois néfastes des traitements médicamenteux, ils sont parfois la seule solution face à certaines troubles et ne peuvent être

supprimés ou remplacés par des approches non pharmacologiques. Nous pouvons donc nous questionner sur la catégorie de troubles du comportement pouvant être améliorés par une prise en charge non médicamenteuse.

Enfin, certaines études apportent des axes de complémentation permettant de mettre en lien les différents résultats évoqués auparavant. Les résultats mettent en avant l'utilité d'une prise en charge psychosociale afin de pallier les limites des thérapies médicamenteuses (16). De même, les résultats montrent l'importance de mettre en place des interventions thérapeutiques multimodales (17). Il existe une axe de corroboration avec des articles qui parlent de la nécessité d'une prise en charge à la fois médicale, paramédicale et sociale (19,21). Ainsi, ces résultats viennent s'ajouter aux précédents et nous permettent de voir que malgré les effets parfois négatifs des traitements médicamenteux et leur efficacité partielle, ils sont parfois nécessaires. La prise en charge devrait cependant être complétée par des interventions non pharmacologiques afin d'être efficace.

Ainsi, nous pouvons nous demander quels types d'interventions non médicamenteuses peuvent être proposées à ce public ? L'efficacité est-elle la même pour toutes les interventions non médicamenteuses ? Les thérapies non médicamenteuses ont-elles la même efficacité selon les stades de la maladie ? Peuvent-elles permettre la diminution de tous les troubles du comportement ?

### **1.5.2 Effets des interventions non médicamenteuses sur les troubles du comportement**

Les résultats de différentes études montrent qu'il existe de nombreuses thérapies non médicamenteuses qui semblent avoir un intérêt dans la prise en charge des démences de type Alzheimer. Cependant, il n'existe pas un niveau de preuve suffisant (8,15). Les approches non pharmacologiques mises en avant par les articles sont les occupations en lien avec le travail, la créativité, l'artisanat, la stimulation intellectuelle, l'exercice physique, les loisirs, la musique (8,13,19).

Malgré le manque de preuves scientifiques concernant leur efficacité, plusieurs études se sont intéressées à différentes thérapies non médicamenteuses. La musicothérapie semble être l'intervention bénéficiant du meilleur niveau de preuve. En effet, trois articles se corroborent en mettant en avant l'efficacité de la musicothérapie (8,11,19).

L'une d'entre elles précise que les effets sont positifs notamment sur les symptômes dépressifs et l'anxiété (19). Cette dernière est complétée par d'autres résultats qui montrent les effets positifs de la musicothérapie dans la prise en charge de l'agitation chez des patients à un stade modéré à sévère de la maladie d'Alzheimer (11). Certaines études se sont également intéressées à l'activité physique. Les résultats s'accordent sur le fait que l'activité physique permet l'amélioration des fonctions cognitives (15,19). L'une des études apporte plus de précision en disant que l'activité physique a également des bénéfices concernant certains aspects du comportement (19). Nous pouvons donc nous demander si l'amélioration des fonctions cognitives peut avoir un impact sur la diminution des troubles du comportement. Et donc, si des activités de stimulations cognitives pourraient être incluses dans la prise en charge des troubles du comportement liés à la démence.

Le jeu est également l'objet de plusieurs articles. Les résultats se corroborent en disant que le jeu pourrait être un moyen d'intervention efficace dans la prise en charge des troubles du comportement (11,16). L'un des articles apporte un axe de complémentarité en indiquant que l'utilisation du jeu pourrait également permettre l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des résidents (18). L'ensemble de ces résultats se corroborent avec un article mettant en avant le fait que des occupations en lien avec le travail, la musique, la créativité, l'artisanat, la stimulation intellectuelle ainsi que l'exercice physique permettent une amélioration du bien-être (13). De plus, cet article met en avant le fait que l'occupation fait partie des besoins fondamentaux, bien qu'il s'agisse d'un besoin non satisfait chez les personnes atteintes de démence. Il ajoute que l'occupation pourrait avoir des effets bénéfiques sur le bien-être des personnes atteintes de démence et institutionnalisées (13). Nous pouvons donc nous questionner sur le lien entre la qualité de vie, le bien-être et les manifestations psychocomportementales des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Pourquoi l'occupation est-elle un besoin non satisfait chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? Comment le manque d'occupation impacte-t-il la qualité de vie des résidents ? Quel est le lien avec les troubles du comportement ?

Cependant, certains résultats viennent s'opposer en partie à ceux évoqués précédemment. Ils indiquent que certaines interventions non médicamenteuses présentent des contre-indications, telles que le toucher-massage, la réminiscence et la stimulation cognitive (10).

Nous pouvons donc nous interroger sur les causes de ces contre-indications, et si elles sont généralisables à l'ensemble des personnes atteintes de démence.

Ainsi, les thérapies non médicamenteuses pourraient avoir un effet positif pour certaines personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et présentant des troubles du comportement. Cependant, le niveau de preuve est insuffisant, en effet les études actuelles ne permettent pas de mettre en avant des résultats significatifs. Cela pourrait expliquer la complexité du choix des interventions mis en avant par certains articles (15,17,19).

De plus, certains résultats indiquent que les facteurs environnementaux ont un impact dans la prise en charge des troubles du comportement et que des interventions individualisées pourraient avoir un effet positif (20). L'analyse de ces articles nous amène donc à nous demander comment les interventions non médicamenteuses s'inscrivent dans la prise en soin des patients ? Comment choisir l'intervention la plus adaptée au patient ? Le cadre de l'intervention a-t-il un impact sur son efficacité ? Sur quels critères se fait le choix de la thérapie ? L'amélioration de la qualité de vie en lien avec une intervention non médicamenteuse peut-elle avoir des effets positifs sur la diminution des troubles du comportement ?

### **1.5.3 Facteurs influençant les effets des interventions non pharmacologiques sur les manifestations comportementales**

Les résultats montrent qu'une approche pluridisciplinaire peut aider à réduire des troubles du comportements sévères (8). Ces résultats sont corroborés par un article disant que le projet de soin doit être conçu en équipe (17). D'autres études viennent compléter ces résultats en montrant qu'il faut également inclure le résident et son entourage(15,16). Cela permet d'adapter le choix du support aux intérêts et aptitudes de la personnes mais également à ses besoins spécifiques (16). Ces résultats sont complétés par un article soulignant le fait que les occupations des résidents sont influencées par un nombre réduit de résidents, une atmosphère familiale ainsi que des stimulations occupationnelles et des occupations centrées sur la personne (13). Cela est corroboré par une étude qui a montré que dans de nombreux cas, on peut observer une diminution des troubles du comportement lorsque les occupations sont adaptées aux capacités, rôles, intérêts et personnalité de la personne (14). Nous pouvons donc nous demander dans quelle mesure l'implication et la motivation de la personne peuvent influencer les résultats de l'approche non pharmacologique.

Les études mettent également en avant l'impact de la fréquence des interventions. En effet, afin que la prise en charge soit efficace, la fréquence des interventions doit être assez importante (16). Puis, un article évoque également le rôle de l'intervenant et l'impact qu'il peut avoir. Il



est dit que l'intervenant devrait avoir une posture d'observation, de flexibilité et de disponibilité (16). Ces propos sont complétés par une étude qui montre l'effet positif, sur certains troubles du comportement, du renforcement de l'équipe soignante afin de consacrer plus de temps au résident. La disponibilité de l'intervenant semble donc favoriser les effets positifs de l'intervention non médicamenteuse (20).

Enfin, selon l'un des articles le cadre mis en place doit pouvoir apporter une sécurité physique et affective (16). Ces résultats sont corroborés par des études qui montrent l'impact d'un environnement adapté dans la diminution des troubles du comportement (9,20). L'un des articles met en avant l'importance d'un environnement stimulant pour favoriser la participation occupationnelle (14). Cependant, il n'y a pas plus de précisions concernant l'adaptation de l'environnement, nous pouvons donc nous demander quels sont les aspects de l'environnement à prendre en compte lors de la mise en place d'interventions non médicamenteuses. Ainsi, nous pouvons nous demander en quoi l'environnement peut avoir un impact sur l'intervention ? Sur quels critères peut-on s'appuyer afin de concevoir une intervention efficace ? Quelles sont les bénéfices apportés par une approche pluridisciplinaire ?

L'analyse de la revue de littérature a permis dans un premier temps de nous questionner sur les intérêts et limites des traitements médicamenteux. Les résultats ont montré que ces traitements pouvaient avoir des effets néfastes et ne sont pas toujours efficaces. En effet, leur efficacité semble limitée face à des comportements tels que la déambulation, les cris ou l'opposition aux soins. Cependant, ils montrent également qu'ils ne peuvent être supprimés puisqu'ils sont parfois la seule solution efficace face à certains troubles, notamment concernant les hallucinations et idées délirantes ainsi que les comportements agressifs. Une approche pharmacologique est donc nécessaire face à ces troubles du comportement et lorsqu'il y a mise en danger de la personne ou de son entourage. Les articles mettent en avant la nécessité de proposer une prise en charge globale, comprenant des interventions médicamenteuses et non médicamenteuses. En effet, les interventions non médicamenteuses peuvent avoir une influence positive sur le bien-être et la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les approches non pharmacologiques concernées sont : la musicothérapie, l'exercice physique, le jeu ainsi que les activités créatives et les occupations en lien avec le travail. L'effet semble notamment concerner le bien-être et la qualité de vie des résidents. Cependant le niveau de preuve concernant leur efficacité est insuffisant. De plus, certaines approches non

pharmacologiques pourraient présenter des contre-indications (réminiscence, stimulation cognitive, toucher-massage). Elles doivent donc être adaptées à la personne. Enfin, d'après les articles de la revue de littérature, certains facteurs peuvent améliorer l'efficacité des interventions utilisant l'occupation, tels que : l'adaptation aux intérêts et aptitudes de la personne, la posture de l'intervenant, le cadre thérapeutique et l'adaptation de l'environnement. Ainsi, la recherche semble présenter un intérêt dans l'amélioration de la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution.

L'analyse de ces articles selon différentes sous-thématiques nous a conduit à la problématisation pratique. En effet, nous pouvons nous demander dans un premier temps, pourquoi le besoin d'occupation est-il un besoin non satisfait chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? Nous pouvons alors nous interroger sur l'impact que cela peut avoir sur les résidents, et donc quel est le lien entre occupation et troubles du comportement chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution ? Cela nous amène donc à questionner la place de l'ergothérapeute, comment peut-il utiliser l'occupation en tant que thérapie non médicamenteuse pour la prise en charge des troubles du comportement ? Dans le cas où l'ergothérapeute met en place des interventions basées sur l'occupation, comment se fait le choix d'occupations adaptées à la personne ? Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement des résidents dans les occupations ?

## **1.6 Enquête exploratoire**

Afin de poursuivre le travail d'initiation à la recherche, une enquête exploratoire va être réalisée.

### **1.6.1 Construction de l'enquête exploratoire**

L'enquête exploratoire va nous permettre de confronter les données de la littérature à la pratique de terrain et de vérifier l'intérêt socioprofessionnel de cette recherche. Nous pourrions également nous assurer auprès des professionnels concernés de la pertinence et la vivacité du sujet. De plus, cela nous permettra de pallier des études insuffisamment ciblées, notamment

concernant le concept d'occupation. Cela va également permettre de donner une orientation plus précise au travail de recherche et de l'étayer par des apports théoriques supplémentaires.

Plus spécifiquement, les objectifs de l'enquête exploratoire seront :

- Avoir des informations sur les effets de l'occupation sur les troubles du comportement liés à maladie d'Alzheimer
- Savoir comment l'ergothérapeute fait le choix d'une occupation en tant que thérapie non médicamenteuse en lien avec les spécificités du patient et quelles sont celles utilisées sur le terrain
- Connaître les facteurs qui influencent les effets de la prise en soin par l'occupation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et présentant des troubles du comportement
- Connaître les limites éventuelles de la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et présentant des troubles du comportement par l'occupation

Afin que la population répondant à l'enquête corresponde aux attentes de notre recherche, les critères d'inclusion sont d'être ergothérapeutes en EHPAD auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles du comportement. Seront donc exclus les ergothérapeutes ne travaillant pas en EHPAD, car le fonctionnement institutionnel peut influencer l'orientation donnée à la prise en soin. Les autres professionnels de santé, qu'ils interviennent ou non auprès de ce public seront également exclus car nous questionnons ici le travail de l'ergothérapeute.

Afin d'obtenir les réponses de la population ciblée, différents moyens seront utilisés. Premièrement, le référent professionnel de cette recherche sera sollicité, ainsi que son réseau. L'enquête exploratoire sera également diffusée auprès des EHPAD en France, accueillant des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et où travaille un(e) ergothérapeute. L'association française des ergothérapeutes en gériatrie sera également contactée afin d'aider à la diffusion de l'outil de recueil de données et éventuellement obtenir une liste des EHPAD répondant aux critères de la recherche. Enfin, les réseaux sociaux permettront une diffusion large et rapide de l'enquête exploratoire.

L'outil de recueil de données utilisé sera le questionnaire, ce dernier semble le plus adapté aux objectifs de l'enquête exploratoire. En effet, nous pourrions avoir à la fois des données quantitatives et qualitatives (22). En interrogeant un grand nombre de professionnels, nous pourrions avoir une vision plus large de l'effet de l'occupation sur les troubles du comportement, des modalités de mise en œuvre (fréquence, durée). Les résultats obtenus seront donc plus pertinents et représentatifs. De plus, l'utilisation du questionnaire permet une diffusion plus rapide et permet de toucher des professionnels éloignés géographiquement (22). Les ergothérapeutes qui y répondront pourront le faire lorsqu'ils seront disponibles et pourront donc prendre le temps d'une réflexion plus poussée.

Cependant, cet outil présente des limites, en effet nous n'avons pas de garantie concernant la personne qui répond. Il y a également un manque de spontanéité puisque le temps de réponse aux questions n'est pas limité. Enfin, il n'y a pas de possibilité d'approfondir le sujet et il est possible d'observer une absence de réponse à certaines questions.

### 1.6.2 Biais de l'enquête exploratoire

Lors de l'enquête exploratoire, certains biais peuvent être observés et avoir un impact sur les résultats obtenus. Il est donc important de les anticiper afin de les atténuer. Ainsi, les biais que nous avons pu repérer sont (23) :

**-Biais méthodologique** : Le questionnaire peut être incomplet ou les questions mal formulées. Cela pourrait entraîner une difficulté pour les répondants, mais également lors du traitement des données. Pour cela, il faudra veiller à poser des questions précises, simples et neutres afin de ne pas orienter les réponses. De plus, un questionnaire test sera préalablement envoyé à une cohorte d'entraînement ce qui permettra d'atténuer les biais méthodologiques.

**-Biais de désirabilité sociale** : Le répondant peut vouloir montrer un aspect positif de sa pratique, certaines réponses peuvent donc ne pas représenter complètement la réalité. Afin d'atténuer ce biais, l'anonymat sera précisé.

**-Biais cognitif** : La formulation des questions peuvent rendre difficile leur compréhension et peut donc entraîner une absence de réponse ou une réponse inadaptée. Ce biais pourrait notamment être lié à l'utilisation du concept d'occupation, encore peu répandu en France. Pour

cela, une définition sera donnée au début du questionnaire afin de faciliter la compréhension des répondants.

### **1.6.3 Procédure de l'enquête**

L'enquête exploratoire va se dérouler en plusieurs étapes. Premièrement nous allons élaborer un questionnaire. Pour cela, une matrice de questionnement (Cf Annexe 3 p.64) est réalisée afin de guider la construction du questionnaire en lien avec les objectifs de l'enquête exploratoire. Ensuite, nous élaborons une liste de participants potentiels correspondant à la population ciblée. Puis un questionnaire test va être envoyé à une cohorte d'entraînement. Cela va permettre de vérifier la faisabilité et la validité du questionnaire. Les réponses obtenues seront alors analysées afin de pouvoir améliorer le questionnaire. Enfin, le questionnaire définitif sera envoyé à la population ciblée (cf Annexe 4 p.68).

### **1.6.4 Analyse des résultats de l'enquête exploratoire**

Suite à la diffusion du questionnaire de l'enquête exploratoire, nous avons obtenu 31 réponses d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD (cf Annexe 5 p. 70).

L'ancienneté du diplôme des répondants est comprise entre 4 mois et 18 ans. Cela permet une variété de points de vue selon l'année d'obtention du diplôme. Cependant, parmi les 31 ergothérapeutes ayant répondu 19 sont diplômés depuis moins de 5 ans. Cela a pu avoir une influence sur les réponses, notamment concernant la connaissance du concept d'occupation.

Parmi les 31 répondants, 17 mettent en avant la présence d'un PASA au sein de l'EHPAD et 17 ont une unité spécifique pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer telle que des unités de vie protégée ou des unités d'hébergement renforcées. Enfin, 4 n'ont pas d'unité spécifique à la maladie d'Alzheimer. Ces derniers disent utiliser l'occupation. A l'inverse, certains ergothérapeutes travaillant au sein d'unités spécifiques disent ne pas utiliser l'occupation dans le cadre de leur prise en soin.

Ainsi, nous pouvons nous demander, comment l'environnement agit-il sur les occupations ?

Concernant les restrictions occupationnelles des résidents, les ergothérapeutes évoquent principalement des restrictions de participation à l'ensemble des activités de la vie quotidienne (10/31) notamment les soins personnels et les loisirs ainsi que la participation à la vie commune au sein de la structure avec par exemple le ménage, le rangement ou la préparation au repas (6/31). Les ergothérapeutes précisent que ces restrictions d'occupation résultent de multiples facteurs : contraintes et rythme institutionnel, troubles liés à la maladie d'Alzheimer et au vieillissement, mauvaises croyances des soignants (appréhension, font à la place du résident).

Cela nous amène à nous questionner concernant l'impact de l'institution sur les occupations des résidents. Comment expliquer les restrictions d'occupations chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ? L'environnement est-il un frein aux occupations des résidents ? L'autonomie des résidents est-elle limitée par l'institutionnalisation ? Comment l'institution répond-elle au besoin d'occupation des résidents ?

La revue de littérature a montré que chez les personnes atteintes de démence, l'occupation était un besoin non satisfait. L'analyse des résultats de l'enquête exploratoire permet donc de compléter les résultats de la revue de littérature en apporter des précisions sur les occupations les plus limitées du fait de la maladie d'Alzheimer en EHPAD.

Concernant les conséquences de ces restrictions d'occupation, la majorité dit observer une majoration des troubles du comportement, notamment la déambulation (12/31), l'agressivité (7/31), l'apathie (7/31), l'agitation (7/31) et l'anxiété (6/31). Cependant, l'un des ergothérapeutes ayant répondu nuance ses propos en évoquant la difficulté de prouver l'existence d'un lien entre les restrictions d'occupation et la majoration des troubles du comportement.

Dans le cadre de leur prise en soin, 28 ergothérapeutes sur 31 disent utiliser l'occupation. Ils déclarent principalement privilégier les occupations de la vie quotidienne, qui font appel aux habitudes de vie de la personne (12/28), la cuisine (10/28) et les sorties en extérieur (8/28) ainsi que les occupations manuelles (8/28). Plus généralement, les ergothérapeutes mettent en avant l'importance de mettre en place des occupations significatives pour la personne.

Nous pouvons donc nous demander, comment connaître les occupations significatives pour une personne lorsqu'elle n'est pas en capacité d'en parler ?

Lors de la mise en place d'interventions utilisant l'occupation, les répondants déclarent observer un sentiment d'apaisement et de détente (9/28) et une valorisation de l'estime de soi (7/28). Certains ergothérapeutes disent également observer une diminution des troubles tels que l'agitation psychomotrice (5/28), la déambulation (4/28), l'anxiété (4/28), l'apathie (3/28) et l'agressivité (3/28). Pour 27 ergothérapeutes sur 28, l'engagement occupationnel pourrait avoir un effet positif sur les troubles du comportement. Cependant, plusieurs ergothérapeutes déclarent que les troubles du comportement ne peuvent pas toujours être diminués par ces interventions. Deux des ergothérapeutes mettent également en avant les risques liés à l'utilisation de l'occupation : sur stimulation pouvant générer des troubles du comportement positifs, mise en avant des capacités perdues pouvant entraîner de la tristesse et de la frustration.

Ces résultats sont en accord avec ceux de la revue littérature. En effet, certaines études ont mis en avant des contre-indications liées à certaines interventions non médicamenteuses. L'enquête exploratoire nous permet de comprendre les raisons de ces contre-indications.

Lors de la participation à une occupation, 22 ergothérapeutes sur 28 disent que les résidents sont plutôt engagés. Selon eux, plusieurs facteurs peuvent favoriser l'engagement occupationnel des résidents tels que le choix de l'occupation en lien avec les intérêts, habitudes et histoire de vie de la personne (14/28), l'adaptation de l'occupation aux capacités de la personne (8/28), un environnement calme (7/28) et la posture du thérapeute (5/28). Pour cela, l'ensemble des ergothérapeutes s'accordent sur le fait que le choix d'occupation se fait en accord avec la personne, son histoire de vie et ses capacités.

A l'inverse, les facteurs pouvant limiter l'engagement occupationnel des résidents selon les répondants sont la gravité des troubles liés à la maladie (10/28) qui impactent la possibilité qu'ont les résidents d'exprimer leurs choix et leurs envies ainsi qu'un environnement bruyant et source de distractions (9/28). Pour certains répondants, l'institution (infrastructure, personnel...) peut également être un frein à l'engagement occupationnel des résidents.

La posture du thérapeute semble également influencer l'engagement occupationnel des résidents pour 27 ergothérapeutes. Pour cela, ils disent privilégier une posture d'accompagnement et d'écoute ainsi qu'une relation d'égal à égal. De plus, pour construire leurs interventions ils disent s'appuyer davantage sur le MOH (8/28) et l'Humanitude (5/28). Enfin le MCRO et Montessori ont été cités à égales reprises (4/31).

Ainsi, comment évaluer le niveau d'engagement des résidents dans les occupations ? L'engagement des résidents dans des occupations a-t-il un impact sur leur santé ? Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement occupationnel des résidents ?

Enfin, lors de la mise en place des interventions, 27 ergothérapeutes disent travailler en collaboration avec d'autres professionnels. Ils évoquent notamment les aides-soignants (21/28), les psychologues (17/28) et les assistants de soin en gériatrie (16/28). Pour eux, un travail en collaboration permet d'apporter des points de vue différents sur une situation, grâce aux connaissances et compétences propres à chacun ainsi qu'une meilleure adaptation des prises en soin.

### **Questionnement :**

La revue de littérature et l'enquête exploratoire sont en accord sur le fait que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent se retrouver en situation de restriction d'occupations, et l'enquête nous a montré que ces restrictions pourraient être à l'origine d'une majoration des troubles du comportement. L'enquête a mis en avant que les résidents participent peu à la vie sociale au sein de l'EHPAD et ne réalisent plus les occupations de la vie quotidienne. Cela s'explique par les troubles liés à la maladie, mais également par des contraintes institutionnelles. De plus, la revue de littérature et l'enquête exploratoire s'accordent sur le fait que plusieurs facteurs pourraient favoriser leur engagement occupationnel : choix de l'occupation en fonction des intérêts et capacités de la personne, attitude/ posture du thérapeute, environnement.

Ainsi, nous pouvons nous demander pourquoi les résidents peuvent-ils se retrouver en situation de restriction occupationnelle ? Quelles conséquences ces restrictions peuvent-elles avoir ? De plus, nous pouvons nous questionner sur les raisons de ces restrictions d'occupations, comment la maladie impacte-t-elle les occupations des résidents ? En quoi les soignants et l'institution peuvent-ils être un frein à l'autonomie des résidents dans le choix et la réalisation de leurs occupations ? Et donc, en quoi l'institutionnalisation peut-elle impacter l'engagement occupationnel des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? Ainsi, nous pouvons nous demander, comment l'autonomie des résidents impacte-t-elle leur engagement occupation ? Enfin, concernant la prise en soin de ces personnes, de quelle manière est-il possible d'aider les résidents à s'engager dans des occupations ?



## **1.7 Question initiale de recherche**

Les résultats de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire ont mis en avant que l'occupation est un besoin non satisfait chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD, et que cela pourrait avoir un lien avec les troubles du comportement. De plus, les résultats montrent qu'il faut prendre en compte les effets de l'institutionnalisation sur la possibilité de s'engager dans des occupations, en lien avec l'environnement humain et matériel. En effet, d'après l'enquête exploratoire, l'engagement occupationnel pourrait être limité par la difficultés des résidents à exprimer leurs envies, le manque de sens des occupations proposées ou encore une limitation de leur autonomie. Cela nous amène donc à nous intéresser à l'autonomie des résidents en EHPAD et le lien éventuel avec leur engagement occupationnel.

Ainsi, la question initiale de recherche est :

**En quoi la perte d'autonomie des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer institutionnalisées influence-t-elle leur engagement dans les occupations de la vie quotidienne ?**

## **1.8 Cadre théorique**

Afin de mieux comprendre le phénomène mis en avant par la question initiale de recherche, nous allons étudier plusieurs concepts. Pour cela, nous étudierons dans un premier temps le modèle de l'occupation humaine qui nous permettra d'étudier la notion d'occupation, puis nous verrons plus spécifiquement au concept d'engagement occupationnel. La première partie de l'étayage conceptuel se situera donc dans le champ disciplinaire de la science de l'occupation. Ensuite, nous nous intéresserons au concept d'autonomie, pour cela nous nous placerons dans le champ disciplinaire de l'éthique, puis de la science de l'occupation.

### 1.8.1 Modèle de l'occupation humaine

La recherche s'intéresse à la notion d'engagement occupationnel, il semble donc intéressant d'étudier dans un premier temps l'occupation humaine avant de voir plus spécifiquement le concept d'engagement. En effet, le modèle de l'occupation humaine cherche à expliquer comment, par des interactions réciproques et dynamiques entre quatre éléments, une personne prend part à des occupations. Ces éléments, décrits dans l'ouvrage "Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application" sont : la volition, l'habitation, la capacité de performance et l'environnement (24).

La volition correspond à la motivation de la personne, en lien avec ses valeurs, ses intérêts et ses déterminants personnels. Les valeurs correspondent à ce qui est signifiant pour la personne et significatif, par rapport à la société. Les intérêts de la personne font référence à ce qu'elle aime faire, ce qu'elle trouve satisfaisant dans une occupation. Enfin, les déterminants personnels font référence à la capacité d'une personne à réaliser une occupation et à son efficacité. De plus, chaque action réalisée par une personne est sous tendue par un processus volitionnel. Pour cela, la personne expérimente une occupation qu'elle a choisie. Cette expérience va être à l'origine de l'émergence de pensées et sentiments en lien avec l'occupation réalisée. Ensuite, l'interprétation de l'expérience vécue va permettre à la personne de mettre en évidence la performance en termes de signifiante pour elle et pour les autres. Puis, suite aux diverses expériences vécues, la personne va être capable d'anticiper ses actions, selon les opportunités qui s'offrent à elle, ce qu'on attend d'elle mais également en fonction de ses propres compétences et de ce qu'elle aime. L'ensemble de ce processus est donc à l'origine du choix de futures occupations. Le processus volitionnel est un processus qui se répète tout au long de la vie et qui permet donc à la personne de s'engager dans des occupations (24).

Ensuite, l'habitation fait référence à la manière dont les comportements répétés, dans un environnement stable, deviennent des habitudes et permettent à chacun d'avoir des rôles. En effet, la réalisation répétée d'une action dans un contexte donnée permet son intériorisation et donc de créer des habitudes. Ces habitudes vont permettre à la personne d'agir face à des situations familières, au sein d'un environnement. L'ensemble de ces comportements intériorisés sont également le reflet des rôles. En effet, les façons d'agir d'une personne peuvent être reliées à un statut social. La personne se voit alors attribuer des rôles, à la fois par la société et par elle-même, en fonction de ce dont elle se sent responsable. Chaque personne a plusieurs rôles qui lui permettent de structurer sa routine occupationnelle. De plus, l'environnement

physique et social peut avoir une influence sur l'habituatation puisqu'il influence la manière dont une personne réalise certaines actions (24).

Le troisième élément développé dans le modèle de l'occupation humaine est la capacité de performance. Cela fait référence à la capacité d'agir, qui dépend des capacités concernant à la fois les composantes physiques et mentales (objectives) et la perception de la personne (subjective), que Kielhofner appelle le "corps vécu" (24). En effet, la capacité d'agir et donc de participer à des occupations dépend des capacités physiques de la personne et de ses habiletés cognitives. Ces capacités sont observables et peuvent être évaluées. La perception de la personne correspond à la manière dont elle perçoit et vit ses propres capacités. Cette perception peut également influencer la manière dont une personne prend part à ses occupations (24).

Enfin, ce modèle met en évidence le fait que toutes les occupations se déroulent dans un environnement complexe et multidimensionnel. Le contexte physique et socioculturel influence la manière dont est réalisée l'occupation et le sens qui lui est donné. L'environnement inclut la dimension physique et la dimension sociale. L'environnement physique fait référence aux espaces, aux objets que la personne utilise. L'environnement social fait référence à l'entourage humain et au contexte socioculturel dans lequel évolue la personne. L'environnement offre donc des opportunités et des ressources pour agir. Cependant, il peut également être à l'origine de contraintes.

Ainsi, le modèle de l'occupation humaine montre comment la volition, l'habituatation, la capacité de performance et l'environnement interagissent dans un système dynamique qui influence la manière dont chacun prend part à des occupations. Pour qu'une personne puisse s'engager dans des occupations, il semble donc nécessaire qu'elles correspondent à ses valeurs et intérêts. Et, nous avons pu voir que chaque action est sous tendue par un processus volitionnel qui permet l'engagement, et passe par le choix et l'expérimentation d'occupations. Puis, la répétition de certaines actions va permettre la mise en place d'habitudes, qui donnent un rôle à la personne et lui permettent de construire sa routine occupationnelle. De plus, les occupations doivent être adaptées aux capacités de la personne. Cette dernière doit également se sentir capable d'y prendre part, ce qui dépend de la perception qu'elle a de ses capacités. Enfin, chaque occupation se déroulant dans un environnement multidimensionnel, il faut prendre en considération les ressources ou contraintes dont il peut être à l'origine.

Nous pouvons donc nous demander, les quatre éléments décrits par le modèle de l'occupation humaine doivent-ils nécessairement coexister pour permettre à une personne de s'engager dans une occupation ? Et, si ce système dynamique est impacté par des changements concernant l'un des éléments, comment cela influence-t-il l'engagement occupationnel de la personne ? Enfin, ces quatre éléments ont-ils tous la même importance et l'un peut-il compenser l'autre afin de permettre l'engagement occupationnel ?

Afin de mieux comprendre comment ces différents éléments peuvent impacter les occupations d'une personne, nous allons maintenant nous intéresser au concept d'engagement occupationnel.

### **1.8.2 Engagement occupationnel**

La problématique soulevée s'intéresse plus spécifiquement à l'engagement occupationnel, que nous allons étudier selon le champ disciplinaire de la science de l'occupation.

Cette notion est définie par le Cadre Conceptuel du Groupe Terminologie 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" (25). L'engagement occupationnel d'une personne est conditionné par sa motivation et sa volition. Le CCTE<sup>5</sup> associe la performance à un "comportement observable", tandis que l'engagement est associé à un "éprouvé". Cela met en avant le l'aspect subjectif et personnel de l'engagement occupationnel. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un élément mesurable, le CCTE donne des indices pouvant informer sur l'engagement de la personne. Cela passe par exemple par la notion de plaisir lors de la réalisation de l'occupation, la durée pendant laquelle la personne prend part à l'occupation ou encore des "manifestation verbales ou intraverbales" (25).

L'engagement occupationnel est également dépendant du contexte spatio-temporel. En effet, le contexte peut limiter ou favoriser le sentiment de choisir et de participer ou encore de trouver un sens positif à l'occupation. Ainsi, l'engagement occupationnel peut être influencé par des

---

<sup>5</sup> Cadre conceptuel du groupe terminologie

facteurs indépendants de la personne, l'environnement socioculturel est donc à prendre en compte.

Dans le livre "engagement, occupation et santé", l'engagement occupationnel est considéré comme "le versant motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation ou de l'activité" (26). Cette définition met plus en avant le fait que l'engagement occupationnel a une part importante de subjectivité et qu'il est dépendant des caractéristiques propres à chacun. Ainsi, l'engagement occupationnel est décrit comme un sentiment personnel et subjectif, mais qui est influencé par des facteurs indépendants de la personne. Cela nous amène donc à nous demander, dans quelle mesure l'environnement peut-il avoir une influence sur un ressenti personnel ?

De plus, il semblerait que "plus l'engagement occupationnel d'une personne est important, plus la perception que celle-ci a de sa santé et de son bien-être est positive" (26). Ainsi, il semble important de permettre à la personne de s'engager dans ses occupations.

Dans les définitions précédentes, l'engagement occupationnel est présenté comme la réalisation d'une occupation ayant un sens positif. Au travers de l'élaboration du cadre conceptuel de l'engagement occupationnel, K. Morris et D. Cox ont cherché à élargir cette définition. En effet, pour eux l'engagement occupationnel est l'engagement dans une occupation à laquelle la personne attribue des valeurs subjectives, qu'elles soient positives ou négatives. Ils mettent également en avant l'existence d'une "rétroaction externe (sociale, culturelle ou physique)" est également mise en avant (27). Cela correspond à l'influence que peut avoir l'environnement sur l'engagement occupationnel, ce qui lui confère un caractère fluctuant. Ainsi, ils apportent une vision plus globale de l'engagement occupationnel en considérant à la fois ses aspects positifs et négatifs ainsi que l'influence de l'environnement. Selon ce cadre conceptuel, l'engagement occupationnel est donc observé lorsque la personne attribue une valeur et des conséquences positives à sa participation, la participation ayant une valeur neutre. A l'inverse, un désengagement occupationnel peut être observé lorsque la personne y attribue des valeurs et conséquences négatives. Ainsi, l'impossibilité pour une personne de réaliser les occupations qu'elle souhaite pourrait-elle être à l'origine d'un désengagement occupationnel ?

L'engagement occupationnel est donc un sentiment subjectif et personnel, en lien avec les valeurs que la personne attribue à l'occupation. De plus, il semblerait que plus l'engagement est important, plus la personne a une perception positive de son bien-être. Il est dépendant de facteurs propres à la personne, tels que sa volition et sa capacité à faire des choix. Cependant,

l'engagement occupationnel d'une personne peut également être influencé par des facteurs externes, en lien avec l'environnement social, culturel ou physique. Bien qu'il n'existe pas de moyens spécifiques pour le mesurer, l'engagement occupationnel d'une personne peut s'observer par des manifestations verbales et intraverbales, son plaisir lors de l'occupation et la durée d'investissement.

Ainsi, est-il nécessaire que la motivation de la personne précède la réalisation de l'occupation ou la motivation peut-elle apparaître au cours de l'occupation ? Si une occupation n'est pas en accord total avec les valeurs et intérêts de la personne, est-il tout de même possible pour elle de s'engager dans cette occupation ? De plus, nous pouvons nous questionner sur l'impact de l'environnement. Est-il possible de passer de l'engagement ou désengagement occupationnel, et inversement, lors d'une même occupation, sous l'influence de l'environnement ?

Afin d'apporter des éléments de compréhension au phénomène mis en avant par la question initiale de recherche, nous allons maintenant nous intéresser au concept d'autonomie.

### **1.8.3 Autonomie**

Afin d'étudier ce concept, nous nous situerons dans un premier temps dans le champ disciplinaire de l'éthique, puis nous verrons l'autonomie selon les sciences de l'occupation.

Le concept d'autonomie vient du grec et signifie "droit de se régir par ses propres lois" (28). Il s'agit donc de la capacité à pouvoir prendre ses propres décisions. Kant définit l'autonomie comme étant la "propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi" (29). L'autonomie semble donc être la possibilité pour une personne d'agir en fonction de ses propres choix.

Le comité consultatif national d'éthique distingue trois niveaux d'autonomie : d'action, de pensée et de volonté. L'autonomie d'action correspond à la capacité de se déplacer dans son environnement. L'autonomie de pensée est la capacité de comprendre une information et de pouvoir exercer son esprit critique. Enfin, l'autonomie de volonté "définit la capacité d'une personne à suspendre la spontanéité impulsive qui détermine mécaniquement son action, pour se décider en fonction d'une résolution consciente et personnalisée" (30). Cette autonomie de volonté peut être considérée comme de l'autolimitation, qui correspond au fait de suivre ses propres lois. De plus, elle peut également être vue comme souveraineté individuelle qui se

défini comme le fait "d'avoir des préférences singulières et de se déterminer en fonction d'une conception du bien dont il appartient à chacun de déterminer librement le contenu" (30).

F. Gizl met en avant différentes définitions de l'autonomie. Premièrement l'autonomie exécutionnelle, qui correspond au fait de réaliser seul des activités de la vie quotidienne, puis l'autonomie décisionnelle qui correspond au fait de prendre des décisions. Il évoque également l'autonomie "participationnelle", qui correspond pour les personnes à "la faculté à être reconnues comme faisant encore pleinement partie de la communauté humaine à laquelle elles appartiennent", cela passe par la possibilité de participer à une vie sociale (31). Ainsi, les différents versants de l'autonomie co-existent-ils toujours ? L'un peut-il exister sans l'autre ?

Il semble en effet important de reconnaître l'autonomie de la personne et de faire en sorte de la préserver autant que possible puisque "même si la dignité ne se réduit pas à l'autonomie, le respect de la dignité humaine implique de tenir compte de l'autonomie (en particulier des souhaits ou des préférences) de la personne" (32).

L'autonomie est également définie comme la "capacité de la personne qui lui permet de décider elle-même et librement de ses actions, d'élaborer par là sa propre conception de la vie bonne et de ce qu'elle est ; ce faisant, elle se construit une identité dont elle est responsable, identité qu'elle peut modifier" (33). L'autonomie est donc pensée comme étant une capacité à faire des choix et à établir son identité.

Le concept d'autonomie a également été défini plus spécifiquement dans le domaine de l'ergothérapie. En effet, l'autonomie a été définie par le CCTE<sup>6</sup> comme la "liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci" (25). Cette définition met en avant la nécessité de prendre en compte à la fois les facteurs personnels et les facteurs liés à l'environnement afin de faire des choix et d'agir.

D'après N. Sève-Ferrieu, "l'autonomie est ce qui permet de poser, en lien avec la société et ceux qui entourent l'individu, les choix qui semblent permettre la meilleure réalisation de soi possible" (34). Cette autonomie peut être altérée par plusieurs facteurs. Premièrement, une déficience psychique ou organique qui empêche la personne de se voir elle-même comme une personne à part entière au sein de son environnement, et d'avoir les capacités de comprendre et analyser les données afin de pouvoir

---

<sup>6</sup> Cadre Conceptuel du groupe Terminologie du réseau européen des écoles d'ergothérapie (ENOTHE)

faire un choix. Le deuxième facteur est "l'aliénation de la personne" qui l'empêche d'exprimer son jugement (interdépendances pathologiques) : famille, institution (34). Cette définition met donc en avant les effets négatifs que peuvent avoir ces différents facteurs sur l'autonomie d'une personne.

Nous allons maintenant nous intéresser plus spécifiquement à l'autonomie chez les personnes en situation de vulnérabilité. En effet, chez les personnes vulnérables, l'autonomie est considérablement altérée. Et, d'après le CCNE<sup>7</sup>, la perte d'autonomie est à l'origine d'une souffrance morale et sociale. De plus, il semble y avoir de la part de l'entourage des personnes âgées une "tendance à la négation de leur autonomie restante", ce qui augmente cette souffrance et affecte leur dignité (35). En effet, l'environnement social de la personne, en cherchant à aider et mettre en sécurité la personne, "altère nécessairement l'exercice de son autonomie, la conditionne, la contraint" (35). Il est également dit que chez la personne âgée, la vulnérabilité "se traduit par une diminution de l'autonomie décisionnelle" (36). En effet, il semblerait que malgré certains moyens mis en place pour protéger ces personnes, "la liberté de décision de la personne âgée vulnérable trouve toutefois sa limite dans son aptitude de fait à exprimer son consentement" (36). Ainsi, l'autonomie des personnes considérées comme vulnérables n'est pas toujours respectée, du fait de leur difficultés à exprimer leurs attentes ou par la nécessité d'assurer leur sécurité. Cependant, la perte d'autonomie de ces personnes contribuent d'autant plus à leur vulnérabilité. Cela pose donc un questionnement éthique sur la limite entre autonomie et sécurité de la personne vulnérable.

Nous avons pu voir que l'autonomie peut s'observer au niveau exécutionnelle, décisionnelle et participationnelle. Nous pouvons donc nous demander si l'autonomie exécutionnelle peut exister sans l'autonomie décisionnelle, et inversement. De plus, est-il nécessaire d'être libre de ses choix et de ses actions afin de participer à la vie sociale ? Nous avons également vu que l'autonomie dépend à la fois de déterminants propres à la personne et de l'influence de facteurs externes. Ainsi, l'autonomie n'est-elle pas par nature soumise à des dépendances ? Comment s'assurer alors qu'une personne est réellement autonome ?

Plus particulièrement, chez les personnes en situation de la vulnérabilité, l'autonomie peut être limitée par les difficultés liées à la pathologie mais également par l'environnement humain qui, voulant protéger la personne, contraint son autonomie. Cela peut être à l'origine d'une

<sup>7</sup> Comité Consultatif National d'Ethique



souffrance morale. Nous pouvons donc nous demander, est-il possible de respecter l'autonomie de la personne tout en assurant sa sécurité ?

#### **1.8.4 Lien avec la problématisation pratique**

L'engagement occupationnel est un sentiment subjectif d'être impliqué dans la réalisation d'une activité, ce qui peut impacter positivement la santé d'une personne. Il dépend à la fois de déterminants personnels et de facteurs indépendants de la personne. Afin que la personne se sente engagée, il faut que l'occupation soit en accord avec ses envies et ses valeurs. De plus, l'engagement occupationnel est soutenu par le processus volitionnel, qui passe par les choix et l'expérimentation d'occupation par la personne. En lien avec le concept d'autonomie, nous pouvons donc nous demander est-il possible que le processus volitionnel se mette en place si l'autonomie décisionnelle de la personne est limitée ? Et, l'autonomie de la personne peut-elle se développer au travers de la réalisation d'occupation, ou faut-il être autonome pour prendre part à des occupations ? L'autonomie est-elle un prérequis à l'engagement occupationnel ?

L'enquête exploratoire avait mis en avant le fait que l'engagement occupationnel des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer pouvait être limité par une altération de leur autonomie. En effet, l'enquête avait montré que la maladie est à l'origine d'un manque d'activité spontanée, et que le personnel limite d'autant plus l'autonomie en faisant à la place de la personne, souvent du fait d'un sentiment d'appréhension à ce que la personne agisse par elle-même. Dans le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, leur capacité à exprimer et faire ce qu'elles souhaitent est donc altérée par la pathologie et par l'entourage, leur autonomie est donc limitée. Nous pouvons donc nous questionner sur la manière dont cela affecte leur possibilité de s'engager dans des occupations. Afin qu'une personne s'engage dans une occupation, doit-elle uniquement pouvoir en faire le choix, ou est-il également nécessaire qu'elle puisse la réaliser seule ?

Concernant l'ergothérapeute, son rôle est "de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace" (37). Ainsi, quels peuvent être les obstacles au respect de l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution ? L'ergothérapeute, en agissant sur l'autonomie de la personne peut-il participer au processus personnel et subjectif qu'est l'engagement occupationnel ?

## **1.9 Question et objet de recherche**

Ce questionnement nous amène donc à la question de recherche suivante :

**Dans le cadre d'un suivi en ergothérapie, comment la promotion de l'autonomie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution influence-t-elle son engagement occupationnel ?**

L'objet de recherche est donc : Etude différentielle de l'influence de la promotion de l'autonomie d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution sur son engagement occupationnel, dans le cadre d'un suivi en ergothérapie

## **2. Matériel et méthode**

Dans cette partie, le dispositif de recherche va être mis en place. Pour cela, une méthode de recherche ainsi qu'un outil de recueil de données vont être développés.

### **2.1 Choix de la méthode de recherche**

La question de recherche telle que nous l'avons formulée interroge l'existence d'un lien de corrélation entre deux variables. La méthode de recherche privilégiée est donc la méthode différentielle qui "étudie les variations de réponses (comportements, attitudes, croyances, styles) par rapport à un phénomène extérieur" (38). Nous aurions également pu envisager une méthode expérimentale mais le temps imparti pour réaliser la recherche et le contexte sanitaire actuel ne nous le permettent pas.

## **2.2 Identification des variables**

La méthode de recherche différentielle s'intéresse aux liens potentiels entre deux variables. Il existe deux types de variables : variable indépendante et variable dépendante.

La variable indépendante "est celle dont le chercheur souhaite mesurer et comprendre l'influence qu'elle exerce sur la variable dépendante", la variable dépendante est donc "celle dont le chercheur se propose d'expliquer les variations" (38). Ainsi, dans le cadre de cette recherche, la variable indépendante est : la promotion de l'autonomie des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer par l'ergothérapeute (PA). Il s'agit d'une variable invoquée. Cette variable peut être déclinée en trois modalités : promotion de l'autonomie exécutionnelle (Pae), promotion de l'autonomie décisionnelle (Pad) et promotion de l'autonomie participationnelle (PAp). Il s'agit d'une variable dimensionnelle et contextuelle. La promotion de l'autonomie des résidents par l'ergothérapeute est donc considérée ici comme une variable intrinsèque puisqu'elle dépend de facteurs personnels mais également extrinsèque puisqu'elle est influencée par l'environnement.

Et, la variable dépendante est donc : l'engagement occupationnel des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (EO). Il s'agit d'une variable intra-individuelle de type dimensionnelle puisque nous nous intéressons au comportement de la personne lorsqu'elle prend part à des occupations.

## **2.3 Hypothèse de recherche**

Suite à l'identification des variables nous pouvons élaborer l'hypothèse générale de recherche. L'hypothèse générale est donc :

H1 : La promotion de l'autonomie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution par l'ergothérapeute influence son engagement occupationnel

Une hypothèse nulle est également formulée, celle-ci va nous permettre de confirmer ou d'infirmer le lien de corrélation entre les deux variables :

H0 : La promotion de l'autonomie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution par l'ergothérapeute n'influence pas son engagement occupationnel

Ensuite, afin de pouvoir étudier l'hypothèse générale, il est nécessaire de l'opérationnaliser. Nous avons donc les hypothèses opérationnalisées :

Ho1 : Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie exécutionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel est important

Ho2 : Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie décisionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel est important

Nous avons décidé de ne pas établir d'hypothèse concernant la troisième modalité de l'autonomie qui est l'autonomie participationnelle. En effet, d'après les résultats de l'enquête exploratoire les ergothérapeutes sont particulièrement attentifs au choix des occupations en lien avec les intérêts des résidents et à l'adaptation de l'occupation à leurs capacités. Ils semblent donc travailler principalement sur l'autonomie décisionnelle et exécutionnelle des résidents.

#### **2.4 Identification de la population et sites d'exploration**

La recherche s'intéresse aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, résidant au sein d'un EHPAD. En effet, nous prenons en considération les effets potentiels de l'institutionnalisation sur les résidents, mais également sur le suivi en ergothérapie. Ainsi, la population interrogée devra répondre aux critères d'inclusions suivant :

-Être ergothérapeute diplômé(e) d'état

-Être ergothérapeute au sein d'un EHPAD qui accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Seront donc exclus de la recherche les ergothérapeutes ne travaillant pas en EHPAD auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et l'ensemble des autres professionnels.

## **2.5 Construction de l'outil de recherche**

Afin de réaliser la recherche, nous allons mettre en place un outil de recherche. La méthodologie de construction de cet outil va donc être développée.

### **2.5.1 Choix de l'outil de recueil de données**

La question de recherche telle qu'elle a été formulée nous a conduit à utiliser une méthode de recherche différentielle. Nous aurions pu utiliser l'observation, en effet cela nous aurait permis d'avoir accès au non verbal, et d'avoir connaissance "des attitudes et comportements spontanés des individus" (22). Cependant cela n'est pas faisable dans le contexte sanitaire actuel.

De ce fait, l'outil de recherche retenu est le questionnaire. En effet la méthode différentielle est une méthode quantitative, nous cherchons donc à avoir un grand nombre de données. Le questionnaire, par sa diffusion rapide et sans contrainte géographique, va nous permettre d'obtenir ces données quantitatives. De plus, les ergothérapeutes qui y répondront pourront le faire au moment le plus adéquat pour eux et de manière anonyme, ce qui peut favoriser la participation.

Cependant, le questionnaire présente des limites puisqu'il ne permet pas d'approfondir un point, les questions étant fixées auparavant. De plus l'utilisation du questionnaire ne nous permet pas d'être assuré de l'identité du répondant et ne permet pas la spontanéité des réponses. Enfin, le questionnaire ne nous permet pas d'avoir accès à des informations passant par le non-verbal (22).

Les objectifs de la recherche auxquels le questionnaire va nous aider à répondre sont :

- Obtenir des données quantitatives
- Confirmer ou infirmer les hypothèses de recherche en étudiant les liens de corrélation entre les variables
- Avoir des informations sur le niveau d'engagement occupationnel des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer en fonction de leur autonomie

### **2.5.2 Identification des biais et stratégies d'atténuation**

Les résultats de la recherche peuvent être impactés par plusieurs biais. Afin d'essayer de limiter ces biais, nous allons préalablement les identifier et mettre en place des stratégies d'atténuation (23).

-Biais méthodologique : Afin d'obtenir des réponses utiles à la recherche, il faudra être attentif à la formulation des questions. Pour cela et afin de s'assurer de la correspondance entre les questions posées et les objectifs de la recherche, une matrice de questionnement va être réalisée.

-Biais cognitif : Afin de faciliter la compréhension des questions par les ergothérapeutes, certains termes vont être définis. Dans le cadre de cette recherche, la notion d'engagement occupationnel pourra notamment être à l'origine de biais cognitifs. Pour cela, le questionnaire présentera une définition de l'engagement occupationnel afin d'atténuer le biais cognitif lié à ce concept. De plus, le questionnaire va être testé auprès d'une cohorte d'entraînement. Cela permettra de mettre en évidence des difficultés de compréhension, mais également d'évaluer le temps de passation. En effet, si ce temps est trop long, les répondants pourraient être lassés et ne pas y répondre entièrement.

-Biais de désirabilité sociale : Les répondants pourraient se sentir jugés en fonction de leur réponse, et donc donner des réponses qui ne reflètent pas la réalité. Pour cela, nous préciserons que le questionnaire est anonyme et qu'aucun jugement ne sera porté sur les réponses.

-Biais de sélection : L'utilisation du questionnaire anonyme ne nous permet pas d'être certain de l'identité des personnes qui y répondent. Afin d'atténuer ce biais, le questionnaire proposera une partie permettant de recueillir des données sur le répondant (diplôme, lieu d'exercice...)

-Biais de subjectivité : La formulation des questions pourraient donner une indication sur la réponse attendu par le chercheur. Afin de vérifier la neutralité des questions, le questionnaire sera proposé à une cohorte d'entraînement.

### **2.5.3 Méthode d'échantillonnage**

Actuellement, nous n'avons pas connaissance de l'ensemble des individus qui constituent la population mère, c'est-à-dire les ergothérapeutes travaillant en EHPAD auprès de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. De ce fait, l'échantillon de la recherche sera non probabiliste

et les résultats obtenus ne seront pas généralisables (22). Cependant, afin d'obtenir le plus de réponses possibles, l'échantillonnage sera fait par réseau. En effet, nous demanderons aux personnes ayant répondu au questionnaire de le transmettre à d'autres personnes susceptibles de pouvoir participer à la recherche. Cette méthode d'échantillonnage accentue d'autant plus le biais de sélection, nous veillerons donc à poser plusieurs questions permettant de filtrer les réponses des personnes ne correspondant pas à notre population ciblée.

#### **2.5.4 Construction de l'outil de recueil de données**

Afin de construire le questionnaire à destination des ergothérapeutes, nous avons préalablement élaboré une matrice de questionnement (cf Annexe 7 p.80). Cette dernière permet de mettre en avant l'objectif visé par chaque question ainsi que les modalités de réponse.

Le questionnaire comprend 17 questions et se divise en quatre sous-parties. La première s'intéresse à la prise en compte de l'autonomie exécutive des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer par les ergothérapeutes, et la deuxième à l'autonomie décisionnelle des résidents. La troisième partie concerne l'engagement occupationnel des résidents en fonction de leur autonomie. Enfin, la quatrième partie permet d'avoir des informations sur les ergothérapeutes ayant répondu. L'ensemble du questionnaire comprend des questions fermées ainsi que des échelles numériques, ces dernières vont nous permettre de faire une analyse statistique des résultats (22). Il comprend également des questions ouvertes qui vont nous permettre d'avoir des réponses plus détaillées. Cependant, nous avons cherché à limiter le nombre de questions ouvertes afin de faciliter le traitement des données et ne pas rendre le temps de passation trop long pour les ergothérapeutes (22).

Le questionnaire sera réalisé sur GoogleForm® (cf Annexe 8 p.83). Cela permettra une diffusion large et rapide du questionnaire. De plus, il nous permet d'obtenir des graphiques permettant de synthétiser les réponses pour chaque question.

Concernant la diffusion du questionnaire, nous allons tout d'abord l'envoyer aux ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire lors de l'enquête exploratoire. Puis, le questionnaire sera mis en ligne sur des groupes Facebook réunissant des ergothérapeutes "Ergo en EHPAD", "Ergo en PASA/ EHPAD" ainsi que "Idées activités Alzheimer (ou apparentées)".

### **2.5.5 Traitement des données**

L'utilisation de la méthode différentielle et du questionnaire va nous amener à traiter majoritairement des données quantitatives. De ce fait, nous procéderons à une analyse statistique des résultats (38). Pour cela nous utiliserons le logiciel Excel® avec l'extension Xlstat permettant une analyse par statistiques inférentielles.

## **3. Résultats**

### **3.1 Présentation des ergothérapeutes ayant répondu à l'enquête**

Suite à la diffusion du questionnaire, nous avons obtenu 33 réponses d'ergothérapeutes diplômé(e)s d'état, travaillant en EHPAD auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Concernant l'année d'obtention du diplôme, 5 ergothérapeutes ont obtenu leur diplôme avant la réforme de 2010, et donc 28 ergothérapeutes ont été diplômés après la réforme. Ainsi, la majorité des ergothérapeutes de notre échantillon a été diplômée après 2010 (cf Annexe 9 p.86).

Concernant leur expérience auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, 14 ergothérapeutes ont entre un an et cinq ans d'expérience, 12 ont moins d'un an d'expérience, 4 ont une expérience de six à dix ans et 3 ont plus de dix ans d'expérience. Ainsi, la majorité des ergothérapeutes de notre échantillon a entre un an et cinq ans d'expérience auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (cf Annexe 10 p.86)

### **3.2 Analyse descriptive des résultats**

#### **3.2.1 Autonomie exécutionnelle**

Concernant l'importance accordée au fait de permettre au résident de réaliser seul des occupations, les ergothérapeutes interrogées la situe en moyenne à 9,2/10. Le mode, c'est-à-dire la valeur qui apparaît le plus souvent, est égal à 10. Le niveau d'importance accordée à



l'autonomie exécutionnelle par les ergothérapeutes enquêtés est compris entre 5/10 et 10/10. (cf Annexe 11 p.87)

Parmi les 33 répondants, 26 ergothérapeutes disent qu'ils laissent souvent le résident réaliser seul des occupations. 5 ergothérapeutes disent le faire toujours, et 2 ergothérapeutes disent le faire parfois. Il apparaît qu'aucun ergothérapeute n'a répondu "toujours" à cette question bien que la majorité à déclarer considérer cela comme un élément prioritaire de leur pratique. (cf Annexe 12 p.87).

Concernant les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'autonomie exécutionnelle des résidents la guidance verbale (32/33) et la guidance gestuelle (31/33) sont les plus cités (cf Annexe 13 p.88).

### **3.2.2 Autonomie décisionnelle**

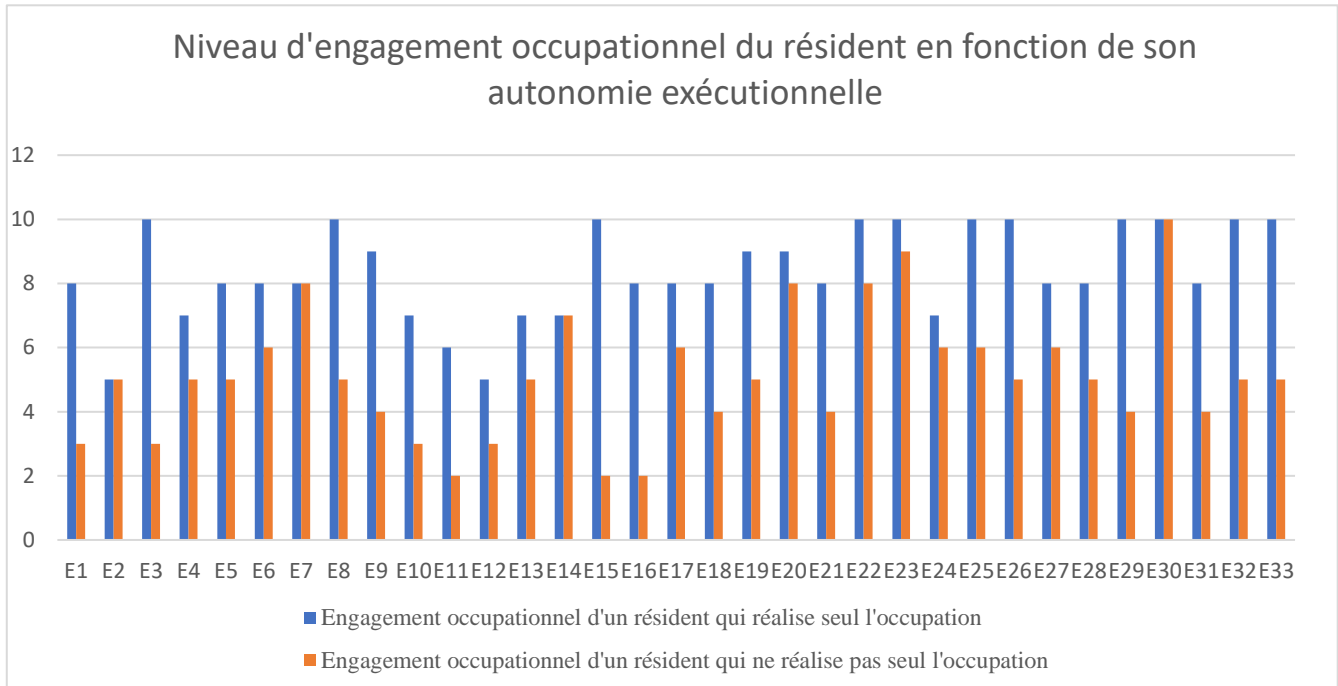
Par rapport à l'importance accordée par les ergothérapeutes à la prise de décisions des résidents (autonomie décisionnelle), les ergothérapeutes interrogées la situe en moyenne à 9,4/10. Le mode, c'est-à-dire la valeur qui apparaît le plus souvent, est égal à 10. Le niveau d'importance accordée à l'autonomie exécutionnelle par les ergothérapeutes enquêtés est compris entre 7/10 et 10/10. (cf Annexe 14 p. 89)

Puis, parmi les 33 répondants, 27 disent laisser souvent le résident faire ses propres choix concernant ses occupations. Puis, 4 ergothérapeutes disent laisser parfois le choix au résident et 2 ergothérapeutes déclarent le faire parfois. Il apparaît qu'aucun ergothérapeute n'a répondu qu'il laissait toujours le résident faire ses propres choix d'occupations. (cf Annexe 15 p.89)

Concernant les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'autonomie décisionnelle des résidents, les plus cités sont la proposition d'un nombre de choix limité (30/33) et le fonctionnement par essais-erreurs (27/33) (cf Annexe 16 p.90).

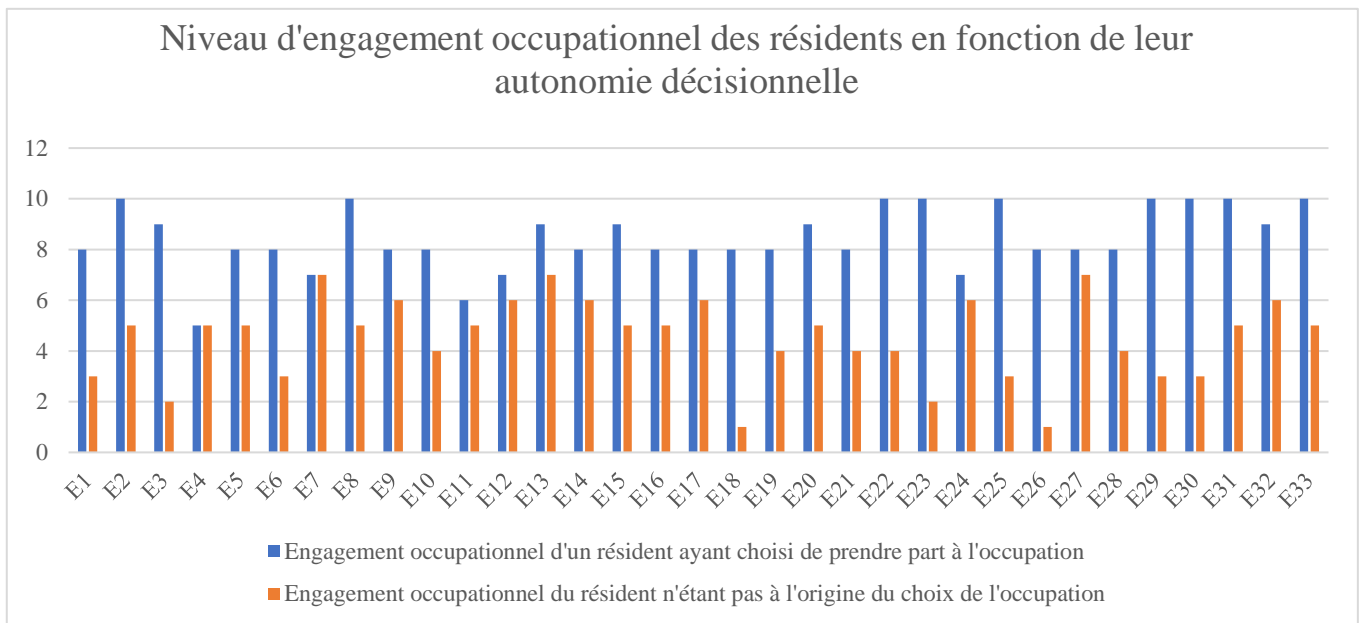
### 3.2.3 Engagement occupationnel

Nous pouvons ensuite comparer à quel niveau les ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel des résidents en fonction de leur autonomie exécutionnelle.



Nous pouvons voir que 29 ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel des résidents à un niveau plus élevé lorsqu'ils réalisent seul l'occupation que lorsqu'ils ne sont pas en capacités de le faire. 4 ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel des résidents au même niveau dans les deux situations. Les enquêtés expliquent cela par le sentiment d'échec (7/33) et de dévalorisation (7/33) qui peut être provoqué par le fait de ne pas réussir à réaliser seul une occupation. Au contraire, d'après les répondants le fait de réussir à réaliser une occupation permet la valorisation et l'estime de soi (5/33) (cf Annexes 18 et 19 p.91-93).

Concernant le niveau auquel les ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel des résidents en fonction de leur autonomie décisionnelle, nous pouvons observer que 31 ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel des résidents à un niveau plus élevé lorsqu'ils ont choisi de prendre part à une occupation que lorsqu'ils ne sont pas à l'origine de ce choix. Puis, 2 ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel des résidents au même niveau dans les deux situations.



Les ergothérapeutes interrogés expliquent cela principalement par l'importance du choix de l'occupation par le résident (16/33). En effet, il est plus facile de s'engager dans une occupation significative (7/33), en lien avec les intérêts (4/33) et la volonté de la personne (3/33) (cf Annexes 21 et 22 p.94-96).

Afin de favoriser l'engagement occupationnel des résidents, les ergothérapeutes disent s'intéresser particulièrement à certains éléments. En effet, 18 d'entre eux mettent en avant l'importance de l'aspect signifiant de l'occupation et de laisser le choix aux résidents. Ils se trouvent donc dans une démarche de valorisation de l'autonomie décisionnelle. Puis, 10 ergothérapeutes déclarent favoriser des occupations adaptées aux résidents afin qu'ils puissent les réaliser seuls. Ils se situent donc dans une démarche de valorisation de l'autonomie exécutionnelle. (cf Annexes 23 et 24 p. 97-99)

### 3.3 Présentation des résultats issus de statistiques inférentielles

Afin de vérifier nos hypothèses de recherche, nous allons réaliser le test t de Student pour deux échantillons non indépendants. En effet, ce test permet de "mesurer le changement" et "d'étudier l'impact d'une intervention sur un groupe de personnes" (39). Cela correspond donc à notre recherche qui a pour objectif d'étudier l'influence de la promotion de l'autonomie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution par l'ergothérapeute sur son engagement occupationnel. Pour cela, nous utilisons Excel® associé au logiciel Xlstat.

L'objectif de ce test est de prendre des mesures chez un même groupe de sujets, et de comparer les moyennes obtenues avant et après une intervention. Cela permet donc d'étudier l'effet d'une intervention. Nous posons donc l'hypothèse nulle "la différence moyenne entre les valeurs avant et après sera égale à zéro" (39). Cela signifie que si la moyenne obtenue est identique avant et après une intervention, cette dernière n'a pas eu d'incidence. A l'inverse, si la moyenne obtenue est différente suite à l'intervention, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle et donc considérer que l'intervention a eu une incidence.

La valeur alpha correspond à la probabilité de commettre une erreur, c'est-à-dire de rejeter une hypothèse à tort. Nous fixons sa valeur à  $\alpha=0,05$ , ce qui correspond à une marge d'erreur de 5%.

Pour  $\alpha = 0,05$ , le test t de Student présente une valeur critique  $t_{\text{critique}} = 2,447$  (39). Ainsi, si le résultat du test ( $t_{\text{observé}}$ ) est supérieur à la valeur critique, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle, avec un risque d'erreur égal à alpha.

La valeur p-value nous permet de déterminer la significativité du test. Ici, le seuil de risque est  $\alpha = 0,05$  donc le test sera significatif si la valeur p-value est inférieure à 0,05.

#### 3.3.1 Vérification de l'hypothèse 1

Ho1 : " Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie exécutionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel est important"

Suite à la réalisation du test, nous avons obtenue  $t_{\text{observé}} = 8,908$ . La valeur  $t_{\text{observé}}$  est donc supérieur à la valeur  $t_{\text{critique}}$ . De plus, p-value est inférieure à 0,0001, ce qui est inférieur au niveau de signification  $\alpha = 0,005$ . (cf Annexe 25 p.100)

Cela nous permet de rejeter l'hypothèse nulle avec moins de 5% d'erreur.

Nous pouvons donc dire que plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie exécutionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel augmente.

Cependant, ces résultats ne sont pas généralisables puisque l'échantillon de la recherche n'est pas probabiliste. De plus, les données utilisées proviennent de déclarations et non de faits observés et mesurés. Il convient donc de garder un regard critique sur ces résultats.

### **3.3.2 Vérification de l'hypothèse 2**

Ho2 : Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie décisionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel est important

Suite à la réalisation du test, nous avons obtenue  $t_{\text{observé}} = 9,983$ . La valeur  $t_{\text{observé}}$  est donc supérieur à la valeur  $t_{\text{critique}}$ . De plus, p-value est inférieure à 0,0001, ce qui est inférieur au niveau de signification  $\alpha = 0,005$ . (cf Annexe 26 p.101)

Cela nous permet de rejeter l'hypothèse nulle avec moins de 5% d'erreur.

Nous pouvons donc dire que plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie décisionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel augmente.

De même que précédemment, ces résultats sont à prendre avec précaution. En effet, ils ne sont pas généralisables puisque qu'ils sont issus d'un échantillon non- probabiliste. De plus, les données utilisées proviennent de déclarations et non de faits observés et mesurés.

## **4. Discussion**

Dans cette partie nous allons tout d'abord interpréter les résultats présentés précédemment. Puis, nous aurons une discussion sur ce travail d'initiation à la recherche.

### **4.1 Interprétation des résultats**

#### **4.1.1 Lien entre engagement occupationnel et autonomie**

La revue de littérature avait montré que l'occupation est un besoin non satisfait chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, et que cela pouvait avoir un impact sur leur santé. Puis, l'enquête exploratoire avait montré que plusieurs facteurs pouvaient être un frein aux occupations des résidents, c'est le cas notamment des troubles liés à la maladie et de l'institutionnalisation. L'enquête exploratoire avait également mis en avant le fait que l'engagement occupationnel pouvait être influencé par le choix de l'occupation, la posture du thérapeute et l'environnement. Les résultats de la recherche montrent que lorsque le résident peut exercer son autonomie, que ce soit sur le plan exécutif ou décisionnel, son niveau d'engagement occupationnel est, d'après les enquêtés, plus important. Les ergothérapeutes interrogés expliquent cela par le fait que lorsque le résident n'est pas en capacité de réaliser seul une occupation, il peut se trouver en situation d'échec et avoir un sentiment de dévalorisation. De plus, d'après les résultats, le choix de l'occupation est un déterminant important et l'occupation doit être significative pour que le résident puisse s'engager. Nous pouvons donc penser que lorsque l'ergothérapeute permet au résident d'exercer son autonomie décisionnelle, cela a une influence sur les facteurs internes liés au concept d'engagement occupationnel (motivation, sentiment de choisir, valeur attribuée à l'occupation).

#### **4.1.2 Obstacles éventuels au respect de l'autonomie des résidents**

Les résultats montrent également que pour les ergothérapeutes, l'importance accordée à l'autonomie décisionnelle des résidents est en moyenne de 9,4/10 et l'importance accordée à l'autonomie exécutive est de 9,2/10. Les ergothérapeutes interrogés déclarent donc qu'il

s'agit éléments ayant une place signifiante dans leur pratique professionnelle. Cependant, nous avons pu voir qu'aucun ergothérapeute ne dit qu'il respecte toujours cette autonomie dans la pratique. Ainsi, il semble qu'il ne soit pas toujours possible pour les ergothérapeutes de promouvoir l'autonomie des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer malgré l'importance de cet élément au sein de leur pratique professionnelle. D'après les données apportées par la revue de littérature et l'enquête exploratoire, nous pouvons penser que cela est en lien avec les troubles liés à la maladie qui rendent difficile l'expression de l'autonomie. Et, nous pouvons également nous demander si des contraintes institutionnelles pourraient être une limite à la promotion de l'autonomie des résidents par l'ergothérapeute.

#### **4.1.3 Moyens mis en place pour favoriser l'engagement occupationnel**

Les ergothérapeutes interrogés ont mis en avant plusieurs critères qui, selon eux, pourraient leur permettre d'aider un résident à s'engager dans une occupation. Les critères qui reviennent le plus sont le lien entre l'occupation et les goûts et habitudes de vie de la personne, la prise en compte des choix du résident, l'aspect signifiant de l'occupation et l'adaptation aux capacités de la personne. En lien avec le concept d'engagement occupationnel étudié précédemment, il semblerait que les ergothérapeutes orientent leurs actions principalement sur les facteurs internes liés à l'engagement occupationnel. De plus, d'après ces réponses il semblerait que les ergothérapeutes interrogés soient plus dans une démarche de mise en avant de l'autonomie décisionnelle afin de favoriser l'engagement occupationnel des résidents. En effet, ils mettent en avant principalement la notion de choix et de sens de l'occupation plus que de capacités à la réaliser. Pour cela, ils mettent en place différentes stratégies afin de permettre aux résidents d'exprimer leurs choix malgré les difficultés liées à la maladie. Ils privilégient notamment le fait de proposer un choix limité de proposition afin de faciliter la prise de décision des résidents.

#### **4.2 Eléments de réponse à l'objet de recherche**

Nous allons maintenant revenir à notre question de recherche qui est : "Dans le cadre d'un suivi en ergothérapie, comment la promotion de l'autonomie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution influence-t-elle son engagement occupationnel ?"

Pour l'ensemble des ergothérapeutes ayant participé à l'enquête, l'autonomie des résidents semble être un élément important dans leur pratique, bien qu'il ne soit pas toujours possible de permettre une autonomie totale. Afin de favoriser l'autonomie des résidents, les ergothérapeutes disent mettre en place plusieurs moyens. Pour favoriser l'autonomie exécutionnelle, les ergothérapeutes disent utiliser principalement la guidance verbale et gestuelle. Seulement cinq ergothérapeutes disent faire à la place du résident dans le cas où il n'est pas en capacités de réaliser seul une occupation. Et, concernant l'autonomie décisionnelle, ils déclarent en majorité présenter un nombre limité de propositions au résident afin de faciliter la prise de décision. Trois ergothérapeutes disent prendre les décisions pour le résident dans la situation où celui-ci a des difficultés à faire des choix. Nous pouvons donc voir que la plupart des ergothérapeutes cherchent à favoriser l'autonomie des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Chaque ergothérapeute a ensuite évalué le niveau d'engagement occupationnel d'un résident lorsqu'il a choisi de prendre part à l'occupation et lorsqu'il n'a pas choisi l'occupation. L'utilisation de statistiques comparatives nous a permis de montrer que lorsque le résident fait le choix d'une occupation (autonomie décisionnelle), son niveau d'engagement occupationnel est, d'après les ergothérapeutes, plus important.

De même, chaque ergothérapeute a situé le niveau d'engagement occupationnel d'un résident lorsqu'il réalise seul une occupation et lorsqu'il n'est pas en capacités de la réaliser seul. L'utilisation de statistiques comparatives nous a permis de voir que lorsque le résident réalise seul une occupation (autonomie exécutionnelle), son niveau d'engagement occupationnel est, d'après les ergothérapeutes, plus important.

Ainsi, il semblerait que lorsque l'ergothérapeute favorise l'autonomie exécutionnelle et décisionnelle des résidents, leur engagement occupationnel est plus fort.

### **4.3 Critique du dispositif de recherche**

Bien que le dispositif de recherche mis en place nous ait permis d'obtenir des éléments de réponse à l'objet de recherche, les résultats ne sont pas généralisables et à interpréter avec précaution. En effet, nous avons obtenu seulement 33 réponses et les données proviennent d'un échantillon non probabiliste. De plus, la méthode de diffusion du questionnaire par les réseaux



a pu entraîner un biais de sélection ciblant une population d'ergothérapeutes plus jeunes et possiblement moins expérimentés.

L'utilisation du questionnaire en tant qu'outil de recueil de données peut également être à l'origine de biais malgré les stratégies d'atténuation mises en place au préalable. En effet, nous avons pu voir que certaines questions n'ont pas été comprises de la même manière par l'ensemble des ergothérapeutes. De plus, l'utilisation de plusieurs questions ouvertes a rendu le traitement des données plus difficiles, notamment dans le cadre d'une analyse statistique. Les résultats obtenus sont donc moins précis.

Nous aurions également pu élaborer des questions ciblant plus précisément les différents indicateurs liés aux concepts étudiés. Cela nous aurons permis d'étudier plus spécifiquement les corrélations entre nos variables.

Concernant les concepts abordés, il semble nécessaire de prendre du recul face aux réponses obtenues. En effet, nous avons demandé aux ergothérapeutes d'évaluer le niveau d'engagement occupationnel des résidents. Or, l'engagement occupationnel étant un sentiment subjectif, les réponses apportées ne sont pas nécessairement en adéquation avec le ressenti des résidents. De plus, nous n'avons pas fait la distinction entre différents "profils" de résidents. Il aurait été intéressant d'avoir des données telles que le stade de la maladie ou les troubles associés afin de voir si cela a une incidence sur les résultats obtenus. Ainsi, l'aspect général des questions a pu amener les enquêtés à être moins précis dans leurs réponses. Nous pouvons donc interroger la pertinence des données obtenues à l'issue de la recherche.

#### **4.4 Apports, intérêts et limites de la recherche**

Cette recherche nous a permis de mettre en avant les restrictions occupationnelles auxquelles peuvent faire face certaines personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution et de l'impact possible sur leur santé. Nous avons pu voir que l'engagement occupationnel pourrait être favorisé lorsque l'ergothérapeute permet aux résidents d'exprimer leur autonomie. La recherche a montré que la promotion de l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est un élément que les ergothérapeutes considère comme très important. Cependant, il semble y avoir des obstacles au respect de l'autonomie de ces personnes. En effet, malgré l'importance accordée par les ergothérapeutes à cette notion, aucun des enquêtés ne déclare qu'il respecte toujours l'autonomie exécutionnelle ou décisionnelle des résidents. Cela

peut donc nous amener à réfléchir les obstacles potentiels et les moyens pouvant être mis en place.

Cependant, la recherche s'est intéressée uniquement au lien entre autonomie et engagement occupationnel. Il est probable que d'autres facteurs influencent l'engagement occupationnel des résidents. Il serait donc intéressant d'étudier le phénomène d'engagement occupationnel de manière plus large afin de prendre en considération l'ensemble des facteurs.

#### **4.5 Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle**

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes intéressés à une population spécifique, cependant les concepts d'autonomie et d'engagement occupationnel peuvent s'appliquer à toute personne. Les connaissances acquises grâce à ce travail pourront donc être mobilisées dans tout domaine d'activité, d'autant plus que l'ergothérapie se développe de plus en plus au travers de la science de l'occupation.

Ce travail a permis de mettre en avant l'importance de l'engagement occupationnel chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cela nous a également permis de souligner l'influence que peut avoir la prise en compte de l'autonomie des résident. Cependant, nous avons pu constater que l'autonomie n'est pas toujours respectée malgré l'importance accordée par les ergothérapeutes.

Cela nous amène donc à garder un esprit critique vis-à-vis de la pratique, se questionner sur les raisons pouvant contraindre l'autonomie de ces personnes et sur les éventuelles solutions à mettre en place. Cependant, dans certaines situations la protection des personnes peut prévaloir la volonté et la nécessité de favoriser leur autonomie. Ainsi, en tant que professionnel il paraît important d'avoir une réflexion éthique permettant d'accompagner au mieux la personne en fonction de ses besoins.

#### **4.6 Perspectives de recherches**

Lors de cette recherche nous nous sommes intéressés uniquement au travail de l'ergothérapeute vis-à-vis des résidents. Or, il était apparu au cours de l'enquête exploratoire que l'ensemble des soignants pourraient également être à l'origine de certaines restrictions occupationnelles. Afin

de poursuivre cette recherche, nous pourrions étudier la collaboration entre l'ergothérapeute et les autres professionnels autour de la question de l'autonomie des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Il serait intéressant de recueillir l'avis des professionnels intervenant en EHPAD auprès de ce public afin de mettre en avant les freins éventuels au respect de l'autonomie des résidents, et l'impact que pourrait avoir un travail en collaboration sur l'autonomie et l'engagement occupationnel des résidents.

De plus, la recherche pourrait s'intéresser à d'autres populations dont l'autonomie peut être altérée et auprès desquelles l'ergothérapeute pourrait intervenir. Premièrement, cela pourrait s'étendre à l'ensemble des résidents d'EHPAD et pas uniquement les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer puisque l'institutionnalisation semble avoir des répercussions sur les occupations. Enfin, nous pourrions avoir des questionnements similaires vis-à-vis de personnes en situation de polyhandicap par exemple.

## Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportements perturbateurs. 2009.
2. Gouvernement. Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>
3. World Federation of Occupational Therapy. About Occupational Therapy [Internet]. WFOT. 2019 [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>
4. WHO | Dementia: a public health priority [Internet]. WHO. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/)
5. Fondation Médéric Alzheimer. Définition et chiffres de la maladie d'Alzheimer [Internet]. Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/>
6. Fondation Médéric Alzheimer. Les chiffres clés [Internet]. 2017 [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/les-chiffres-cles>
7. Missotten P, Squelard G, Ylieff M. Évaluation de la qualité de vie dans la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés | Cairn.info. Gerontol Soc. 20 sept 2010;33 / n° 133(2):115-31.
8. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. BMJ Open. 1 mars 2017;7(3):e012759.
9. Saidlitz P, Sourdet S, Voisin T, Vellas B. Management of behavioural symptoms of dementia in a specialized unit care. Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc. mars 2017;17(2):81-8.

10. Charras K, Gzil F, Reintjens C, Frémontier M. Evaluation des interventions psychosociales pour la maladie d'Alzheimer : Quelles leçons tirer des méta-analyses de la Cochrane Library ? [Evaluation of psychosocial interventions for dementia: what to learn from the Cochrane Library?]. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 03/16;14(20):104-14.
11. Carlos Millan Calenti J, Lorenzo-Lopez L, Alonso-Bua B, De Labra Carmen. Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. *Clin Interv Aging*. 02/16;11:175-84.
12. Saint-Paul LP, Martin J, Gaillard C, Garnier A, Mosquet B, Guillamo J-S, et al. Arrêt soudain des médicaments spécifiques de la démence au stade modéré à sévère de la maladie d'Alzheimer en institution : étude pilote longitudinale descriptive. *Therapies*. 1 juill 2015;70(4):313-9.
13. Smit D, Willemse B, De Lange J, Pot AM. Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: An explorative study. *Int Psychogeriatr IPA*. 20 sept 2013;26:1-12.
14. Wong C, Leland N. Non-Pharmacological Approaches to Reducing Negative Behavioral Symptoms: A Scoping Review. *OTJR Occup Particip Health*. 1 janv 2016;36:34-41.
15. Hédont S, Guillou AL, Letty A, Denormandie P, Sanchez S. Thérapeutiques non médicamenteuses et troubles neuropsychologiques en institution. *Wwwem-Premiumcomdatarevues12686034v23i134S1268603418301555* [Internet]. 19 nov 2018 [cité 26 mai 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1258466/resultatrecherche/8>
16. Gueyraud C, Anaut M, Hedont-Hartmann S, Krolak-Salmon P. Jeu et maladie d'Alzheimer, pour une intervention psychosociale. *Gerontol Soc*. 13 oct 2017;39 / n° 154(3):149-64.
17. Tonna S. Évaluation et intervention non médicamenteuse auprès de personnes âgées dépendantes. *J Psychol*. 27 janv 2017;n° 344(2):57-61.
18. Gueyraud C, Anaut M, Sanchez S, Denormandie P, Bathsavanis A, Krolak-Salmon P. Démence et thérapeutique non médicamenteuse, efficacité du cadre ludique. *Wwwem-Premiumcomdatarevues12686034v22i125S1268603417300403* [Internet]. 22 mai 2017

- [cité 26 mai 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1122436>
19. Thomas-Antérieur C. Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. 2019;13.
  20. Hermabessière S, Lavallart B, Mazières CL de, Vellas B, Rolland Y. Prise en charge des patients déments en unités d'hébergement renforcées. Wwwem-Premiumcomdatarevues12686034v21i120S1268603416300354 [Internet]. 20 juill 2016 [cité 18 mai 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1069061/resultatrecherche/10>
  21. Association nationale des enseignants de pharmacie clinique. Pharmacie clinique et thérapeutique [Internet]. Elsevier Health Sciences. 2018 [cité 23 nov 2019]. 1192 p. Disponible sur: [https://books.google.com/books/about/Pharmacie\\_clinique\\_et\\_th%C3%A9rapeutique.html?hl=fr&id=xFdxDwAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/Pharmacie_clinique_et_th%C3%A9rapeutique.html?hl=fr&id=xFdxDwAAQBAJ)
  22. Le Roy J, Pierrette M. Petit manuel méthodologique du questionnaire de recherche: de la conception à l'analyse. Paris, France: Enrick B. Editions; 2012. 74 p.
  23. Centre d'évaluation de documentation et d'innovation pédagogiques. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. 2014 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matière-de-a1113.html>
  24. Taylor R. Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application. Wolters Kluwer; 2017. 499 p.
  25. Meyer S. De l'activité à la participation. De Boeck Supérieur; 2013. 291 p.
  26. Caire J-M, Schabaille A. Engagement, occupation et santé. Association Nationale Française des Ergothérapeutes; 2018. 424 p.
  27. Sohier A, Bellagamba D. Developing a descriptive framework for "occupational engagement". Un article paru en 2017, rédigé par Karen Morris et Diane L. Cox. Rev Francoph Rech En Ergothérapie. 5 oct 2018;4(2):151-6.

28. Centre national de ressources textuelles. Etymologie Autonomie [Internet]. [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/autonomie>
29. Kant E, Delbos V. Fondements de la métaphysique des moeurs. Paris: Le Livre de Poche; 1993. 252 p.
30. Comité Consultatif National d’Ethique. Refus de traitement et autonomie de la personne [Internet]. 5avr. J.-C. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/refus-de-traitement-et-autonomie-de-la-personne>
31. Gzil F. Alzheimer : questions éthiques et juridiques. Gerontol Soc. 1 sept 2009;32 / n° 128-129(1):41-55.
32. Gzil F. La maladie d’Alzheimer : problèmes philosophiques. Partage Savoir. 2009;Chapitre 2 : respecter une autonomie fragilisée par la maladie:163-212.
33. Kopp N, Pierron J-P, Réthy M-P, Thomas-Antérion C, Mouillie J-M. Alzheimer et Autonomie. 1<sup>re</sup> éd. Paris: Les Belles Lettres; 2010. 312 p.
34. Sève-Ferrieu N. Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations. EM-Consulte [Internet]. [cité 17 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/188835/independance-autonomie-et-qualite-de-vie-analyse-e>
35. Diederich N. 2. Comité consultatif national d’éthique pour les sciences de la vie et de la santé. In: Stériliser le handicap mental ? [Internet]. ERES; 1998 [cité 23 févr 2020]. p. 251. Disponible sur: <http://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-251.htm>
36. Lacour C. La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection. Gerontol Soc. 2009;32 / n° 131(4):187-201.
37. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Définition ergothérapeute [Internet]. [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/definition>
38. Eymard C, Vial M, Thuilier O. Le travail de fin d’étude : s’initier à la recherche en soins et santé. Lamarre; 2004. 151 p.

39. Haccoun R, Cousineau D. Statistiques Concepts et applications 2e édition revue et augmentée - [Internet]. Les presses de l'université de Montréal. 2010 [cité 10 mai 2020]. 456 p. Disponible sur: <https://www.decite.fr/livres/statistiques-9782760621138.html>



## Sommaire des Annexes

<b>Annexe 1 : Tableau de sélection des articles de la revue de littérature .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 2 : Tableau de synthèse des articles de la revue de littérature .....</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 3 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire .....</b>	<b>62</b>
<b>Annexe 4 : Outil de recueil de données de l'enquête exploratoire .....</b>	<b>66</b>
<b>Annexe 5 : Résultats de l'enquête exploratoire.....</b>	<b>70</b>
<b>Annexe 6 : Matrice conceptuelle .....</b>	<b>79</b>
<b>Annexe 7 : Matrice de questionnement de la recherche .....</b>	<b>80</b>
<b>Annexe 8 : Outil de recueil de données de la recherche.....</b>	<b>83</b>
<b>Annexe 9 : Date d'obtention du diplômes des enquêtés .....</b>	<b>86</b>
<b>Annexe 10 : Expérience des enquêtés auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD .....</b>	<b>86</b>
<b>Annexe 11 : Importance accordée par les ergothérapeutes à l'autonomie exécutionnelle des résidents .....</b>	<b>87</b>
<b>Annexe 12 : Fréquence à laquelle les ergothérapeutes laissent les résidents autonome sur le plan exécutionnel .....</b>	<b>87</b>
<b>Annexe 13 : Moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'autonomie exécutionnelle des résidents .....</b>	<b>88</b>
<b>Annexe 14 : Importance accordée par les ergothérapeutes à l'autonomie décisionnelle des résidents.....</b>	<b>89</b>
<b>Annexe 15: Fréquence à laquelle les ergothérapeutes laissent les résidents autonome sur le plan exécutionnel .....</b>	<b>89</b>
<b>Annexe 16 : Moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'autonomie décisionnelle des résidents .....</b>	<b>90</b>
<b>Annexe 17 : Niveau d'engagement occupationnel du résident en fonction de son autonomie exécutionnelle .....</b>	<b>90</b>

<b>Annexe 18 : Facteurs pouvant expliquer la variabilité de l'engagement occupationnel en fonction de l'autonomie exécutionnelle.....</b>	<b>91</b>
<b>Annexe 19 : Nuage de mots des facteurs liés à l'autonomie exécutionnelle pouvant influencer l'engagement occupationnel .....</b>	<b>93</b>
<b>Annexe 20 : Niveau d'engagement occupationnel du résident en fonction de son autonomie décisionnelle .....</b>	<b>93</b>
<b>Annexe 21 : Facteurs pouvant expliquer la variabilité de l'engagement occupationnel en fonction de l'autonomie décisionnelle .....</b>	<b>94</b>
<b>Annexe 22 : Nuage de mots des facteurs liés à l'autonomie décisionnelle pouvant influencer l'engagement occupationnel .....</b>	<b>96</b>
<b>Annexe 23 : Moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement occupationnel des résidents .....</b>	<b>97</b>
<b>Annexe 24 : Nuage de mots des moyens mis en place pour favoriser l'engagement occupationnel .....</b>	<b>99</b>
<b>Annexe 25 : Test t de Student pour H1 " Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie exécutionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel est important" .....</b>	<b>100</b>
<b>Annexe 26 : Test t de Student pour H1 " Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie décisionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel est important" .....</b>	<b>101</b>

**Annexe 1 : Tableau de sélection des articles de la revue de littérature**

<b>Base de données</b>	<b>Sélection selon le texte</b>	<b>Sélection selon le résumé</b>	<b>Sélection selon le titre</b>	<b>Articles retenus</b>
Google scholar	Français : 137 Anglais : 16100		0	8
Cochrane	Français : 0 Anglais : 1112	Français : 0 Anglais : 205	Français : 0 Anglais : 0	1
EM premium	Français : 2188 Anglais : 1111	Français : 42 Anglais : 9	Français : 1 Anglais : 0	1
Cairn	4			2
Pubmed	Anglais : 13189			2
Pubpsych	Français : 2194 Anglais : 37201			0

## Annexe 2 : Tableau de synthèse des articles de la revue de littérature

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	Limites
1. BMJ Open 2016 (8)	Prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement chez les personnes atteintes de démence	Revue systématique	Personnes diagnostiquées avec une démence		-Santé -Sciences de l'occupation	-Les traitements médicamenteux utilisés ont des effets négatifs -Musicothérapie efficace -L'efficacité des autres thérapies non médicamenteuses n'a pas été prouvée -Une approche pluridisciplinaire peut aider à réduire des troubles du comportement sévères	-Patients institutionnalisés spécifiquement -Place de l'ergo au sein de l'approche pluridisciplinaire	-Hétérogénéité des types et caractéristiques des interventions -Description incomplète des interventions

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	Limites
2. Soins gériatrie 2018 (15)	Thérapeutiques non médicamenteuses et troubles neuropsychologiques en institution		Patients atteints de démence en institution		-Santé -Sciences de l'occupation -Psychologie	-Effets délétères des traitements médicamenteux -Choix des interventions complexes -Inclure le résident et son entourage -Activité physique = amélioration des fonctions cognitives -Nombreuses approches non médicamenteuses mais faible niveau de preuve	-Effet des interventions sur le troubles du comportement -Variation selon le stade de la maladie	

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	Limites
3. Revue "Gérontologie et société" 2017 (16)	Médiation par le jeu en EHPAD : bien-être, qualité de vie, interactions sociales et prise en charge des troubles du comportement		Résidents en EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer	Psychosociale	-Sciences de l'occupation -Médical -Sciences sociales	-Utilité d'une intervention psychosociale face aux limites de la prise en charge médicamenteuse -Importance de la fréquence des interventions pour qu'elles soient efficaces -Choix de l'objet ludique en fonction des intérêts et habiletés de la personne -Différents types de jeux selon les besoins de la personne : de règles, symboliques, d'assemblage et sensorimoteur		Maladie progressive et irréversible
						-Cadre = sécurité physique et affective, espace de liberté, de création, d'initiative et d'autonomie -Positionnement de l'intervenant : observation, flexibilité, disponibilité		
4. Le journal des psychologues 2017 (17)	Accompagnement des personnes atteintes de démence en EHPAD	Cas clinique	M. X 90 ans, résidant en EHPAD, syndrome démentiel léger à modéré avec symptomatologie dépressive		-Santé -Sciences de l'occupation	-Déficits cognitifs et d'autonomie accentués par l'entrée en institution -Interventions thérapeutiques multimodales et adaptées nécessaires en EHPAD -Projets de soin à penser en équipe	-Facteurs liés à l'institutionnalisation qui aggravent les déficits -Autre symptomatologie liée à la démence que la dépression	-Il n'agit pas d'une étude mais d'un cas clinique, les résultats ne sont pas scientifiques

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	Limites
5. Soins gériatologiques 2017 (18)	Démence et thérapeutique non médicamenteuse – cadre ludique	Etude randomisée en simple aveugle	Patients en unité Alzheimer en EHPAD		-Sciences de l'occupation -Médecine	Le cadre ludique pourrait constituer une intervention non médicamenteuse efficace sur les troubles du comportement, le bien-être et la qualité de vie	-Effet sur le long terme (étude sur 4 mois) -Intervention non médicamenteuse ne dépendant pas du cadre ludique	-Taille de l'échantillon
6. Journal "Psychogériatriques" 2017 (9)	Prise en charge multidisciplinaire des troubles psychocomportementaux dans une unité spécialisée à Toulouse	Etude prospective	199 patients dans une unité spécialisée à Toulouse		-Santé -Sciences de l'occupation -Psychologie	-La prise en charge en unité spécialisée permet la diminution de la prise de traitement (psychotropes...) -Diminution des troubles du comportement grâce au soutien psychologique des patients et aidants, adaptation de	-Les résultats ne concernent pas seulement les démences liées à Alzheimer -Effet de l'activité utilisée seule et dans quel cadre (fréquence, durée) -Types d'activités	
						l'environnement et thérapies non médicamenteuses		
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	Limites
7. EMC Neurologie 2016 (19)	Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées		Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée		-Médical -Social -Sciences de l'occupation	-Nécessite d'une double prise en charge médicale/paramédicale et sociale -Traitement médicamenteux : intérêt thérapeutique faible mais on ne peut le supprimer sans une évaluation précise afin de ne pas détériorer la prise en charge -Musicothérapie : effets positifs sur la dépression et l'anxiété	-Rôle de l'ergothérapeute	

						<p>-Stimulations sensorielles recommandées mais manque de preuve</p> <p>-Exercice physique : effets positifs sur capacités physiques, cognitives et certains aspects du comportement</p> <p>-Pouvoir déterminer ce que l'on propose, à qui, par qui, dans quelle maladie, à quel stade et avec quel objectif : nécessité de nouvelles recherches</p> <p>→Prise en charge complexe par manque de preuve et le nombre grand nombre de prises en soin possibles</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	Limites
8. Geriatr psychol neuropsychiatr vieil 2016 (10)	Interventions psychosociales dans le cadre de la maladie d'Alzheimer	Méta-analyse	Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée		-Santé -Sciences de l'occupation -Psychologie	-Efficacité partielle : stimulation cognitive, psychothérapie, réminiscence, analyse fonctionnelle, réhabilitation cognitive, programmes psychoéducatifs -Contre-indications de certaines interventions : toucher-massage, réminiscence, stimulation cognitive...	-Effet sur le long terme -Impact sur les troubles du comportement -Interventions en EHPAD -Quels effets selon le stade de la maladie	-Profil des participant peu décrit -Procédure des interventions peu détaillées

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	Limites
9. Soins gérontologie 2016 (20)	Prise en charge des patients déments en unité d'hébergement renforcée	Enquête auprès des unités d'hébergement renforcée en France, résultats comparés aux données antérieures	Patients déments en unité d'hébergement renforcée		-Santé -Sciences de l'occupation -Psychologie	-Certains troubles ne sont pas améliorés par la prise de traitement (cris, opposition, déambulation...) mais d'autres symptômes ne peuvent céder que par traitement médicamenteux (hallucinations) -Rôle des facteurs environnementaux dans la gestion des troubles du comportement -Effet positif des interventions individualisées et du renforcement de l'équipe	-Traitements non médicamenteux utilisés dans les unités d'hébergement renforcées	L'enquête repose sur des données déclaratives non vérifiées sur site

						soignante afin de consacrer plus de temps au résident (diminution de l'apathie) -Il est nécessaire que les soignants soient qualifiés		
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	Limites
10. <del>Clinical interventions in aging</del> 2016 (11)	Prise en charge non pharmacologique de l'agitation dans la maladie d'Alzheimer	Revue systématique	Patients âgés d'au moins 65 ans, atteints de maladie d'Alzheimer et présentant des troubles du comportement de type agitation		-Santé -Sciences de l'occupation	-Musicothérapie efficace pour la prise en charge de l'agitation chez des patients à un stade modéré/ sévère de la démence et institutionnalisés -Pas de preuve de l'efficacité de la lumbinothérapie, le toucher thérapeutique ou l'aromathérapie	-Effet à long terme	



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	Limites
11. EDP Sciences (Société française de pharmacologie et de thérapeutique) 2015 (12)	Arrêt des médicaments spécifiques de la démence	Etude pilote longitudinale descriptive	Patients de plus de 65 ans, avec une démence de type Alzheimer modérée à sévère institutionnalisé depuis au moins un an et bénéficiant d'une prise en charge non pharmacologique		-Médical	-Bonne sécurité d'emploi à l'arrêt soudain -Raisons de l'arrêt des médicaments : inefficacité thérapeutique, aggravation de la maladie, effets indésirables	-Rôle des thérapies non médicamenteuses lors de l'arrêt des médicaments	-Taille l'échantillon -Hétérogénéité des groupes d'étude
12. Pharmacie clinique et thérapeutique (Association nationale des enseignants de pharmacie clinique) (21) Chapitre de livre (2018)	Traitement de la maladie d'Alzheimer		Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer		-Médical	-Traitement médicamenteux augmentent le risque de mortalité chez les patients souffrant de démence -Traitement médicamenteux à utiliser lorsqu'il existe un danger potentiel pour le patient ou pour autrui. Principalement après échec des mesures non pharmacologiques -Importance de réévaluer régulièrement le traitement -Recommandations de l'HAS concernant les traitements non pharmacologiques bien que toutes les preuves d'efficacité ne soient pas réunies	-Précisions sur les approches non pharmacologiques -Rôle de l'ergothérapeute	

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	Limites
13. <u>Wellbeing</u> <u>enhancing</u> <u>occupation</u> <u>and</u> <u>organizational</u> <u>and</u> <u>environmental</u> <u>contributors</u> <u>in long-</u>	L'occupation dans les institutions accueillant des personnes atteintes de démence	Etude exploratoire	57 résidents atteints de démence dans 10 institutions		-Sciences de l'occupation	-L'occupation est un élément important de la qualité de vie et a des effets positifs sur le bien-être des résidents en institution -L'occupation est un besoin insatisfait chez les résidents atteints de démence du fait de facteurs organiques et environnementaux	-Rôle de l'ergothérapeute -Lien avec les troubles du comportement	
<u>term</u> <u>dementia</u> <u>care</u> <u>facilities:</u> <u>an</u> <u>explorativ</u> <u>e study</u> (13) 2013						-Le bien être peut-être amélioré par des activités en lien avec le travail, la stimulation intellectuelles, la musique, la réminiscence, la créativité, l'artisanat -Occupations des résidents influencées par : activités centrées sur la personne, nombre réduit de résidents, atmosphère familiale, stimulations occupationnelles -Les résidents doivent être activement engagés pour permettre amélioration du bien-être par l'occupation		

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	Limites
14. <a href="#">Non pharmacological approach to reducing negative behavioral symptoms : a scoping review</a> (14) 2016	Prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement de résidents atteints de démence et rôle de l'ergothérapeute	Etude exploratoire	Personnes de 60 ans ou plus, atteintes de démence en institution		-Médical -Sciences de l'occupation	-Les troubles du comportement résultent de différents facteurs : environnementaux, sociaux et changements physiologiques. Leurs conséquences sont : diminution de la qualité de vie des résidents et de leur entourage, augmentation des coûts liés aux soins. -Les interventions basées sur l'occupation permettent la diminution des symptômes comportementaux dans 9 études sur 14 lorsque ce	-Fréquence de la mise en place des interventions -Effets sur le long terme	
						<p>sont des occupations de jeu, loisirs et permettant la participation sociale. Lorsqu'elles sont adaptées aux capacités, intérêts, personnalité et rôles de la personne, 5 études sur 6 montrent une diminution des troubles du comportement.</p> <p>-Importance d'occupations centrées sur la personne et de l'environnement (physique/ sociales) pour favoriser la participation occupationnelle</p> <p>-Importance de l'approche holistique de l'ergothérapeute</p>		

**Annexe 3 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire**

Variables étudiées	Indicateurs par variable	Items	Modalités de réponse	Objectif
Identification du professionnel	-Profession	1) Etes-vous ergothérapeute diplômé(e) d'état ?  2) Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?	-Oui/ non  -Réponse libre	Vérifier que les professionnels répondant au questionnaire sont des ergothérapeutes diplômés d'état  -Savoir si la date du diplôme a une influence sur la connaissance du concept d'occupation en ergothérapie
	-Structure d'exercice	3) Travaillez-vous en EHPAD ?	-Oui/ non	Vérifier que les professionnels interrogés correspondent à la population cible de l'enquête
		4) Si oui, existe-il une unité spécifique à la prise en soin des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?	-UHR -PASA -Pas d'unités spécifiques -Autres	Savoir si des unités spécialisées ont une influence sur la prise en soin
Maladie d'Alzheimer et limitations des occupations		5) Quelles restrictions d'occupation pouvez-vous observer chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?  6) Quels sont les effets observés de ces restrictions sur le comportement des résidents ?	-Réponse rédactionnelle  -Réponse rédactionnelle	-Connaitre l'influence de la maladie d'Alzheimer sur la participation aux occupations  -Avoir des informations sur le lien entre restrictions d'occupations et troubles comportementaux
Utilisation de l'occupation en ergothérapie pour la prise en soin des personnes	Fréquence d'utilisation de l'occupation	7) Mettez-vous en place des interventions utilisant l'occupation dans le cadre de la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec	-Oui/ non	-Savoir si, en pratique, l'occupation est utilisée dans le cadre de la gestion des troubles du comportement

atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement		<p>des troubles du comportement ?</p> <p>8) Si oui, à quelle fréquence ?</p> <p>8") Si vous utilisez peu ces interventions, quelles en sont les raisons ?</p> <p>9) Lors de la mise en œuvre de ces interventions, quels sont les effets observés chez les résidents, notamment concernant les troubles du comportement ?</p>	<p>-Plusieurs fois par jour</p> <p>-Tous les jours</p> <p>-Deux à trois fois par semaine</p> <p>-Une fois par semaine</p> <p>-Deux à trois fois par mois</p> <p>-Moins de deux fois par mois</p> <p>-Manque d'efficacité</p> <p>-Manque de moyens matériels</p> <p>-Manque de moyens humains</p> <p>-Manque de connaissance à ce sujet</p> <p>-Autres</p> <p>-Réponse rédactionnelle</p>	<p>-Connaitre la fréquence d'utilisation de l'occupation en tant des thérapies non médicamenteuses pour la prise en soin des troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer</p> <p>-Savoir les raisons qui pourraient expliquer la non-utilisation de l'occupation</p> <p>-Connaitre l'effet de l'occupation en tant que thérapie non médicamenteuse sur les troubles du comportement</p>
Types d'occupations utilisées		10) Quelles sont les occupations que vous privilégiez dans le cadre	-Réponse rédactionnelle	-Connaitre les occupations mises en place

		de la prise en soin des résidents présentant des troubles du comportement ?		
Engagement des résidents dans l'occupation en ergothérapie		<p>11) Lors de la participation à une occupation, comment évalueriez-vous le niveau d'engagement des résidents ?</p> <p><i>L'engagement occupationnel peut être défini comme "le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une occupation"</i></p> <p>12) Quels sont selon vous les facteurs favorisant l'engagement occupationnel des résidents ?</p> <p>13) Et les facteurs limitant l'engagement occupationnel des résidents ?</p> <p>14) Selon vous, existe-il un lien entre le niveau d'engagement et l'efficacité dans la prise en soin des troubles du comportement ?</p>	<p>-Echelle de Likert (pas du tout engagé-peu engagé-plutôt engagé- très engagé)</p> <p>-Réponse rédactionnelle</p> <p>-Réponse rédactionnelle</p> <p>-Oui/ non</p>	<p>-Savoir à quel niveau les résidents s'engagent dans les occupations proposées</p> <p>-Mettre en avant les facteurs influençant l'engagement occupationnel</p>
Mise en place, par l'ergothérapeute d'interventions utilisant l'occupation		15) Dans le cadre de la prise en soin en ergothérapie, comment faites-vous le choix d'une occupation afin qu'elle soit adaptée au résident ?	-Réponse rédactionnelle	-Connaître les modalités d'élaboration de l'intervention

<p>dans le cadre de la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec troubles du comportement</p>		<p>16) Pensez-vous que la posture de l'ergothérapeute peut influencer l'engagement des résidents dans les occupations proposées en ergothérapie ?</p>	<p>-Oui/ non</p>	<p>-Savoir si la posture du thérapeute influence la prise en soin</p>
		<p>17) Si oui, quelles sont les postures que vous privilégiez ?</p>	<p>-Réponse rédactionnelle</p>	<p>-Connaitre les postures utilisées par les ergothérapeutes lors de la prise en soin de patients atteints de la maladie d'Alzheimer</p>
		<p>18) Lors de la mise en place de ces interventions, travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels ?</p>	<p>-Oui/ non</p>	<p>-Savoir si les ergothérapeutes travaillent avec d'autres professionnels</p>
		<p>18") Si non, pourquoi ne travaillez-vous pas en collaboration avec d'autres professionnels pour mettre en place ces interventions ?</p>	<p>-Réponse rédactionnelle</p>	<p>-Savoir pourquoi les ergothérapeutes ne travaillent pas avec d'autres professionnels</p>
		<p>19) Quels sont les professionnels avec lesquels vous travaillez lors de la mise en place de ces interventions ?</p>	<p>-Aide-soignant -Infirmière diplômée d'état -Assistant de soin en gérontologie -Psychologue</p>	<p>-Savoir avec quels professionnels travaillent les ergothérapeutes</p>

		20) Quels sont selon vous les bénéfices apportés par un travail de collaboration entre un ergothérapeute et un autre soignant ?	-Réponse rédactionnelle	-Connaitre l'utilité d'un travail en collaboration lors de la prise en soin de patients atteints de la maladie d'Alzheimer
		21) Sur quelles approches ou quels modèles vous appuyez-vous pour construire votre intervention ?	-Réponse rédactionnelle	-Etayer la matrice théorique

#### **Annexe 4 : Outil de recueil de données de l'enquête exploratoire**

## Enquête exploratoire - Mémoire ergothérapie

Bonjour,  
Actuellement en 3ème année d'ergothérapie, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'utilisation de l'occupation\* en ergothérapie pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution et présentant des troubles du comportement. Ainsi, le questionnaire s'intéresse plus particulièrement à l'utilisation de l'occupation en tant que thérapie non médicamenteuse concernant la prise en charge des troubles du comportement.

\*Définition : D'après la WFOT (world federation of occupational therapy) , les occupations font référence à l'ensemble des activités de la vie quotidienne réalisées par les personnes, individuellement, en famille ou au sein de la communauté et qui apportent du sens et un but à la vie. Elles incluent ce que les personnes ont besoin de faire, ont envie de faire et ce qu'on attend d'elles qu'elles fassent.

Le questionnaire est anonyme et les réponses ne feront l'objet d'aucun jugement.  
Dans l'objectif de recueillir un maximum de données, vous pouvez transmettre ce questionnaire à d'autres ergothérapeutes concerné(e)s par le sujet.

Je vous remercie d'avance de votre participation.

---

1 - Etes-vous ergothérapeute diplômé(e) d'état ? \*

Oui

Non



2 - Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? \*

Réponse courte

.....

3 - Travaillez-vous en EHPAD ? \*

Oui

Non

4 - Existe-il une unité spécifique à la prise en soin des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? \*

UHR

PASA

Pas d'unité spécifique

Autre...

5 - Quelles restrictions d'occupation pouvez-vous observer chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? \*

Réponse longue

.....

6 - Quels sont les effets observés de ces restrictions d'occupation sur le comportement des résidents ? \*

Réponse longue

.....

7 - Mettez-vous en place des interventions utilisant l'occupation dans le cadre de la prise en soin \* des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement ?

Oui

Non

8 - A quelle fréquence mettez-vous en place ces interventions utilisant l'occupation ? \*

1. Plusieurs fois par jour
2. Tous les jours
3. Deux à trois fois par semaine
4. Une fois par semaine
5. Deux à trois fois par mois
6. Moins de deux fois par mois

9 - Lors de la mise en œuvre de ces interventions, quels sont les effets observés chez les résidents, notamment concernant les troubles du comportement ? \*

Réponse longue

.....

10 - Quelles sont les occupations que vous privilégiez dans le cadre de la prise en soin des résidents présentant des troubles du comportement ? \*

Réponse longue

.....

...

11 - Lors de la participation à une occupation, comment évalueriez-vous le niveau d'engagement des résidents ? \*

L'engagement occupationnel peut être défini comme "le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une occupation" 1 = pas du tout engagé 2= peu engagé 3 = plutôt engagé 4 = très engagé

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12 - Quels sont selon vous les facteurs favorisant l'engagement occupationnel des résidents ? \*

Réponse longue

.....

13 - Quels sont selon vous les facteurs limitant l'engagement occupationnel des résidents ? \*

Réponse longue

.....

14 - Selon vous, existe-il un lien entre le niveau d'engagement et l'efficacité dans la prise en soin des troubles du comportement ? \*

- Oui
- Non

15 - Dans le cadre de la prise en soin en ergothérapie, comment faites-vous le choix d'une occupation afin qu'elle soit adaptée au résident ? \*

Réponse longue

.....

16 - Pensez-vous que la posture de l'ergothérapeute peut influencer l'engagement des résidents dans les occupations proposées en ergothérapie ? \*

Oui

Non

17 - Quelles sont les postures que vous privilégiez ? \*

Réponse longue

.....

18 - Lors de la mise en place de ces interventions, travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels ? \*

Oui

Non

19 - Quels sont les professionnels avec lesquels vous travaillez lors de la mise en place de ces interventions ? \*

Aide-soignant(e)

IDE

Assistant(e) de soin en gérontologie

Psychologue

Autre...

20 - Quels sont selon vous les bénéfices apportés par un travail de collaboration entre un ergothérapeute et un autre soignant ? \*

Réponse longue

.....

21 - Sur quelles approches ou quels modèles vous appuyez-vous pour construire votre intervention ?

Réponse longue

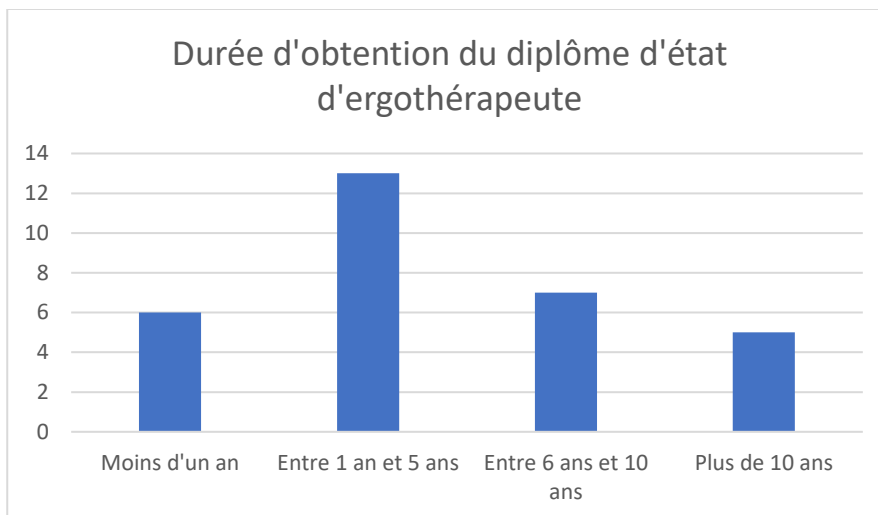
.....

## Annexe 5 : Résultats de l'enquête exploratoire

### 1- Etes-vous ergothérapeute diplômé(e) d'état ?

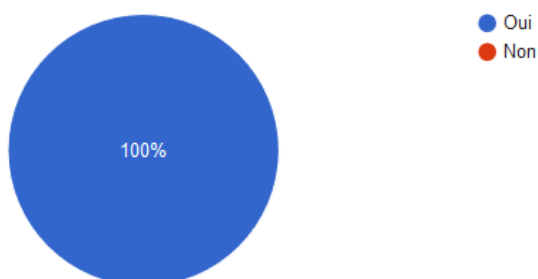


### 2- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?



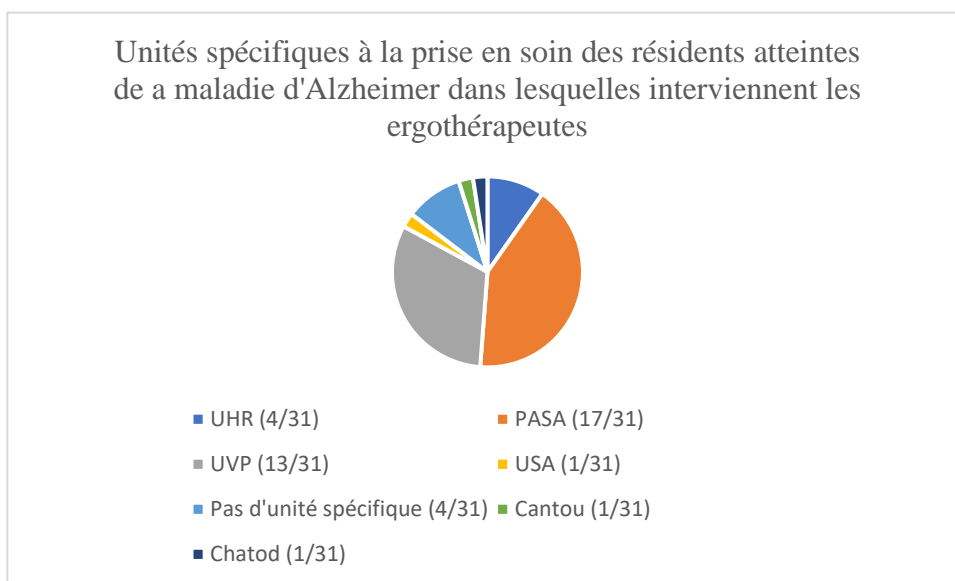
Les ergothérapeutes ayant répondu sont diplômés depuis moins d'un à plus de 10 ans. La majorité des répondants a un diplôme datant de 1 an à 5 ans.

### 3 - Travaillez-vous en EHPAD ?



L'ensemble des ergothérapeutes ayant répondu travaille au sein d'un EHPAD.

#### 4 - Existe-il une unité spécifique à la prise en soin des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?



La plupart des ergothérapeutes ayant répondu à l'enquête interviennent au sein d'un Pôle d'activités et de soins adaptés (17/31) ou d'une unité de vie protégée (13/31).

#### 5 - Quelles restrictions d'occupation pouvez-vous observer chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?



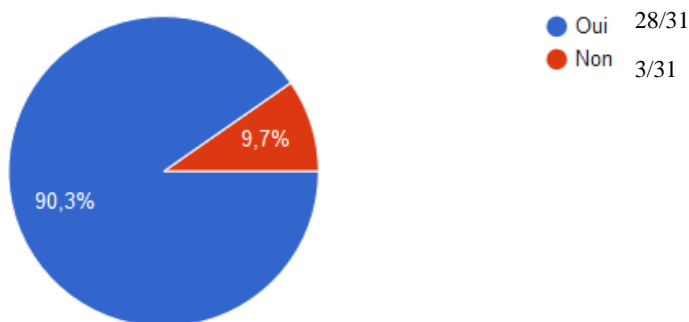
D'après les ergothérapeutes, les résidents rencontrent des difficultés principalement pour les occupations liées à la vie quotidienne, les loisirs et la communication.

6 - Quels sont les effets observés de ces restrictions d'occupation sur le comportement des résidents ?



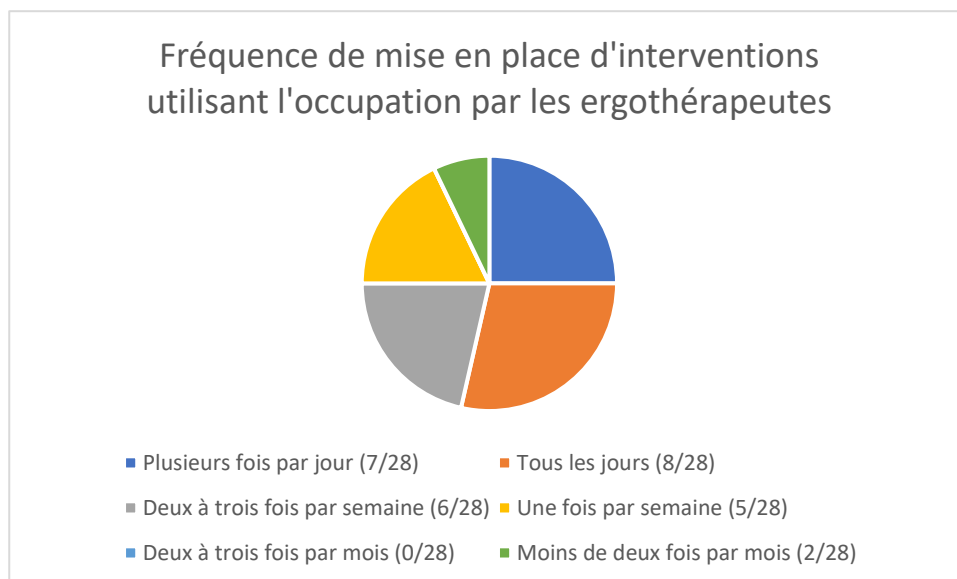
Les restrictions d'occupations chez les résidents semblent être à l'origine de comportements tels que la déambulation, l'agressivité et l'agitation. Il semble donc y avoir une majoration des troubles du comportement.

7 - Mettez-vous en place des interventions utilisant l'occupation dans le cadre de la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec des troubles du comportement ?



Parmi les enquêtés, 28 ergothérapeutes disent utiliser l'occupation pour la prise en soin des résidents présentant des troubles du comportement et 3 ergothérapeutes disent ne pas l'utiliser.

### 8 - A quelle fréquence mettez-vous en place ces interventions utilisant l'occupation ?



Les ergothérapeutes disent mettre en place des interventions utilisant l'occupation à des fréquences comprises en plusieurs fois par jour et moins de 2 fois par mois.

### 9 - Lors de la mise en œuvre de ces interventions, quels sont les effets observés chez les résidents, notamment concernant les troubles du comportement ?



Lorsqu'ils utilisent des interventions basées sur les occupations auprès des résidents, les ergothérapeutes disent observer une diminution des troubles du comportement et un sentiment d'apaisement et de valorisation de résidents.





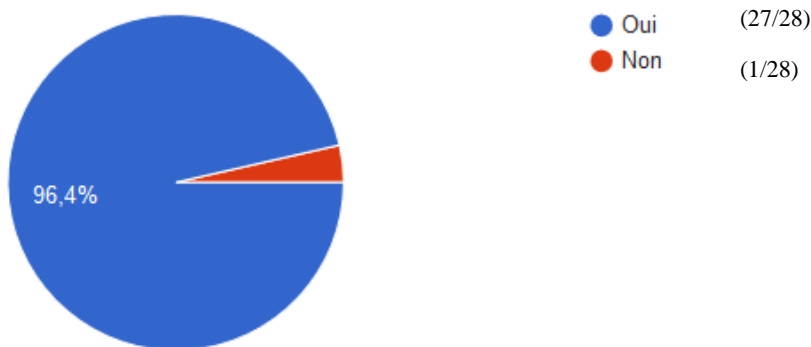
Les facteurs favorisant l'engagement occupationnel des résidents semblent être l'adaptation à leur capacités, le choix des occupations (sens, intérêts, habitudes) et la relation avec le thérapeute.

13 - Quels sont selon vous les facteurs limitant l'engagement occupationnel des résidents ?



Les facteurs pouvant limiter l'engagement occupationnel des résidents sont principalement l'environnement, les troubles liés à la maladie d'Alzheimer, les soignants et le manque de sens des occupations.

14 - Selon vous, existe-il un lien entre le niveau d'engagement et l'efficacité dans la prise en soin des troubles du comportement ?



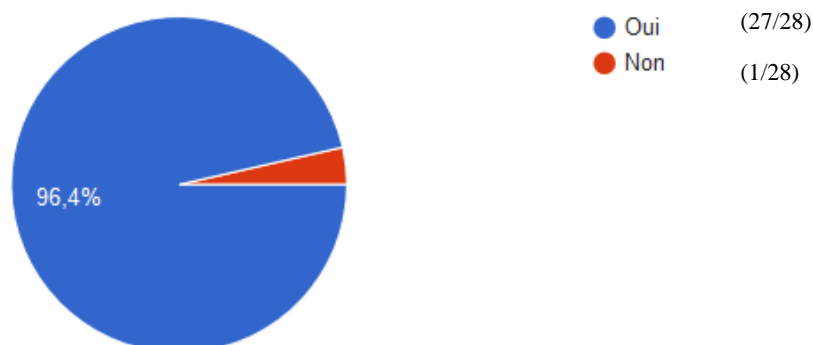
Pour 27 ergothérapeutes sur 28, il y a un lien entre engagement occupationnel et efficacité de la prise en soin des troubles du comportement.

15 - Dans le cadre de la prise en soin en ergothérapie, comment faites-vous le choix d'une occupation afin qu'elle soit adaptée au résident ?



Afin que les occupations soient adaptées au résident, les ergothérapeutes prennent en compte l'histoire de vie de la personne, ses habitudes et envies et ses capacités. Ils s'appuient notamment sur des évaluation et de l'observation.

16 - Pensez-vous que la posture de l'ergothérapeute peut influencer l'engagement des résidents dans les occupations proposées en ergothérapie ?



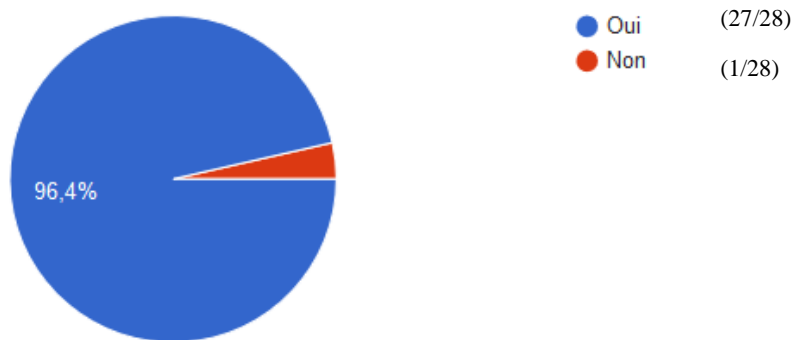
Pour 28 ergothérapeute sur 27, la posture du thérapeute peut avoir une influence sur l'engagement occupationnel de résidents.

17 - Quelles sont les postures que vous privilégiez ?



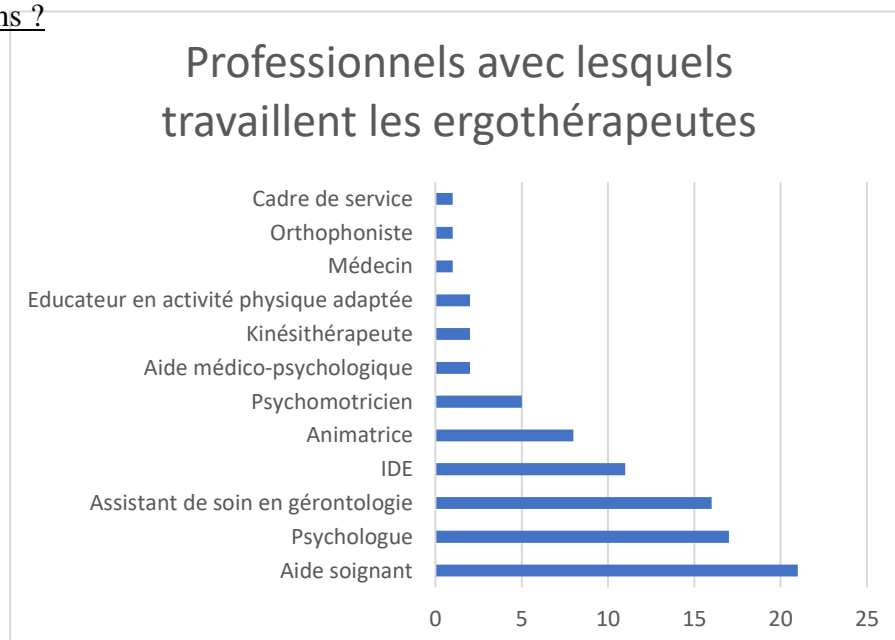
Les ergothérapeutes disent privilégier une posture d'écoute, d'égal à égal. Certains utilisent la validation.

18 - Lors de la mise en place de ces interventions, travaillez-vous en collaboration avec d'autres professionnels ?



27 ergothérapeutes sur 28 disent travailler en collaboration avec d'autres professionnels.

19 - Quels sont les professionnels avec lesquels vous travaillez lors de la mise en place de ces interventions ?





**Annexe 6 : Matrice conceptuelle**

Concepts	Indicateurs	Variables
Modèle de l'occupation humaine	Volition	Valeurs Intérêts que porte la personne à l'occupation Processus volitionnel (choix et expérimentation d'occupations)
	Habituatation	Comportements répétés qui deviennent des habitudes Rôles Routine occupationnelle
	Capacité de performance	Composantes physiques Composantes mentales Perception de ses propres capacités
	Environnement	Physique Socioculturel Humain Ressources/ contraintes
Engagement occupationnel	Facteurs internes	Motivation/ volition Sentiment de choisir Valeur attribuée à l'occupation
	Facteurs externes	Environnement social Environnement culturel Environnement physique
	Signes d'engagement	Plaisir Durée d'investissement Manifestations verbales et paraverbales
Autonomie	Exécutionnelle	Se déplacer dans son environnement Réaliser seul les activités de la vie quotidienne
	Décisionnelle	S'autolimiter Avoir des préférences singulières Faire des choix Prendre des décisions
	Participationnelle	Être reconnu comme faisant partie de la communauté humaine Possibilité de participer à la vie sociale

**Annexe 7 : Matrice de questionnement de la recherche**

Variables	Objectif de la question	Question	Modalités de réponse
Autonomie exécutive	Connaître l'importance donnée à l'autonomie exécutive du résident dans la pratique de l'ergothérapeute	Sur une échelle allant de 0 à 10, où situeriez-vous l'importance de permettre au résident de réaliser seul ses occupations ?	Echelle numérique 0-Aucune importance 10- Elément prioritaire dans votre pratique
	Savoir à quelle fréquence l'ergothérapeute tient compte de l'autonomie exécutive du résident	En pratique, à quelle fréquence laissez-vous le résident réaliser seul des occupations ?	Echelle de Likert Jamais- Parfois - Souvent -Toujours
	Savoir ce qui est mis en place par l'ergothérapeute face à une perte d'autonomie exécutive du résident	Lorsque, du fait de sa pathologie, le résident a des difficultés à réaliser seul ses occupations, que faites-vous ?	Question ouverte
Autonomie décisionnelle	Connaître l'importance donnée à l'autonomie décisionnelle du résident dans la pratique de l'ergothérapeute	Sur une échelle allant de 0 à 10, où situeriez-vous l'importance de permettre au résident de faire lui-même des choix concernant ses occupations ?	Echelle numérique 0-Aucune importance 10- Elément prioritaire dans votre pratique
	Savoir à quelle fréquence l'ergothérapeute tient compte de l'autonomie décisionnelle du résident	En pratique, à quelle fréquence laissez-vous le résident faire ses choix et prendre ses propres décisions ?	Echelle de Likert Jamais- Parfois - Souvent -Toujours
	Savoir ce qui est mis en place par l'ergothérapeute face à une perte d'autonomie	Lorsque, du fait de sa pathologie, le résident a des difficultés à faire des	Question ouverte

	décisionnelle du résident	choix, que faites-vous ?	
<p>Dans la suite du questionnaire, nous allons nous intéresser à l'engagement occupationnel du résident.</p> <p>Cette notion peut être définie 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"</p>			
Engagement occupationnel du résident	Pouvoir comparer le niveau auquel les ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel du résident en fonction de son autonomie décisionnelle	Sur une échelle de 0 à 10, à quel niveau situeriez-vous l'engagement occupationnel d'un résident lorsqu'il a lui-même choisi de prendre part à une occupation ?	Echelle numérique 0-Pas du tout engagé 10-Totalement engagé
	Pouvoir comparer le niveau auquel les ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel du résident en fonction de son autonomie décisionnelle	Sur une échelle de 0 à 10, à quel niveau situeriez-vous l'engagement occupationnel d'un résident lorsqu'il n'est pas à l'origine du choix de l'occupation ?	Echelle numérique 0-Pas du tout engagé 10-Totalement engagé
	Savoir, d'après les ergothérapeutes, ce qui peut faire fluctuer l'engagement occupationnel du résident	Si vous observez une différence de niveau d'engagement occupationnel du résident entre les deux situations précédentes, comment l'expliqueriez-vous ?	Question ouverte
	Pouvoir comparer le niveau auquel les ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel du résident en fonction de son autonomie exécutive	Sur une échelle de 0 à 10, à quel niveau situeriez-vous l'engagement occupationnel d'un résident lorsqu'il réalise une occupation par lui-même ?	Echelle numérique 0-Pas du tout engagé 10-Totalement engagé

	Pouvoir comparer le niveau auquel les ergothérapeutes situent l'engagement occupationnel du résident en fonction de son autonomie exécutionnelle	Sur une échelle de 0 à 10, à quel niveau situeriez-vous l'engagement occupationnel d'un résident lorsqu'il n'est pas en capacité de réaliser l'occupation seul ?	Echelle numérique 0-Pas du tout engagé 10-Totalement engagé
	Savoir, d'après les ergothérapeutes, ce qui peut faire fluctuer l'engagement occupationnel du résident	Si vous observez une différence du niveau d'engagement occupationnel entre les deux situations précédentes, comment l'expliqueriez-vous ?	Question ouverte
	Savoir ce qui est mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement occupationnel des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer	Selon vous, comment pouvez-vous aider un résident à s'engager dans une occupation ?	Question ouverte
Critères d'inclusion des ergothérapeutes	S'assurer que le répondant entre dans les critères d'inclusion de notre population	Etes-vous ergothérapeute diplômé(e) d'état ?	Question fermée Oui/ Non
	Avoir des données descriptives sur les ergothérapeutes participant à la recherche	En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?	Question ouverte
	S'assurer que le répondant entre dans les critères d'inclusion de notre population	Travaillez-vous en EHPAD auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?	Question fermée Oui/ Non
	Avoir des données descriptives sur les ergothérapeutes participant à la recherche	Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de ce public ?	Question ouverte



## Annexe 8 : Outil de recueil de données de la recherche

Bonjour,

Actuellement en troisième année d'ergothérapie, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur la promotion de l'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD par l'ergothérapeute et l'influence que cela pourrait avoir sur leur engagement occupationnel. Ce questionnaire me permettra donc d'obtenir des données afin d'alimenter ma recherche.

Ce questionnaire est anonyme et les réponses ne feront l'objet d'aucun jugement.

Si vous le souhaitez, vous pouvez transmettre ce questionnaire à des ergothérapeutes susceptibles d'y répondre à leur tour.

Je vous remercie de votre participation

⋮

1. Sur une échelle allant de 0 à 10, où situeriez-vous l'importance de permettre au résident de réaliser seul ses occupations ? \*

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

Aucune importance            Elément prioritaire dans votre pratique

2. En pratique, à quelle fréquence laissez-vous le résident réaliser seul des occupations ? \*

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

3. Lorsque, du fait de sa pathologie, le résident a des difficultés à réaliser seul ses occupations, que faites-vous ? \*

- Guidance verbale
- Accompagnement des gestes/ guidance gestuelle
- Création de supports indiquant les différentes étapes à réaliser
- Montrer l'exemple afin que le résident reproduise ensuite (mimétisme)
- Faire à la place du résident
- Autre...



9. Si vous observez une différence du niveau d'engagement occupationnel entre les deux situations précédents, comment l'expliqueriez-vous ? \*

Réponse longue

10. Sur une échelle de 0 à 10, à quel niveau situeriez-vous l'engagement occupationnel d'un résident lorsqu'il réalise une occupation par lui-même ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas du tout engagé            Totalemment engagé

11. Sur une échelle de 0 à 10, à quel niveau situeriez-vous l'engagement occupationnel d'un résident lorsqu'il n'est pas en capacité de réaliser l'occupation seul ? \*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas du tout engagé            Totalemment engagé

12. Si vous observez une différence du niveau d'engagement occupationnel entre les deux situations précédentes, comment l'expliqueriez-vous ? \*

14. Etes-vous ergothérapeute diplômé(e) d'état ? \*

- Oui  
 Non

15. En quelle année avez-vous eu votre diplôme ? \*

Réponse courte

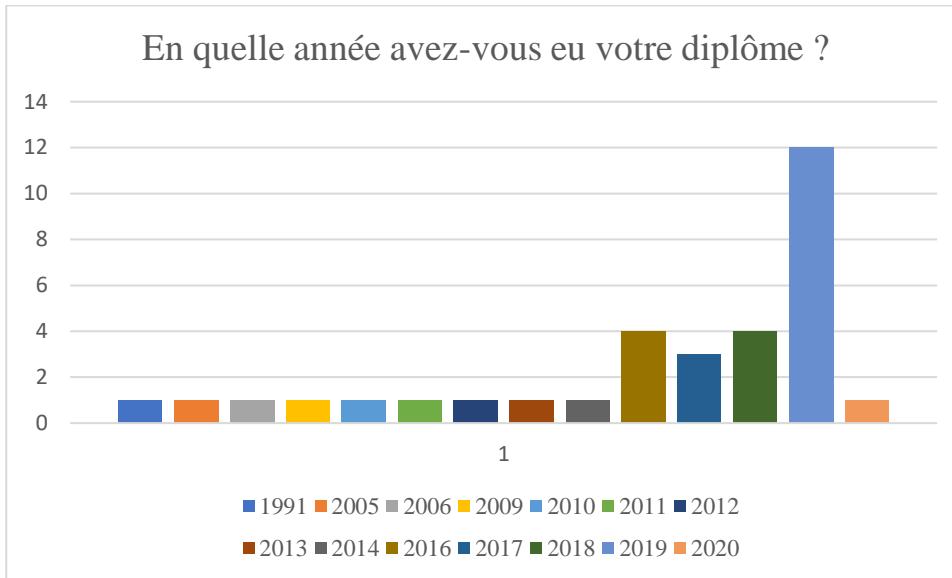
16. Travaillez-vous en EHPAD auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? \*

- Oui  
 Non

17. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de ce public ? \*

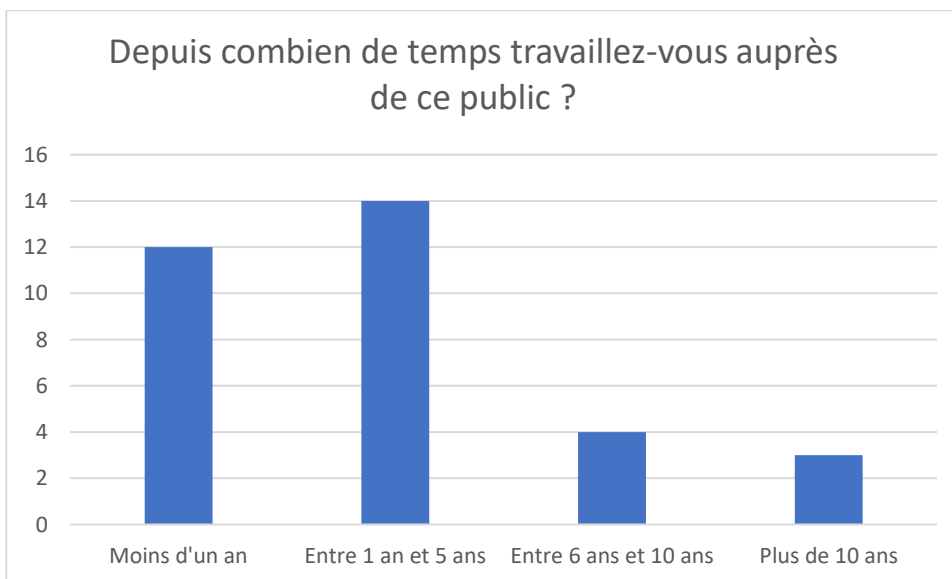
Réponse courte

### **Annexe 9 : Date d'obtention du diplômes des enquêtés**



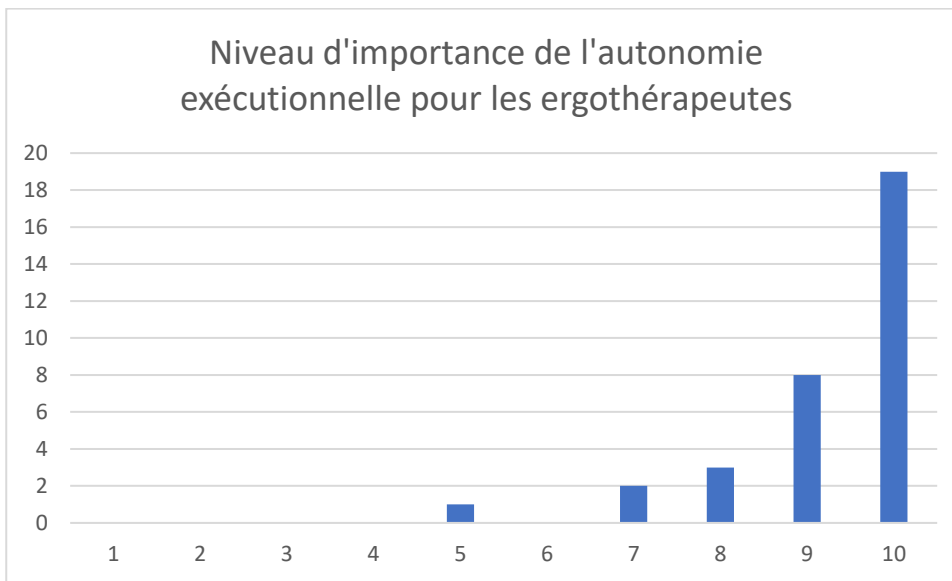
La date d'obtention du diplôme des ergothérapeutes ayant répondu est comprise entre 1991 et 2020. La majorité des enquêtés a été diplômée en 2019. 28 ergothérapeutes sur 33 ont été diplômés après la réforme de 2010.

### **Annexe 10 : Expérience des enquêtés auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD**



La majorité des ergothérapeutes ayant participé à la recherche ont une expérience auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD comprise entre 1 et 5 ans. Cependant, les enquêtés ont des durées d'expérience variées puisqu'elles s'étendent de moins d'1 an à plus de 10 ans.

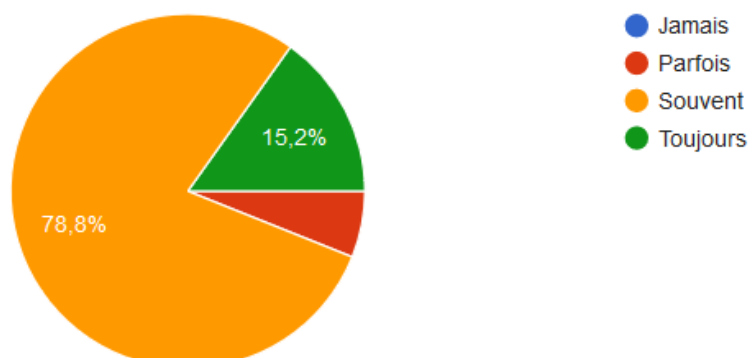
### **Annexe 11 : Importance accordée par les ergothérapeutes à l'autonomie exécutionnelle des résidents**



Sur ce graphique, 1 correspond à "pas d'importance" et 10 correspond à "élément prioritaire dans la pratique en ergothérapie".

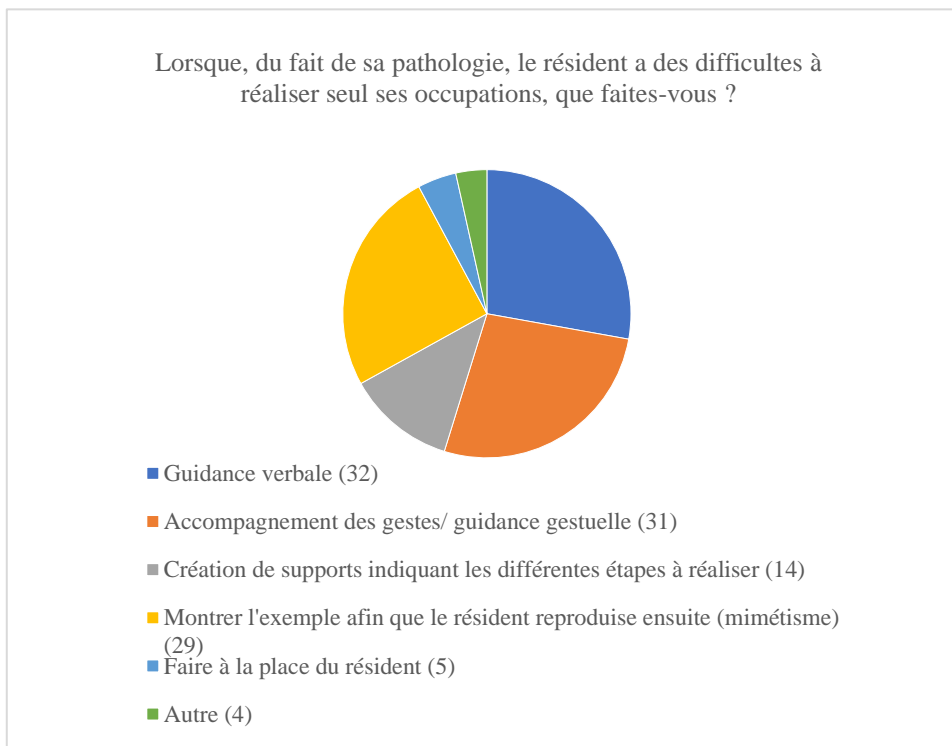
Pour la majorité des ergothérapeutes (19/33), permettre au résident de réaliser seul ses occupations est un élément prioritaire de leur pratique. Le niveau d'importance le plus bas est de 5/10.

### **Annexe 12 : Fréquence à laquelle les ergothérapeutes laissent les résidents autonome sur le plan exécutif**



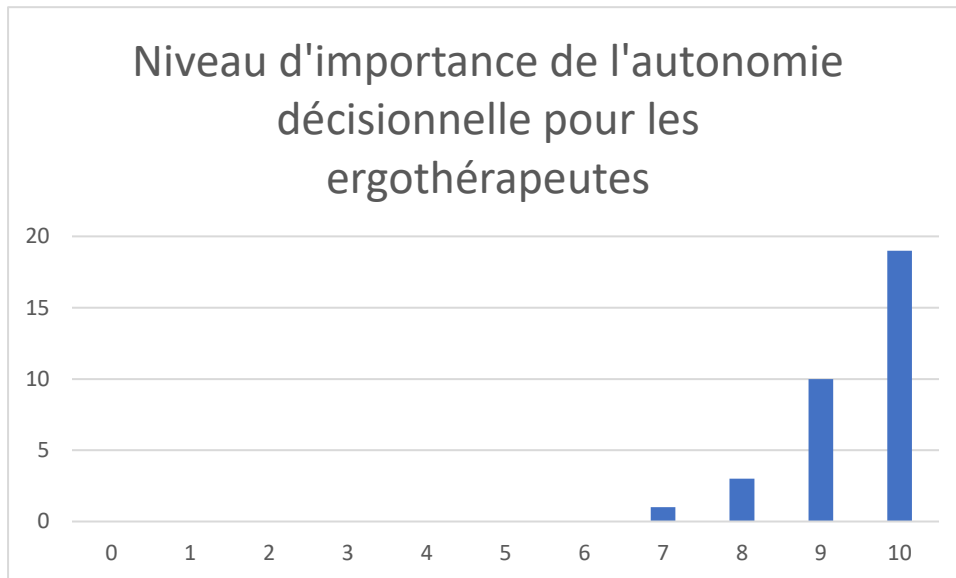
26 ergothérapeutes déclarent qu'ils laissent souvent le résident réaliser seul des occupations, 5 ergothérapeutes disent le faire toujours, et 2 disent le faire parfois. Aucun des ergothérapeutes n'a sélectionné la modalité "toujours".

### **Annexe 13 : Moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'autonomie exécutionnelle des résidents**



Lorsque le résident rencontre des difficultés pour réaliser seul des occupations, les ergothérapeutes disent avoir recours principalement à la guidance verbale et à la guidance gestuelle.

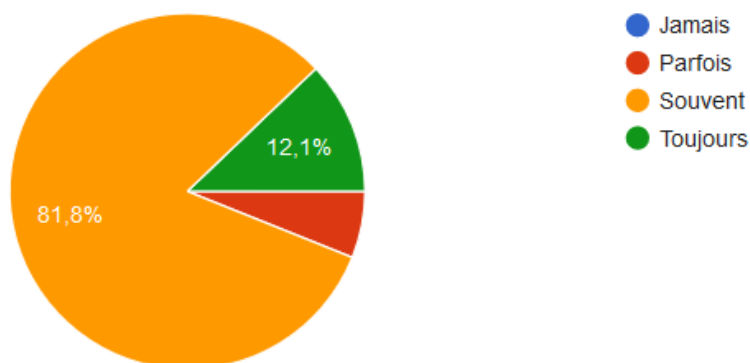
**Annexe 14 : Importance accordée par les ergothérapeutes à l'autonomie décisionnelle des résidents**



Sur ce graphique, 1 correspond à "pas d'importance" et 10 correspond à "élément prioritaire dans la pratique en ergothérapie".

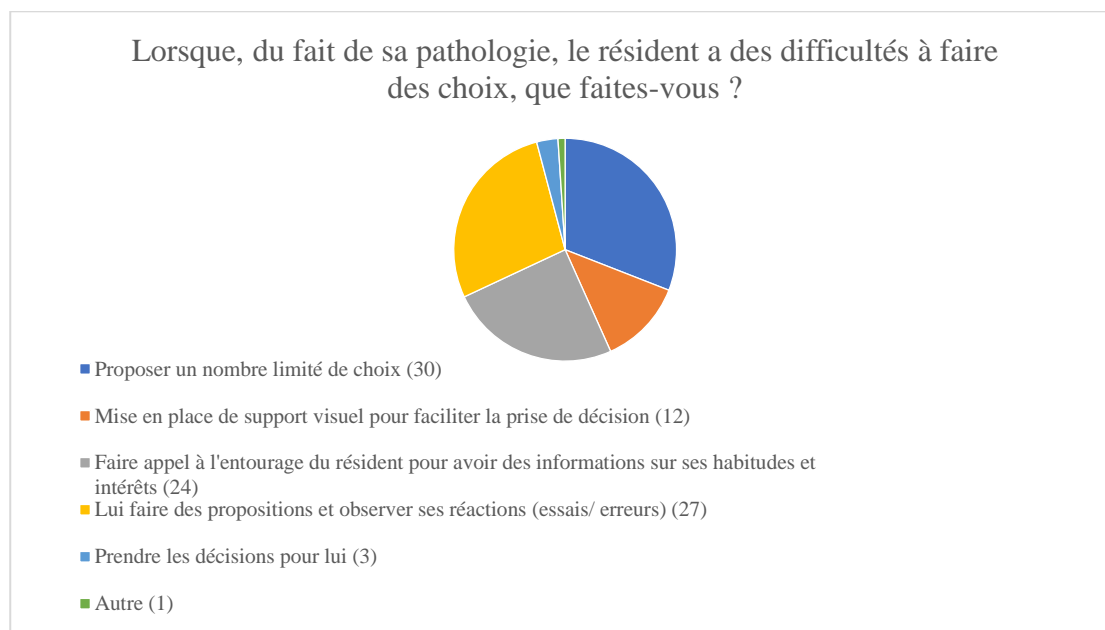
Pour la majorité des ergothérapeutes (19/33), permettre au résident de réaliser seul ses occupations est un élément prioritaire de leur pratique. Le niveau d'importance le plus bas est de 7/10.

**Annexe 15 : Fréquence à laquelle les ergothérapeutes laissent les résidents autonome sur le plan exécutif**



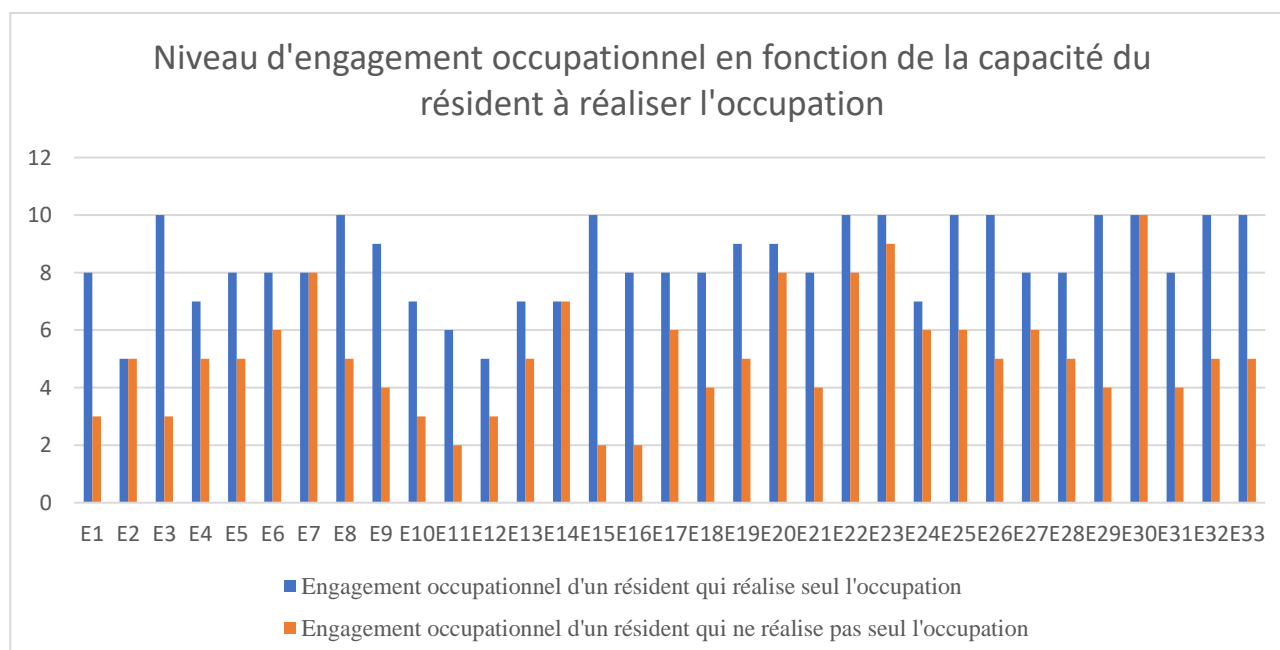
27 ergothérapeutes déclarent qu'ils laissent souvent faire ses propres choix, 4 ergothérapeutes disent le faire toujours, et 2 disent le faire parfois. Aucun des ergothérapeutes n'a sélectionné la modalité "toujours".

### **Annexe 16 : Moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'autonomie décisionnelle des résidents**



Lorsque le résident rencontre des difficultés pour faire des choix, les ergothérapeutes disent avoir recours principalement à la proposition d'un nombre de choix limité (30/33) et à un fonctionnement par essais-erreurs (27/33).

### **Annexe 17 : Niveau d'engagement occupationnel du résident en fonction de son autonomie exécutionnelle**





Sur ce graphique, 1 = pas du tout engagé et 10 = totalement engagé

Nous pouvons voir que, d'après 29 ergothérapeutes sur 33, le niveau d'engagement occupationnel des résidents est plus élevé lorsqu'il réalise seul l'occupation, et donc lorsqu'il sont autonomes sur le plan exécutif. Pour 4 des répondants, l'engagement occupationnel ne varie pas en fonction de l'autonomie exécutive du résident.

**Annexe 18 : Facteurs pouvant expliquer la variabilité de l'engagement occupationnel en fonction de l'autonomie exécutive**

E1	Il se dévalorise
E2	Motivation volition
E3	Le fait d'aider un résident n'a pas toujours un impact sur l'engagement occupationnel. Certains acceptent l'aide, d'autres refusent mais cela n'a pas clairement un impact à 100% négatif.
E4	Déception liée à l'échec dévalorisation
E5	Le fait d'accompagner la personne à faire son activité qu'elle a choisie et significatif pour elle aussi
E6	À mon sens ça dépend de l'occupation, il y en a qui ne font plus sens lorsqu'elles ne sont plus réalisées par la personne, et d'autres gardent un sens, qui n'est peut-être plus le même mais qui peuvent rester dignes d'intérêt
E7	S'il ne réalise pas seul.....
E8	Pour moi l'engagement est très impacté par l'occupation, la personne et ses capacités à réaliser l'occupation. Quantifier comme dans les questions précédentes est impossible.
E9	La conscience des différences de capacités avec les autres personnes du groupe, le sentiment de perte de capacité ou d'être "perdu"
E10	Pour une personne âgée atteinte de ce type de pathologie, le fait de réaliser une occupation seule est très gratifiant et augmente l'estime que celle-ci a d'elle-même. Le fait de voir qu'elle parvient à réaliser une occupation seule va favoriser l'engagement de cette personne dans le fait d'aller au bout de l'occupation en cours. Lorsqu'au contraire, le résident émet ou rencontre des difficultés dans la réalisation d'une occupation, l'engagement envers celle-ci diminue, et le résident a tendance à vouloir abandonner, passer à autre chose, se déconcentre.
E11	La capacité de réaliser seul ou non n'est peut-être pas assez précis. Selon moi la personne peut réaliser seul mais avec indicage verbal ou mimétisme. Les troubles cognitifs font qu'il est souvent utile de répéter ou de mimer, ce n'est pas pour autant que la personne n'a pas la capacité de réaliser seule
E12	Je
E13	Dans le premier cas, le résident a les capacités pour réaliser l'occupation par lui-même. Il n'est pas en situation d'échec
E14	Plus aise si la personne le fait seul mais peut accepter de l'aide. Cela dépend des personnes.

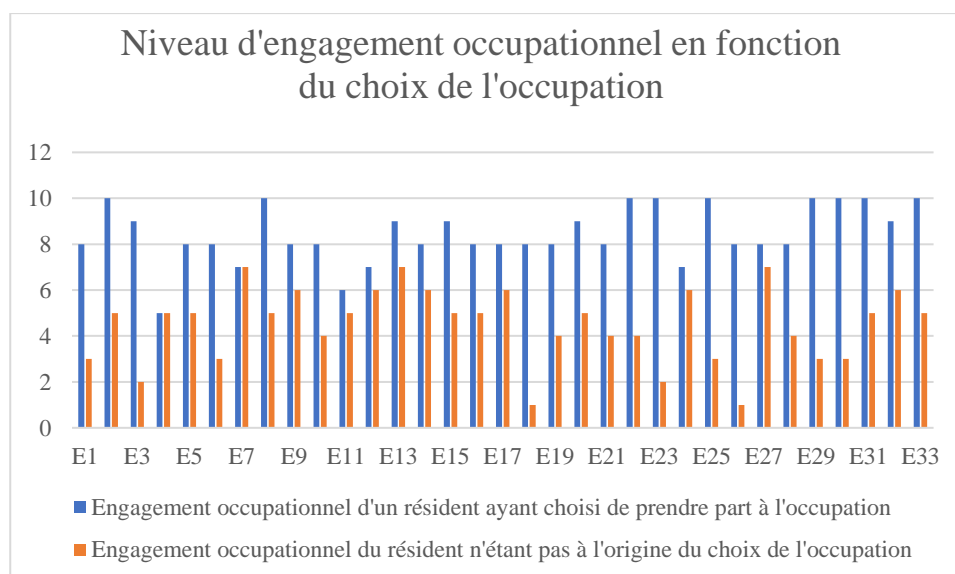
E15	Souvent il y a une dévalorisation du résident (il se dévalorise tout seul). Il dit qu'il n'est pas capable et abandonne plus vite. Si on le remet par la suite dans une occupation qui lui est difficile à réaliser mais avec beaucoup d'encouragements, il sera plus sceptique quant à l'occupation et son engagement sera moindre.
E16	Le niveau d'engagement occupationnel selon moi n'est pas le reflet de la capacité à réaliser seul mais la capacité à réaliser l'occupation en fonction de ses possibilités. Le résident peut-être totalement engagé par exemple dans sa toilette même s'il n'est pas totalement indépendant. Il peut s'investir à 100% dans cette occupation dans la mesure de ses capacités.
E17	L'attention du résident n'est pas totale
E18	Il faudrait réussir à mettre suffisamment de chose en place pour que le résident ai l'impression qu'il réalise l'activité seul sans aide
E19	Quel est la différence avec la question précédente ?
E20	Il se laisse en général faire, il devient spectateur
E21	Même s'il choisit l'activité et la réalise seul, tendance à abandonner la tâche sans stimulation ou guidance
E22	Plus facile de participer quand on l'a choisi
E23	Le fait d'être capable de faire seul permet à la personne de prendre confiance et la confiance en ses capacités ce qui favorise l'engagement
E24	Il est difficile de s'engager quand on ne réussit pas à réaliser l'activité ! Cf théorie du flow
E25	Lorsqu'il n'en n'a pas les capacités il ne pourrait pas être engagé du moins efficacement. À l'inverse quand il est capable il a néanmoins le droit de ne pas s'engager à 100%
E26	.
E27	Connaissance de l'activité, capacités préservées, valorisation, mémoire procédurale
E28	Le fait de faire soit même une activité et de la réussir développe la confiance que peu avoir la personne. Réussir une activité choisi va la motiver pour en faire une autre et ainsi on pourra travailler avec elle. Si la personne ne réussit pas l'activité et a besoin d'aide, déjà il faut se questionner sur l'activité choisie, sa complexité, le moment de la journée ou elle a été réalisée, les ressources de la personne, l'environnement, ... réessayer dans des conditions différentes ou aménager l'activité pour permettre de diminuer le niveau d'anxiogène de l'activité pour que l'activité soit à un niveau de défi acceptable pour à la fois stimuler la personne et qu'elle puisse y arriver et avoir un sentiment de satisfaction.
E29	Si un résident a choisi une occupation et parvient à la faire seul, son engagement sera total. C'est un cycle vertueux : il choisit l'activité et arrive à la faire seule, son estime de soi augmente et donc son engagement dans la tâche aussi. En revanche, s'il ne l'a pas choisie et qu'il n'est pas en capacité de la faire seul, il ne s'investira pas autant voire pas du tout.
E30	Pour que la personne s'engage vraiment dans une occupation, même si elle a besoin d'une aide, il faut qu'elle soit mise au cœur de l'occupation et encouragée à y participer le plus possible, sans avoir le sentiment de ne pas être utile dans cette occupation.
E31	Pour certains, cela est vu comme un échec. Ils savaient le faire et ne savent plus. Ce qui peut diminuer leur intérêt et volonté.
E32	Idem
E33	Peur de la mise en échec de l'erreur

### **Annexe 19 : Nuage de mots des facteurs liés à l'autonomie exécutionnelle pouvant influencer l'engagement occupationnel**



D'après les enquêtés, lorsque le résident n'est pas en capacité de réaliser seul une occupation, il peut se sentir en situation d'échec et être dévalorisé. Au contre, le fait de réaliser seul des occupation peut être source de motivation et de confiance en soi. Ces différents éléments semblent avoir une influence sur l'engagement occupationnel des résidents.

### **Annexe 20 : Niveau d'engagement occupationnel du résident en fonction de son autonomie décisionnelle**



Sur ce graphique, 1 correspond à "pas d'importance" et 10 correspond à "élément prioritaire dans la pratique en ergothérapie".

Nous pouvons voir que, d'après 31 ergothérapeutes sur 33, le niveau d'engagement occupationnel des résidents est plus élevé lorsqu'il réalise seul l'occupation, et donc lorsqu'il sont autonomes sur le plan exécutif. Pour 2 des répondants, l'engagement occupationnel ne varie pas en fonction de l'autonomie exécutif du résident.

**Annexe 21 : Facteurs pouvant expliquer la variabilité de l'engagement occupationnel en fonction de l'autonomie décisionnelle**

E1	Ce n'est pas significatif pour lui
E2	Empowerment
E3	Parfois le résident est invité à participer sans en avoir fait le choix et se rend compte que l'occupation peut lui plaire. Parfois l'effet inverse se produit également.
E4	Volonté et envie de faire
E5	Les activités qu'ils choisissent sont significatives pour eux
E6	L'intérêt du résident dans l'occupation, le mieux est de lui laisser le choix, on peut néanmoins parfois lui proposer des choses auxquelles il n'aurait pas pensé et qui peuvent lui plaire.
E7	Difficile à évaluer
E8	L'engagement de la personne lorsqu'il n'est pas à l'origine du choix est très variable. Parfois il sera complètement impliqué parfois pas du tout... l'engagement dépendra de si l'activité lui plaît et s'il a envie de la faire à ce moment donné.
E9	Motivation intrinsèque, le sens de l'activité pour le résident (représentation de l'activité)
E10	Lorsqu'il s'agit d'une occupation désirée par le résident, celui-ci a tendance à persévérer et s'investir davantage dans la réalisation de celle-ci. Lorsque l'occupation est imposée, elle nécessite plus de stimulation car le résident y porte moins d'intérêt. Cependant, avec une stimulation importante, cette occupation peut être réalisée.
E11	Cela dépend du choix de la personne de réaliser l'occupation comme vous le précisez mais aussi parfois cela dépend de l'environnement (luminosité, bruit, nb de personnes durant l'activité, douleurs ect ...) ou l'apparition d'un trouble du comportement en lien avec la maladie. Malgré le choix initial il se peut que l'engagement ne soit pas constant durant la durée de l'occupation
E12	Le choix

E13	Dans le premier cas, le résident choisit de prendre part à l'occupation. Cette dernière est donc signifiante. De plus le résident se sent peut-être en capacité de prendre part à l'occupation. Dans le second cas, l'absence possible de signifiante et/ou la possibilité de mise en situation d'échec peuvent être un obstacle à l'engagement occupationnel.
E14	Une incompréhension et les troubles du cmptmt rendant certaines activités non signifiantes pour la personne. Ces personnes ont moins de "filtre" Et exprime leur mécontentement/leur refus aisément
E15	Difficulté pour le résident de toute de suite accrocher à l'occupation si l'idée ne vient pas de lui. Il faut une période d'adaptation. Parfois quelques difficultés au début à comprendre le but de l'occupation.
E16	Le niveau d'engagement occupationnel varie en fonction du choix du résident. Si ce dernier est capable de choisir l'occupation alors l'activité sera significative et signifiante pour lui ce qui augmente le niveau d'engagement. A l'inverse, choisir pour le résident n'implique pas forcément un bon niveau d'engagement occupationnel, si l'occupation n'a pas de sens pour lui.
E17	L'intérêt du résident porté sur l'occupation
E18	Ça ne correspond pas forcément exactement à ses attentes, gout...
E19	L'activité doit être signifiante et significative pour le résident afin que ce dernier s'engage dans l'activité et qu'elle soit bénéfique.
E20	Il est plus engagé s'il choisit lui même
E21	Même s'il ne choisit pas l'activité, globalement bon engagement dans la réalisation de la tâche. Abandonne moins vite en cas d'échec pour les activités significatives
E22	.
E23	On est plus engagé lorsque l'on décide de faire une activité car le fait de poser un choix est déjà un engagement
E24	L'activité est-elle signifiante ?
E25	Dans le cas où il a fait le choix il lui reste l'opportunité de ne pas s'engager à 100%, droit à être moins engagé. Quand le choix n'est pas de lui il a le droit de s'engager autant que de ne pas s'engager
E26	Les résidents réagissent comme une personne qui n'aurait pas de démence, sans trop d'engagement occupationnel si c'est une activité qu'il n'a pas choisie
E27	volition, motivation, habitudes de vie, risque mise en échec, valorisation

E28	Lorsque le résident décide de l'activité, il y est déjà engagé. En général ce sont des activités qui ont un attrait pour lui. Il est émotionnellement engagé, cela peut lui rappeler des souvenirs. Lorsque l'activité est imposée, si elle est signifiante il s'y engagera tout autant mais en mettant un peu plus de temps ; si elle ne l'intéresse pas l'engagement de la personne sera très restreint et ce ne sera plus qu'une occupation pour passer le temps dans laquelle il ne s'engagera que peu au lieu d'être une activité thérapeutique qui avec son engagement stimulerait davantage ses fonctions cognitives, exécutives. Et maintiendrait les capacités recherchait par l'activité.
E29	L'engagement occupationnel est d'autant plus important lorsque le résident a lui-même choisi de participer à l'activité. Il va de même pour n'importe quel individu. On est davantage investie dans une activité quand on l'a choisie.
E30	Risque d'anxiété, d'incompréhension ou de trouble du comportement face à une occupation imposée. Manque d'explication quant à l'occupation et à son déroulement conduisant à une non-acceptation de l'occupation.
E31	Lorsque la personne n'est pas décisionnaire de ses activités ou occupations, elle n'y adhère pas forcément. Sa motivation et son intérêt sont limités. Elle ne va pas systématiquement s'interroger sur ce qu'il se passe, ou chercher à créer du lien.
E32	Un intérêt pour une activité engage plus d'engagement de la part de la personne.
E33	En fonction des goûts du résidents et de l'activité choisie

**Annexe 22 : Nuage de mots des facteurs liés à l'autonomie décisionnelle pouvant influencer l'engagement occupationnel**



D'après les enquêtés, l'engagement occupationnel peut être influencé par la capacité du résident à faire des choix, mais également par l'aspect signifiant de l'occupation en lien avec les intérêts

du résidents. Cela peut être source de motivation et donc d'un engagement occupationnel plus important.

**Annexe 23 : Moyens mis en place par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement occupationnel des résidents**

E1	En choisissant des activités signifiantes et significatives pour lui
E2	Plus l'occupation correspondra aux goûts/caractères de la personne et sera réalisée grâce à ces capacités plus elle sera engagée. Pour les aider nous pouvons travailler sur l'adaptation de l'occupation.
E3	Il est nécessaire de sélectionner diverses activités faisant travailler le même objectif, il faut par la suite laisser le choix au résident de son activité afin de favoriser une meilleure adhésion et un meilleur engagement
E4	Très compliqué avec cette population, surtout lorsque la maladie est à un stade avancé. Souvent activités en lien avec ce que les familles nous ont indiqués
E5	En lui proposant une occupation qui lui plaise (en lien avec ses habitudes de vie), qui soit adaptée à ses capacités (motrices, cognitives, fonctionnelles...) et qu'il ait la liberté de la choisir.
E6	Développer les habiletés, adaptation de l'environnement et des aides
E7	En proposant une activité significative pour lui. Parfois lui permettre de participer s'il ne sait pas exprimer ses envies lui permet d'essayer l'activité et de s'engager par la suite.
E8	En adaptant l'activité pour qu'il soit capable de la faire seul et proposer des activités qui ont du sens
E9	Lui donner la possibilité de participer, même un peu. Ne jamais tout faire à sa place sans lui laisser le choix, sans le faire participer
E10	Connaitre ses envies, ses besoins. Lui proposer une activité signifiante qui puisse nous permettre de travailler avec lui sur ce qu'on souhaite travailler. La personne doit toujours être consciente que même si c'est une activité qu'il aime, elle est thérapeutique et que ça a pour but de l'aider à récupérer en indépendance ou à maintenir ses habiletés motrices et opératoires. Avoir une activité qui plaît et dont la personne connaît le but et les comprend est une des clés du début de relation thérapeutique entre personne et soignant par le biais du média facilitateur choisi par la personne qui ainsi s'engage dans son plan de soin
E11	Prenant le temps, en identifiant ce qui a du sens pour lui et en adaptant l'activité à ses capacités
E12	Connaitre son projet de vie. Métiers hobbies. Histoire

E13	Tout d'abord en s'assurant que l'occupation lui plaise dès le départ. Il faut respecter ses choix. Discuter/communiquer avec lui afin d'adapter l'occupation pour qu'elle lui corresponde au maximum
E14	Stimulation
E15	choisir moment adapté, moment disponible et sans trouble comportement, environnement facilitateur (ambiance, pièce, bruit ou pas, etc.), souhait de l'activité, habitude ancrée
E16	Être cohérent avec ses habitudes antérieures et avec ses capacités
E17	En le laissant libre de ses choix occupationnels, dans des activités où il ne sera pas en échec. Mais aussi, avec un cadre adapté (endroit calme, pas de distraction...), à un moment où il ne sera pas énervé, contrarié.... En groupe s'il apprécie la compagnie et si cela peut être porteur
E18	Lui laisser le choix, l'accompagner durant toute la durée de l'occupation à stimuler ses initiatives et sa participation à l'aide de stratégies : visuelle, indicage verbal, mimétisme, répétition, valorisation, soutien ect
E19	Y revenir régulièrement, le valoriser, mettre en valeur
E20	Lui donner un rôle propre, lui montrer que son action dans cette occupation précise est nécessaire pour l'accomplir, lui exprimer notre besoin de son implication et de son aide dans l'occupation
E21	En trouvant le but que cette occupation peut avoir pour le résident.
E22	Nous nous intéressons à ses passions, à son histoire, à ses activités... Au chose qu'il aime et aime faire
E23	Lui proposer beaucoup d'activités, lui laisser le temps aussi. Le laisser faire pour s'approprier son nouveau domicile et ses nouvelles occupations.
E24	Stimulation et guidance pour qu'il réalise au maximum des tâches seul sans abandonner la tâche ou être en échec
E25	Choisir la bonne activité dans un bon environnement autant physique que social
E26	Accompagner au rythme du patient, l'accompagner et non prendre en charge !!!
E27	En le laissant choisir ou en l'aidant à choisir selon ses critères, en adaptant au besoin après discussion avec
E28	Le connaître et prendre le temps de savoir ce qui lui plaît
E29	En le laissant être acteur de sa prise en charge, en trouvant des adaptations...
E30	Pour qu'un résident s'engage dans une occupation elle doit avoir du sens pour lui, il est nécessaire de pouvoir échanger et faire un état des lieux des habitudes de vie et des envies et besoins. En fonction de cela il faut pouvoir laisser au résident la possibilité de réaliser seul, par lui-même ce qu'il est en capacité de faire (donc laisser le temps qu'il faut etc.). Aussi, il faut pouvoir lui laisser la possibilité de pouvoir réaliser l'occupation comme lui l'entend, et discuter avec lui des adaptations s'il y a lieu d'en mettre.





**Annexe 25 : Test t de Student pour H1 " Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie exécutionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel est important"**

Test t pour deux échantillons appariés / Test bilatéral :	
Intervalle de confiance à 95% autour de la différence des moyennes :	
	[ 2,524; 4,021 ]
Différence	3,273
t (Valeur observée)	8,908
t  (Valeur critique)	2,037
DDL	32
p-value (bilatérale)	< 0,0001
alpha	0,05
Le nombre de degrés de liberté est calculé en utilisant la formule de Welch-Satterthwaite	
Interprétation du test :	
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.	
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.	
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0,05$ , on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.	

Suite à l'application du test t de Student, nous avons  $t_{\text{observé}} = 8,908 > t_{\text{critique}}$ . Nous avons également  $p\text{-value} < 0,0001$ , ce qui est inférieur au niveau de signification  $\alpha = 0,005$ . Nous pouvons donc rejeter l'hypothèse nulle avec moins de 5% d'erreur.

Nous retenons alors l'hypothèse "Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie exécutionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel augmente".

**Annexe 26 : Test t de Student pour H1 " Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie décisionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel est important"**

<b>Test t pour deux échantillons appariés / Test bilatéral :</b>	
Intervalle de confiance à 95% autour de la différence des moyennes :	
[ 3,160; 4,780 ]	
Différence	3,970
t (Valeur observée)	9,983
t  (Valeur critique)	2,037
DDL	32
p-value (bilatérale)	< 0,0001
alpha	0,05
Le nombre de degrés de liberté est calculé en utilisant la formule de Welch-Satterthwaite	
Interprétation du test :	
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.	
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.	
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification $\alpha=0,05$ , on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.	

Suite à l'application du test t de Student, nous avons  $t_{\text{observé}} = 9,983 > t_{\text{critique}}$ . Nous avons également  $p\text{-value} < 0,0001$ , ce qui est inférieur au niveau de signification  $\alpha = 0,005$ . Nous pouvons donc rejeter l'hypothèse nulle avec moins de 5% d'erreur.

Nous retenons alors l'hypothèse "Plus l'ergothérapeute favorise l'autonomie exécutionnelle du résident atteint de la maladie d'Alzheimer, plus son engagement occupationnel augmente".

## **Résumé**

La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des démences du sujet âgé. Une revue de littérature ainsi qu'une enquête exploratoire nous ont permis de souligner les restrictions occupationnelles auxquelles peuvent faire face les personnes atteintes de cette maladie en EHPAD. De plus, il apparaît que l'autonomie de ces personnes est parfois limitée. Nous avons donc pu proposer l'hypothèse suivante : la promotion de l'autonomie de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en institution par l'ergothérapeute influence son engagement occupationnel. Une étude différentielle a été menée auprès d'ergothérapeutes travaillant en EHPAD par le biais d'un questionnaire. Par une analyse statistique des résultats, nous avons pu montrer que lorsque l'ergothérapeute favorise l'autonomie décisionnelle, mais également l'autonomie exécutionnelle des résidents, leur engagement occupationnel est plus fort. La recherche propose donc des pistes de réflexions concernant la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution qu'il serait intéressant de poursuivre en abordant le rôle de l'équipe pluridisciplinaire dans cette démarche de promotion de l'autonomie des résidents.

Mots clés : Ergothérapie - Engagement occupationnel - Autonomie décisionnelle - Autonomie exécutionnelle – Maladie d'Alzheimer – EHPAD

## **Abstract**

Alzheimer's disease is the most common form of dementia in the elderly. A literature review and an exploratory survey allowed to highlight occupational restrictions that this population may face in nursing home. It appears that their autonomy is sometimes limited. Therefore, the following hypothesis has been formulated : promotion of the autonomy of person with Alzheimer's disease in institution by occupational therapist influences their occupational engagement. A differential study was carried among occupational therapists working in nursing home through a questionnaire. By means of a statistical analysis of the results, we were able to show that when occupational therapists promote decision-making autonomy, but also executive autonomy of the residents, their occupational engagement is improved. The research therefore suggests area for reflection concerning people with Alzheimer's disease care in institutions. Further, it would be interesting to pursue by addressing multidisciplinary team's role in promoting residents' autonomy.

Key-words : Occupational therapy - Occupational engagement – Decision-making autonomy – Executive autonomy – Alzheimer's disease – Nursing home