



Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie

BUFFY Anaëlle

24 mai 2021

**L'impact de l'environnement sur la performance
occupationnelle des patients atteints de
symptômes psycho-comportementaux des
démences en institutions**

*Sous la direction de Léa PATOUX,
Ergothérapeute diplômé d'état et formatrice à l'UFE Clermont-Auvergne*

Mémoire d'initiation à la recherche
Diplôme d'État en Ergothérapie

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
LISTES DES FIGURES.....	5
LISTE DES TABLEAUX.....	6
LISTES DES ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	9
1.1. SYMPTOME PSYCHO-COMPORTEMENTAUX DES DEMENCES.....	9
1.1.1. DEFINITION	9
1.1.2. RETENTISSEMENT SUR LA VIE QUOTIDIENNE	12
1.2. ENVIRONNEMENTS	13
1.3. MODELE PERSONNE-ENVIRONNEMENT-OCCUPATION (PEO).....	14
1.4. ENQUETE EXPLORATOIRE	18
1.5. PROBLEMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE	18
1.6. CADRE ETHIQUE.....	20
2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	21
2.1. METHODE DE RECHERCHE	21
2.2. CHOIX DE LA POPULATION	21
2.3. MODE D'ANALYSE DES DONNEES	22
3. RESULTATS.....	23
3.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS.....	23

3.2. RESULTATS PAR QUESTIONNAIRE.....	24
3.3. RESULTATS GLOBAUX.....	25
3.3.1. THEME 1 : L'ENVIRONNEMENT	25
3.3.2. THEME 2 : LA PERFORMANCE OCCUPATIONNELLE.....	26
3.3.3. THEME 3 : L'EVALUATION.....	27
<u>4. DISCUSSION</u>	<u>29</u>
4.1. CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LE CADRE THEORIQUE	29
4.2. REPONSE A LA PROBLEMATIQUE	32
<u>5. LIMITES ET APPORTS DE L'ETUDE</u>	<u>34</u>
5.1. LIMITES DE L'ETUDE.....	34
5.2. APPORTS PERSONNELS	35
5.3. APPORTS PROFESSIONNELS	36
<u>CONCLUSION</u>	<u>37</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>38</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	<u>60</u>

Remerciements

Je tiens à remercier,

Léa Patoux, ma directrice de mémoire qui a su me guider et m'accompagne sur ce travail en cette fin d'année,

Céline Dausat, pour l'écoute et le soutien,

L'équipe pédagogique de l'institut universitaire de formation d'Auvergne pour ces quatre années de formation,

Les ergothérapeutes qui m'ont accompagnée pendant mes stages tout au long de la formation, et qui m'ont beaucoup appris autant professionnellement que personnellement,

Mes camarades de promotion 2017-2020 pour ces trois années à leurs côtés,

Enfin, mon compagnon pour ses encouragements et son soutien. `

« *L'exploit d'un homme est l'encouragement d'un autre.* »

Auteur inconnu

Listes des figures

Figure 1. Changement sur la performance occupationnelle en fonction de l'adéquation des composantes personne, environnement et occupation..... 16

Figure 2. Effet d'une intervention modifiant l'environnement sur la performance occupationnelle..... 17

Liste des tableaux

Tableau 1. Les SPCD décrits dans la NPI.....	11
Tableau 2. Caractéristiques des participants de l'étude.....	24

Listes des abréviations

SPCD : Symptômes psycho-comportementaux des démences

IPA : International psychogeriatric association

NPI : Inventaire neuropsychiatrique

CERAD: consortium to establish a registry for Alzheimer's disease

PEO : Personne - Environnement - Occupation

MCRO : Modèle canadien du rendement occupationnel

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

USLD : Unité de soins de longue durée

UCC : Unité cognitivo-comportemental

UCA : Université Clermont Auvergne

IUFE : Institut universitaire de formation en ergothérapie

AVQ : acte de la vie quotidienne

HAS : Haute autorité de santé

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Introduction

Dans le cadre de notre formation en ergothérapie, nous sommes amenés à réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. Ayant effectuée plusieurs stages dans des structures spécialisées en gériatrie et ayant un attrait pour cette population, ce mémoire s'est naturellement tourné vers les personnes âgées en institution. Le vieillissement est source de nombreuses pathologies, mais ce mémoire se concentre essentiellement sur les troubles neurocognitifs, et en particulier sur les symptômes psycho-comportementaux des démences.

En France, les troubles neurocognitifs touchent environ 1,2 millions de personnes, dont 70 % des cas concernent la maladie d'Alzheimer et apparentées (Épidémiologie des démences en France, 2020). Les symptômes psycho-comportementaux sont présents dans 90 % des cas de maladie d'Alzheimer et apparentées (Haute Autorité de Santé, 2009).

Ainsi, ces troubles ont un impact considérable sur les personnes atteintes et leurs proches, et les empêchent de réaliser leurs activités de vie quotidienne. Comme l'indique l'HAS, l'ergothérapie a toute sa place dans l'intervention auprès des personnes âgées atteintes de démence. Les ergothérapeutes permettent le maintien des capacités de participation aux activités de la vie quotidienne et de renforcer leurs performances, ainsi que l'aménagement de l'environnement. (HAS, 2010)

Dans une première partie, cet écrit exposera le contexte et les assises théoriques de l'étude ainsi qu'une enquête exploratoire qui permettra de dégager une problématique puis la question de recherche. Une fois le cadre éthique posé, la méthodologie de recherche sera expliquée, en précisant la méthode, le choix de la population et l'analyse des données. Ensuite, les résultats de l'étude seront exposés, puis seront discuté et mis en lien avec la littérature dans une quatrième partie. Enfin, avant de conclure, les biais et les limites de l'étude seront exposés.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.1. Symptôme psycho-comportementaux des démences

1.1.1. Définition

Les symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD) sont définis comme des « *symptômes de distorsions de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement* » (International Psychogeriatric Association (IPA), 2003). Ils sont aujourd'hui considérés comme des symptômes à part entière des démences et sont parfois présent avant même leurs diagnostics. Il est ainsi commun qu'une modification du comportement apparaisse avant la maladie. Selon l'*international psychogériatric association* (IPA), les symptômes dits psychologiques (dépression, apathie, anxiété, délire, hallucinations, troubles du sommeil) sont les troubles évaluables lors d'un entretien avec les patients et leurs proches, tandis que les symptômes dits comportementaux (déambulation, fugues, cris, plaintes, agressivité, agitation) sont identifiables grâce à l'observation du patient directement. La fréquence des SPCD est élevée, pouvant atteindre 90 % chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, avec cependant une grande variabilité entre les patients. Cette fréquence varie au cours de la maladie, mais tend à augmenter avec son évolution. Il est courant d'observer des pics lors d'événements particuliers, comme l'annonce du diagnostic ou lors d'un changement de lieu de vie (Camus et al., 2009 ; David, 2014 ; Lyketsos et al., 2000). Ces symptômes fluctuent avec le temps, sont souvent interdépendants et se majorent entre eux. Ils varient également en fonction du type de trouble neurocognitif : les hallucinations sont plus fréquentes chez les patients atteints de démence à corps de Lewy, alors que la désinhibition est plus importante chez les patients atteints de démence fronto-temporale (M. Benoit, Brocker, et al., 2005 ; Clément & Pancrazi, 2013). Malgré cela, certains symptômes restent plus fréquents que les autres et notamment l'apathie, l'anxiété, la dépression et l'agitation. Les symptômes psychotiques sont récurrents mais épisodiques. (M Benoit, Brocker, P, et al., 2005 ; David, 2014).

DENOMINATION	DEFINITION
<p style="text-align: center;">APATHIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réduction quantitative des comportements volontaires et dirigés vers un but, comparativement à l'état habituel de la personne. ➤ Perte de l'intérêt pour les activités et loisirs habituels, perte de l'initiation, émoussement affectif.
<p style="text-align: center;">TROUBLE DE L'HUMEUR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perturbations de l'humeur (tristesse, perte de plaisir) ➤ Dépression et anxiété
<p style="text-align: center;">AGITATION AVEC OU SANS AGGRESSIVITE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Activité vocale ou motrice inadapté non relié à un besoin ou une confusion, se manifeste par opposition, manque de participation et de coopération, refus de traitements, cris, insulte, coups à l'entourage ➤ Peut-être décrit comme comportement agressif, non - agressif ou agitation verbale
<p style="text-align: center;">EUPHORIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bonne humeur anormale et constante, sans aucune raison
<p style="text-align: center;">COMPORTEMENTS MOTEURS ABERRANTS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Augmente avec l'évolution de la maladie Comportement répétitif, inappropriés soit sous forme d'activité élémentaires (mâchonnement, toux, balance du tronc...) ou complexes (habillage/déshabillage, ouverture de placard...)
<p style="text-align: center;">DESINHIBITION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comportement impulsif et inadapté par rapport aux normes sociales et familiales tels que pleurs, euphorie, violence verbale et/ou physique, comportement d'autodestructions, errance, impulsivité, désinhibition sexuelle ou comportement envahissant

IDEES DELIRANTES	➤ Fausses croyances ou convictions erronées. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution, le préjudice (vol), la jalousie et l'abandon
HALLUCINATIONS	➤ Perceptions réelles sans objets, qui peuvent être visuelle, auditive, kinesthésique et olfactive. Augmenter par baisse de l'acuité visuelle, surdité, troubles olfactifs
TROUBLES VEILLES/ SOMMEIL	➤ Augmentation de la latence d'endormissement du sommeil nocturne avec une avance de phase, une fragmentation du sommeil et une diminution du temps de sommeil paradoxal Provoque une hyper somnolence diurne
INSTABILITE DE L'HUMEUR	➤ Pas de consensus sur la définition : impatience, intolérance, faible contrôle du niveau de colère ou prédisposition à certains �tats d'humeurs
TROUBLE DE L'APPETIT	➤ Pertes de poids observés, en lien avec les premiers troubles cognitifs

Tableau 1. Les SPCD décrits dans la NPI (Annexe I)

Les SPCD ont des origines multifactorielles : facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologique, sensoriels et socio-environnemental. Certains troubles comportementaux ont été mis en lien avec des atteintes neuro-fonctionnelles ou avec d'autres pathologies (comorbidité, maladies sous-jacentes...). La personnalité antérieure des patients joue également un rôle, avec par exemple l'existence de trouble névrotique ou d'un syndrome dépressif avant le diagnostic, mais également les facteurs biographiques et familiaux. Enfin, la modification de l'environnement à une influence dans le déclenchement des symptômes (M Benoit, Brocker, P, et al., 2005; Michel Benoit & Robert, 2005; Dubois & Michon, 2015).

Pour évaluer les SPCD, il faut en déterminer le mode de survenue, le type de trouble, l'intensité, l'évolution dans le temps, l'association à d'autres symptômes, le retentissement sur la vie quotidienne et sur les aidants ainsi que les influences de

l'environnement. L'objectif principal est de déterminer la cause qui a déclenché le trouble. Il existe différents outils d'évaluations comme l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) (Cumming & al., 1994), la BEHAVE-AD, l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield et l'échelle de comportement de la CERAD (M. Benoit, Brocker, et al., 2005). La séquence d'évaluation lors de l'apparition d'un SPCD peut ressembler à cela :

- Identification de l'ensemble des problèmes comportementaux
- Évaluation de l'intensité et du retentissement du trouble à l'aide d'entretien avec le patient et les aidants
- Identification des facteurs déclenchants
- Définition de la chronicité du trouble
- Recherche d'une cause curable

1.1.2. Retentissement sur la vie quotidienne

Les symptômes psycho-comportementaux ont de nombreuses conséquences sur la vie quotidienne des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ainsi que celle de leurs aidants. En plus des impacts de la maladie elle-même tels que les pertes de mémoire ou la désorientation, les symptômes psycho-comportementaux accentuent la perte d'autonomie et la baisse de la qualité de vie. (Clément & Pancrazi, 2013 ; Kopp et al., 2010). En effet, les différents symptômes aggravent le pronostic de la pathologie en accélérant le déclin cognitif, notamment la dépression, la recrudescence vespérale (ou syndrome du coucher de soleil) et l'agitation, mais aussi le déclin fonctionnel, avec en cause principalement la déambulation et l'agitation. De plus, les symptômes psycho-comportementaux sont l'une des causes principales d'institutionnalisations ou d'hospitalisations longues (110 jours en moyenne). Ils entravent l'adaptation de la personne à son environnement, et ce dernier a aussi beaucoup de difficulté à répondre aux besoins de ces personnes. En plus d'entretenir voire de créer des troubles, le fardeau de l'aidant n'en a que plus lourd. Le maintien à domicile devient compliqué et tous les dispositifs mis en œuvre échouent. Ces symptômes deviennent alors des facteurs favorisant la maltraitance et la négligence de la personne atteinte. On peut rajouter à cela que le déclin fonctionnel augmente fortement le risque de chute, motifs

d'hospitalisations importants (Clément & Clavet, 2019; David, 2014). Cependant, les institutions ne bénéficient pas toujours d'un cadre rassurant pour ses patients. En effet, ils mettent à mal les conventions et les principes de collectivités avec des actes intimes, des répétitions de phrase, des interjections hors de propos, des insultes ou des comportements violents. L'institution est anxiogène pour les autres résidents. Les patients atteints de démence sont souvent tout en bas de l'échelle sociale de l'institution (Kopp et al., 2010).

1.2. Environnements

Les environnements et le contexte sont des facteurs pouvant être à l'origine des symptômes psycho-comportementaux. Les environnements se définissent comme les aspects physiques et sociaux externes qui entourent une personne qui pratique une activité. Les contextes correspondent aux aspects culturels, personnels, temporels et virtuels de l'engagement dans l'activité. Ces deux termes seront regroupés sous la dénomination « environnement ». La définition et les composants de l'environnement varient en fonction du modèle conceptuel dans lequel ils se situent.

L'environnement est composé d'une multitude de ressources et de contraintes pour la réalisation d'activité. Ainsi, il influence notre comportement, notre manière d'agir et notre stratégie face à une activité. En effet, pour répondre aux exigences de l'environnement, la personne doit être capable de s'adapter afin d'obtenir une interaction personne-environnement satisfaisante pour la réalisation de ses occupations. Cette recherche d'un équilibre entre les demandes de l'environnement et ses propres capacités internes se nomme l'homéostasie, et constitue une lutte constante pour la survie de la personne. L'objectif est d'arriver à l'allostasie, c'est-à-dire un équilibre homéostatique satisfaisant. Maîtriser son environnement est synonyme de bonne santé et signifie que la personne est capable de se vivre dans des conditions non-favorables. Ainsi, quand la personne développe une déficience, il est essentiel qu'elle trouve des stratégies d'adaptations lui permettant de maintenir son équilibre homéostatique. Gibson (1977) et Reuchlin (1978) ont ainsi décrit les phénomènes de

vicariance, c'est-à-dire l'efficacité de la personne à choisir une stratégie plutôt qu'une autre en fonction des contraintes qui l'entourent, et l'affordance, c'est-à-dire le coût de l'effort demandé pour s'adapter dans l'objectif d'effectuer une tâche dans un milieu écologique. Pour permettre l'équilibre homéostatique, l'environnement doit procurer un stress environnemental (ou une charge allo statique) convenable. Il est important de ne pas analyser l'individu seul, et de ne traiter que les symptômes, mais de voir la personne dans le système dans lequel elle évolue, et d'agir sur les deux ensembles. Lawton & Nahemow (1973) explique dans leur « modèle de docilité environnementale » que chaque personne possède un certain niveau de compétence lui permettant de répondre à un certain niveau d'exigence de l'environnement. Si son niveau de compétence ne correspond pas, la personne se retrouve dans l'incapacité de s'adapter et ira vers l'échec. Il existe différents niveaux d'adaptation en fonction de l'environnement :

- Comportement adapté : équilibre entre la demande environnementale et le niveau de compétence
- Zone de confort : demande environnementale légèrement en dessous du niveau de compétence. Amène une passivité agréable.
- Zone de potentiel maximum : demande environnementale légèrement plus élevée que le niveau de compétence. Stimule la personne.
- Zone d'affect tolérable et comportement marginale.

(Trouvé, 2016)

1.3. Modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO)

Afin d'avoir une base théorique qui permettra d'avoir une définition fixe de l'environnement, nous allons vous présenter un modèle conceptuel utilisé en ergothérapie.

Le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) de (Law et al., 1996) est un modèle systémique, écologique et transactionnel, c'est-à-dire qu'il est centré sur la relation interdépendante entre la personne et son environnement. Il est issu du modèle

écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979) et est basé sur les explications des comportements par l'étude de l'environnement (Bronfenbrenner, 1977 ; Baker & Intagliata, 1982; Kaplan, 1983). La théorie, la recherche et la pratique en ergothérapie passent d'un modèle biomédical, avec une vision de cause à effet, à un modèle transactionnel. Cela permet une meilleure description de la relation dynamique et entrelacée qui existe entre les personnes, leurs occupations et l'environnement dans laquelle elles évoluent.

La personne est considérée comme un être unique, en constant développement et qui possède différents rôles simultanément. Ces rôles sont dynamiques et leurs significations, leurs durées et leurs importances varient en fonction du contexte. Ce modèle apporte une vision holistique de la personne, c'est-à-dire qu'elle englobe son esprit, son corps et sa spiritualité. La personne possède une histoire et une expérience de vie (valeur, personnalité, culture) propre, qui lui permet une performance occupationnelle singulière. La personne est également dotée de compétences personnelles : capacités physiques, sensorielles, cognitives et santé générale.

L'occupation se décompose en activité, tâche et occupation qui s'imbriquent les uns dans les autres. L'*activité* est l'unité de base, l'activité singulière dans laquelle une personne s'engage dans le cadre de sa vie quotidienne. Les *tâches* sont un ensemble d'activité. L'*occupation* est un ensemble de tâches et d'activités fonctionnelles auxquelles la personne se livre tout au long de sa vie pour répondre à un objectif. Elle permet de répondre aux besoins de bases, d'expressions et d'épanouissements. L'occupation évolue dans des contextes de rôles et d'environnements multiples.

L'environnement est le contexte dans lequel la performance occupationnelle se déroule. Il se décompose en plusieurs catégories : culturel, socio-économique, Institutionnel, physique et social. Il influe et est influencé par le comportement de la personne. Il peut être facilitateur ou apporter des obstacles dans la réalisation de l'occupation. L'environnement est une composante plus facilement modifiable que la personne.

La performance occupationnelle est la transaction entre la personne, l'occupation et l'environnement. C'est une expérience dynamique d'une personne engagée dans des

activités et tâches dans un environnement donné. Il est nécessaire d'apporter du sens à la fois à l'occupation, et à l'environnement qui l'entoure. La performance occupationnelle s'évalue à l'aide d'échelle de mesure, majoritairement en auto-évaluation (MCRO). Il est ensuite important de détecter les faiblesses et les forces de la performance occupationnelle en évaluant l'environnement, en analysant l'occupation et en identifiant les caractéristiques personnelles qui influent.

Les interactions entre ces différentes composantes sont continues dans le temps et l'espace. Plus elles sont en accord, plus ils interagissent de manière harmonieuse. Ainsi, il est possible d'améliorer ou de soutenir la performance occupationnelle d'une personne en agissant sur l'une ou plusieurs des composantes.

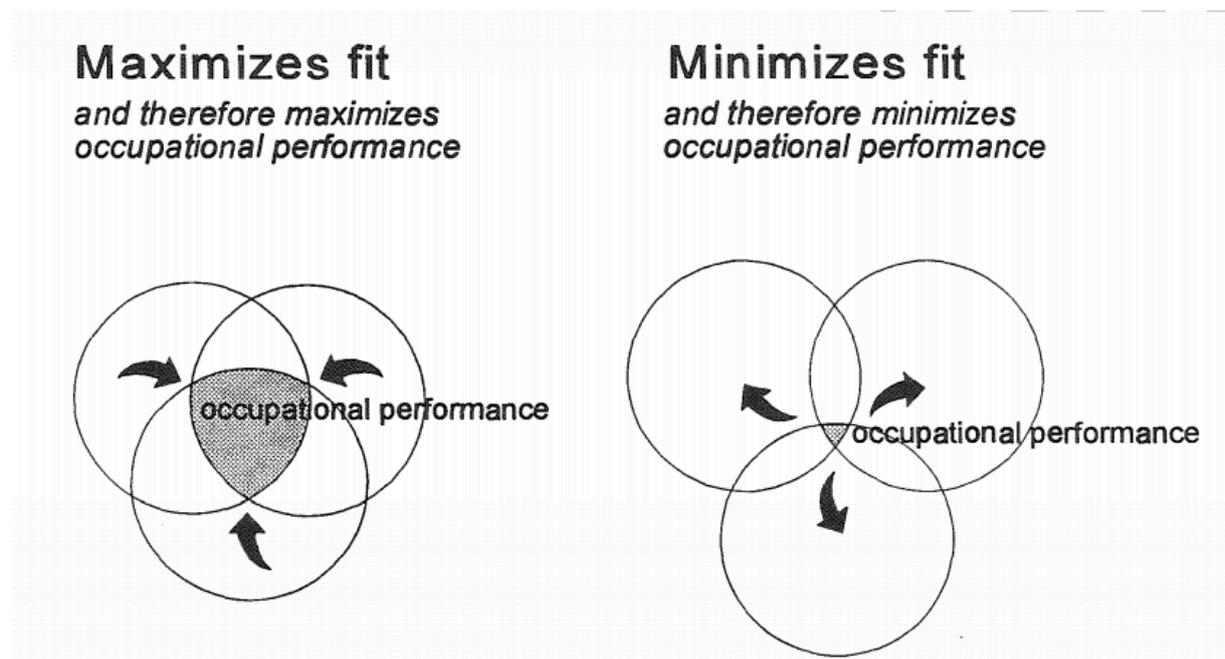


Figure 1. Changement sur la performance occupationnelle en fonction de l'adéquation des composantes personne, environnement et occupation.

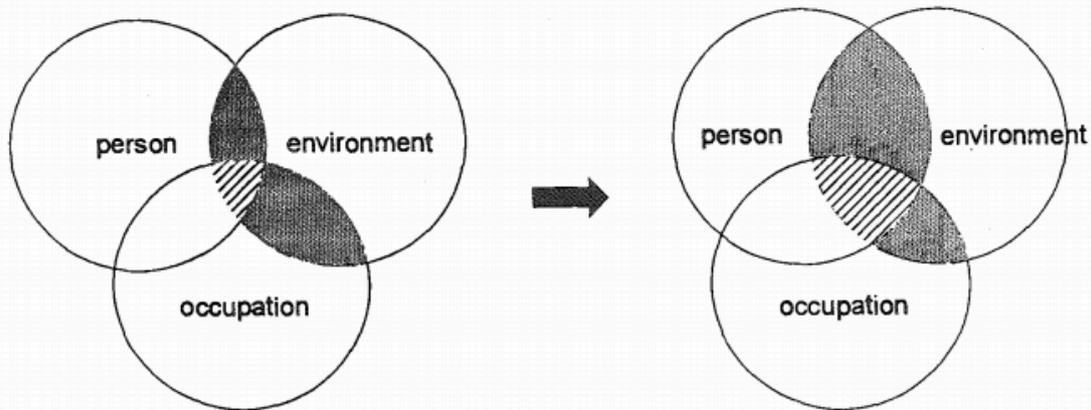


Figure 2. Effet d'une intervention modifiant l'environnement sur la performance occupationnelle.

Ce modèle permet l'étude des interventions qui cible l'environnement, la personne et l'occupation. Il apporte la possibilité d'utiliser plusieurs voies pour susciter le changement, et de mettre en œuvre des interventions à différents niveaux de l'environnement (personnel, foyer, quartier, communautaire).

L'ergothérapeute possède une vision globale de la personne, c'est-à-dire qu'il voit les personnes à travers leur habitude de vie et leur environnement. Son objectif est de développer, maintenir ou restaurer l'activité humaine. La performance occupationnelle peut se traduire comme la relation transactionnelle entre la personne (facteurs personnels), ses activités, tâches et rôles, et les facteurs environnementaux. Lorsque la personne et son environnement sont en adéquation, la performance occupationnelle augmente la participation et le bien-être. L'ergothérapeute possède l'expertise nécessaire à la compréhension et l'analyse de ces relations complexes. La finalité des interventions en ergothérapie est d'augmenter la performance occupationnelle en analysant et évaluant les conditions environnementales, les occupations et les caractéristiques personnelles, pour permettre de cibler l'intervention. L'ergothérapeute peut ainsi modifier ou adapter l'environnement pour soutenir la performance. Il peut donc apporter un cadre qui permet aux personnes vulnérables (en raison de l'âge ou d'une déficience) de participer à leurs occupations. (Morel-Bracq, 2017; Trouvé, 2016, (Law et al., 1996)).

1.4. Enquête exploratoire

Afin de préciser le sujet et de définir la problématique, j'ai mené une enquête exploratoire auprès d'ergothérapeutes travaillant auprès des personnes âgées atteintes de symptômes psycho-comportementaux. Les réponses ont été synthétisées et présentées dans un tableau visible en annexe II.

Mon objectif était de savoir quel type d'environnement avait le plus d'impact sur les SPCD, mais je n'obtiens pas de réponse claire dans mon enquête exploratoire. Je prends donc la décision d'aller vers une prise en charge globale des personnes avec des SPCD, qui prend en compte tous les aspects de l'environnement. Cela nous permettra de voir si les ergothérapeutes se servent d'avantages de l'un, de plusieurs ou de tous.

Les ergothérapeutes semblent d'accord pour indiquer que les personnes atteintes de SPCD possèdent des difficultés majeures à la fois à domicile et en structure et cela, de manière indifférente de leur lieu de d'exercice. Cependant, il semblerait que les problématiques liées aux activités de vie quotidienne soient plus marquées en structures, alors que la problématique principale à domicile semble être la relation à l'aidant et aux soignants. Cela me conforte dans l'idée de centrer ce mémoire sur les personnes institutionnalisées, puisque l'objectif est d'interroger la performance occupationnelle en lien avec les activités.

1.5. Problématique et question de recherche

Les symptômes psycho-comportementaux sont une part importante des troubles neurocognitifs, touchant 90% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, qui représente à elle seule 70% des cas de démences. Dans le cas où l'incidence est constante, le nombre de cas atteindrait 1 750 000 personnes en France d'ici 2030. Il est également possible que ces chiffres soient revus à la hausse, car le nombre de personnes atteintes est sous-estimé, notamment à cause du manque de diagnostic (surtout aux âges avancés). De plus, les SPCD ont un impact majeur sur

l'autonomie et le déclin de la qualité de vie, devenant un des facteurs principaux d'hospitalisations, voire d'institutionnalisations. Comment prévoyons-nous l'arrivée de tous ces nouveaux patients ? Comment les structures de soins, d'accueils ou d'hébergements les prendrons en charge ? Peuvent-elles permettre d'identifier et de traiter les causes des SPCD quand cela n'est plus possible à domicile ?

Les SPCD ont de multiples causes possibles : génétiques, neurobiologiques, psychologiques, sensoriels et socio-environnementales. L'identification des causes passe dans un premier temps par la recherche et l'évaluation des facteurs déclenchants. Qu'est-ce qui fait apparaître ces troubles du comportement ? La personne exprime-t-elle quelque chose ? une maladie sous-jacente ? Il y a-t-il un moment de la journée plus propice à l'apparition des troubles ? Un lieu ? etc.

Les conséquences de la perte d'autonomie questionnent forcément sur l'impact de la réalisation d'activités. Les personnes institutionnalisées sont, par définition, incapable de rester vivre à domicile, et ont donc un niveau d'autonomie et d'indépendance les empêchant de réaliser leurs activités quotidiennes et de maintenir leurs rôles. C'est ainsi aux ergothérapeutes, expert des occupations de la vie quotidienne, d'identifier les différentes problématiques en lien avec les activités. Sa vision globale lui permet de voir la personne à travers ses habitudes de vie et son environnement, et d'analyser le lien entre les trois : habitudes de vie (occupations), environnement, facteurs personnels. Cela permet ainsi l'identification de la performance occupationnelle.

Dans ce mémoire, le facteur personnel ciblé empêchant la réalisation d'activité est la présence des SPCD. Comment peut-on agir sur ce facteur en se servant des autres composantes, c'est-à-dire les occupations et l'environnement ? Il est difficile d'agir sur les occupations sans prendre en compte l'environnement, qui semble être le composant sur lequel il est le plus facile d'agir. Le modèle PEO nous permet de comprendre qu'agir sur l'une des composantes permet de modifier les relations entre toutes.

L'environnement influence la façon d'être en amenant différentes ressources et contraintes, qui nécessite une constante adaptation pour mener à bien une activité.

Lorsque l'adaptation n'est plus possible, à cause d'une perte de compétences en lien avec une déficience (ici les SPCD), la personne n'est plus capable de réaliser ses occupations. Il y a alors diverses actions : il est possible de travailler sur les compétences de la personne. Seulement, dans notre cas, il est question de pathologie neurodégénérative sans traitement curatif sur des personnes âgées et cela rend la récupération de compétences compliquée voire impossible. Il est possible d'agir sur l'adaptation de l'activité, mais il est souvent compliqué d'amener une personne avec des troubles du comportement vers cela. Il semblerait que l'action la plus cohérente soit d'agir sur l'environnement, afin d'apaiser ses troubles, et d'accompagner la personne vers une activité adaptée, dans un environnement soutenant.

Ainsi, nous pouvons nous demander **dans quelle mesure l'ergothérapeute prend en compte l'environnement pour permettre aux personnes atteintes de symptômes psycho-comportementaux des démences de réaliser des activités dans leur vie quotidienne, et par conséquent, d'améliorer ou de maintenir leur performance occupationnelle dans les institutions (EHPAD, USLD, UCC...) ?**

1.6. Cadre éthique

Cette recherche a lieu dans le cadre de l'Unité d'Enseignement « Initiation à la démarche de recherche ». Ce travail est rédigé en accord avec les cadres éthiques de notre future profession.

L'anonymat sera respecté.

Cette recherche a été soumise à une évaluation du comité d'éthique de l'université de Clermont-Auvergne (UCA).

Enfin, ce travail est encadré par l'UCA, l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie (IUFÉ) de Clermont-Ferrand et par une directrice de mémoire, ergothérapeute diplômée d'État.

2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La première partie de ce mémoire a permis de définir le contexte et les concepts théoriques de l'étude, ainsi que de définir la problématique. Cette deuxième partie se consacre à la méthodologie employée pour répondre à la question de recherche définie dans la première partie.

La méthode de recherche, le choix de la population et l'analyse des données seront développés.

2.1. Méthode de recherche

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai décidé d'utiliser une méthode qualitative à travers la réalisation d'un questionnaire à réponses libres. En effet, cette technique me semble intéressante pour recueillir les informations pertinentes. Cela me permet de diriger la population interrogée sur les thèmes de ma recherche, mais l'ouverture des questions permet de prendre l'expérience de chaque personne et d'obtenir des réponses variées et spontanées. Un questionnaire est aussi un outil rapide et qui peut se transmettre facilement via différents moyens de communication. Ainsi, le questionnaire pourrait toucher plus d'ergothérapeutes et me permettre un grand nombre de réponses. Il me permet également d'avoir directement un support écrit.

Afin de répondre à ma question de recherche en suivant cette méthode, j'ai dû développer un outil (cf. annexe III) et définir la population ciblée.

2.2. Choix de la population

L'étude se portant sur les patients admis en institution, il me semble logique de me tourner vers des ergothérapeutes travaillant dans des structures spécialisées pour les personnes âgées.

Les critères d'inclusions sont les suivants :

- Être ergothérapeutes diplômés d'état
- Exercer dans un établissement accueillant des personnes âgées
- Exercer auprès de personnes âgées atteintes de démences et de SPCD

Les critères d'exclusions sont les suivants :

- Exercer à domicile

2.3. Mode d'analyse des données

Les questionnaires ont dans un premier temps été analysés individuellement. Ainsi, les extraits de verbatim possédant un sens ont été classés en thèmes et sous-thèmes, et ont permis d'en ressortir des idées clés. Ce travail est retranscrit dans des tableaux afin de faciliter la lisibilité. Ensuite, une deuxième analyse a consisté à croiser les données de chaque questionnaire afin de comparer les idées de chaque thème.

3. RESULTATS

Je présenterais dans cette troisième partie de mémoire les résultats obtenus après les analyses. Tout d'abord, questionnaire par questionnaire puis de manière plus générale.

Minimum trente-huit ergothérapeutes ont reçu le questionnaire et ont été susceptible de le transmettre à leurs collègues et j'ai obtenu dix réponses. Trois ne correspondent pas aux critères d'inclusions de l'étude et n'ont pas été prise en compte, ce qui laisse sept questionnaires exploitables. Ils sont consultables dans un livret additionnel.

3.1. Présentation des participants

	Expériences (diplôme)	Structure(s)	Temps dans la structure actuelle	Formation(s)
P1	Entre 5 et 10 ans	EHPAD (serv. ouvert) SSR gériatrique	- de 5 ans	Kinésionomie clinique Toucher empathique Technique d'activation de la conscience
P2	Entre 5 et 10 ans	EHPAD (serv. ouvert) PASA	Entre 5 et 10 ans	Réadaptation du syndrome de désadaptation postural et motrice Troubles cognitifs et activités Approche Snoezelen Pec de la maladie de Parkinson
P3	Entre 5 et 10 ans	EHPAD (serv. ouvert) MAS	- de 5 ans	PEC des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

P4	+ de 20 ans	EHPAD (serv. fermé et ouvert)	+ de 10 ans	/
P5	Entre 3 et 5 ans	EHPAD (serv. fermé)	- de 5 ans	Snoezelen Humanitude
P6	Entre 3 et 5 ans	EHPAD (serv. ouvert et fermé)	- de 5 ans	Montessori
P7	Entre 5 et 10 ans	SSR gériatrique HDJ gériatrique	- de 1 an	1 journée sur la bienveillance

Tableau 2. Caractéristiques des participants de l'étude

Leurs années d'expériences varient entre 3 et 20 ans. Ils travaillent tous en EHPAD, à l'exception de P7. La durée d'exercice dans les structures actuelles varie entre 1 et 10 ans, sauf pour P4 qui possède une expérience plus grande. P4 est également le seul à ne pas avoir de formation supplémentaire.

57,1 % des ergothérapeutes participants prennent fréquemment en charge des patients atteints de symptômes psycho-comportementaux des démences, et 3 ergothérapeutes prennent en charge ces personnes quelques fois ou occasionnellement (ergothérapeutes exerçant en SSR gériatrique, ou à temps partiel en maison d'accueil spécialisé).

85,7 % des participants connaissent et utilisent la notion de performance occupationnelle. L'un des ergothérapeutes (1 ; 14,3%), diplômé depuis plus de 20 ans, dis n'avoir jamais entendu le terme de performance occupationnelle.

3.2. Résultats par questionnaire

Les données recueillies ont été regroupées dans un tableau pour faciliter leurs lisibilités et leurs traitements (cf. annexe IV). L'analyse des données a mis en évidence vingt idées différentes. Certaines ont cependant été citées plusieurs fois. En effet, douze d'entre elles ont été citées au moins 2 fois (12 ; 60%). Seulement trois idées ont été rapporté par la majorité (3 ; 15%). Il s'agit de l'aménagement de l'espace, de l'identification des occupations et des facteurs personnels. Deux idées (2 ; 10%) ont été

évoqués par une presque majorité (3 ; 42,9) des participants : les aspects facilitateurs et obstacles ainsi que l'influence de l'environnement sur les activités et les interactions. Enfin, certaines idées n'ont été mentionnées qu'une seule fois (9 ; 45%), telles que le choix du lieu d'intervention ou la non-connaissance de la performance occupationnelle.

3.3. Résultats globaux

Trois thèmes ressortent des sept questionnaires obtenus : l'environnement, la performance occupationnelle et l'évaluation.

3.3.1. Thème 1 : l'environnement

Ce premier thème regroupe l'ensemble des idées en lien avec les différents environnements que les ergothérapeutes ont pu évoquer. Les environnements qui sont le plus ressortis des questionnaires sont l'environnement physique et l'environnement social. Quatre participants parlent à la fois de l'environnement physique et social (4 ; 57%).

Les sept ergothérapeutes ont indiqué prendre en compte **l'environnement physique** (7 ; 100%). Cinq d'entre eux le développeront davantage dans le questionnaire (5 ; 71%). La première idée qui ressort est l'importance de l'aménagement de l'espace (4 ; 57%). En effet, la réflexion autour du choix du lieu de l'activité est ressortie, avec la prise en compte des ambiances comme la taille de la pièce, la luminosité, le bruit ou encore le passage. P2 et P3 mettent aussi en avant l'impact de l'architecture de la structure, notamment sur la perte des repères. P6 indique également la nécessité d'adapter ces aménagements en fonction des besoins de la personne.

Cinq ergothérapeutes rapportent l'utilisation de **l'environnement social** (5 ; 71,4%). Cependant, P2, n'ayant pas coché la case « social » à la première question, le développera tout de même, il est possible de considérer que six ergothérapeutes ont indiqué ce facteur. L'idée qui ressort le plus est la relation entre le résident et les différents acteurs autour de lui (5 ; 71,4%). En effet, le lien entre les résidents par le biais « *d'ateliers thérapeutiques de groupes* » (P5) peut avoir un impact sur le déroulement

d'une activité comme l'indique P2 : « *Le lien aux autres résidents (qui peut être motivant ou au contraire très délétère)* ». P1 porte une réflexion particulière sur la composition des groupes qu'elle forme, car elle estime que « *le nombre de personnes est également un facteur environnemental* » et que « *les troubles du comportement également* ». Il est ainsi possible de faire des liens avec l'environnement physique et notamment les ambiances. En effet, le nombre de personnes dans un même lieu influe sur le niveau sonore, le nombre de passages, etc. Certains troubles du comportement, comme l'agitation, peut également majorer ces éléments. Ensuite, P3 et P7 parlent du lien entre les soignants et les résidents. P3 insiste davantage sur la pluridisciplinarité, en mettant en avant le fait d'effectuer des activités avec l'ensemble de l'équipe, et P7 explique ce qu'elle met en place dans sa propre relation au résident, comme les massages ou les entretiens. P6 et P2 mettent en avant la relation entre les résidents et leurs proches, soit par la réflexion autour du maintien du lien, soit par leurs intégrations dans les activités. Enfin, P2 ajoute le lien entre les soignants et les proches, éléments importants de la relation de confiance avec le résident.

Six ergothérapeutes prennent en compte **l'environnement culturel** (6 ;85,7%), cinq, **l'environnement institutionnel** (5 ;71,4%) et trois, **l'environnement socio-économique** (3 ; 43%). Seul P2 les développe légèrement en exprimant qu'ils permettent de « *cibler et préciser les habitudes de vie, le mode de vie de la personne* ».

3.3.2. Thème 2 : la performance occupationnelle

Ce second thème regroupe les éléments en lien avec la performance occupationnelle. Aucun ergothérapeute n'utilise le terme « performance occupationnelle » en tant que tel, mais différentes idées correspondent à sa définition. Ainsi, six participants font le lien entre l'environnement et l'impact qu'il peut avoir sur les composantes personnelles et occupationnelles (6 ;85,7%). P4 indique n'avoir jamais entendu le terme de performance occupationnelle, ce qui peut être expliqué par un diplôme obtenu il y a plus de 20 ans, où les modèles concepts en ergothérapie n'était pas ou peu abordé lors de la formation.

Six ergothérapeutes appuient le fait que **l'environnement possède un impact sur les activités**. Trois d'entre eux l'expliquent par le biais de facteurs facilitants et de facteurs obstacles (3 ; 43%), notamment pour l'environnement physique et social. L'environnement peut en effet posséder des caractéristiques soutenantes ou au contraire, être source de difficultés importantes. L'évaluation de ses facteurs semble être une étape essentielle dans la prise en charge des patients. P2 précise que les effets de l'environnement « *sont souvent sous-estimés* ». La vie en structure amène les personnes à perdre leurs repères et impact directement leurs occupations et leurs rôles. Le changement d'environnement radical entre le domicile et la structure peut également être une source d'émergence de symptômes psycho-comportementaux des démences. Il y a donc un temps d'adaptation, qui est allongé chez la personne âgée atteinte de démence. Il est ainsi important d'avoir un environnement institutionnel adapté et soutenant qui permettrait à la personne de conserver ou de minimiser la perte de ses repères, et l'impact sur les activités significatives. La prise en compte de l'environnement et de son influence sur la participation à l'activité et les interactions sociales permet la mise en place d'une prise en charge globale, avec une vision holistique. P4 et P7 soulignent le caractère essentiel de la prise en compte de l'environnement dans l'intervention de l'ergothérapeute : « *Comment faire une prise en charge sans prendre en compte l'environnement* » et « *Tous sont importants pour bien comprendre la problématique de la personne* ». P4, malgré une non-connaissance du terme, semble malgré tout utilisé les interactions entre l'environnement, l'occupation et la personne durant ces interventions. Cela peut permettre de comprendre que cette vision est un fondement de l'ergothérapie.

P7 amène un élément intéressant : l'atelier de réminiscence. En effet, l'objectif est de stimuler la personne à l'aide de la mémoire ancienne, en lui montrant des photos, des objets familiers, voire personnels, lui faisant écouter des musiques d'époques, etc. Il est intéressant de constater que cette thérapie se sert de l'environnement, notamment physique, pour stimuler la personne.

3.3.3. Thème 3 : l'évaluation

Ce thème aborde le thème **de l'évaluation** qui est ressortie dans six questionnaires (6 ; 85,7%). Trois ergothérapeutes utilisent des évaluations non validées avec notamment l'observation (P1) ou des questionnaires d'entrées (P3 et P6). Deux

participants (P5 et P7) font passer la MCRO à leur résident lorsque cela est possible. Enfin, un ergothérapeute utilise un bilan des actes de la vie quotidienne (AVQ).

Il est possible de voir plusieurs objectifs pour ces bilans. En premier lieu, ils permettent de mettre en évidence les facteurs personnels des résidents comme les capacités, les compétences, les motivations. P2 et P6 identifient également les occupations des personnes : « *Sur les passe-temps, (...), loisirs de la personne avant* » et « *... de ses habitudes de vie* ». P3 est le seul à mettre en avant l'évaluation de la personne dans son contexte environnemental.

P2 et P6 insistent sur l'aspect pluridisciplinaire des bilans ou des interventions ; « *le plan de soin avec l'équipe soignante* » (P2), « *en lien avec l'équipe soignante et l'animatrice* » (P6).

4. DISCUSSION

4.1. Confrontation des résultats avec le cadre théorique

Les résultats obtenus mettent en évidence que les symptômes psychocomportementaux des démences sont des troubles fréquemment rencontrés par les ergothérapeutes dans les structures. Ces institutions permettent de procurer un environnement de vie et de soins adaptés, essentielle à une qualité de vie satisfaisante. Pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles psychologiques et du comportement, il faut déterminer les facteurs déclencheurs. Comme le souligne l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM, 2009), une grande proportion est d'origine somatique, environnementale ou en lien avec une difficulté d'adaptation entre les facteurs de l'environnement et la personne.

L'HAS et l'ANESM met alors en avant, et en première intention, les thérapies non-médicamenteuses, dont fait partie l'ergothérapie (ANESM, 2009; HAS, 2011). Sa vision globale lui permet d'observer la personne avec ses occupations dans un environnement, et son expertise lui permet d'évaluer, d'analyser et de prendre en charge certains facteurs déclencheurs. En effet, les ergothérapeutes amènent le repérage et l'évaluation de ces facteurs comme une étape importante pour l'élaboration de leurs interventions.

Les ergothérapeutes ont accès à différentes formations, qui possède un intérêt certain. C'est le cas de la stimulation multi-sensorielle tel que Snoezelen, des massages, de la thérapie par réminiscence, etc. Chacune de ses thérapies s'appuie, entre autres, sur l'environnement physique ou social de la personne pour permettent la diminution des SPCD, et donc une amélioration de la participation aux activités. (ANESM, 2009; HAS, 2011)

Diminuer les troubles du comportement en cherchant la cause du trouble est un objectif pour la plupart des ergothérapeutes. Dans un premier temps, l'observation est mentionnée par l'un des ergothérapeutes, et selon Quentin et al. (2016), permet de mettre en évidence les besoins de certaines adaptations du quotidien. Dans le document

d'information pour les professionnelles de la santé sur les actes d'ergothérapies et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM, 2009) développe les différentes évaluations validées et standardisées qui peuvent être entrepris par les ergothérapeutes. Comme exprimée dans les résultats, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) est présente, répondant aux objectifs de réadaptation cognitive dans les activités de la vie quotidienne, de préconisation et entraînement à l'utilisation d'aides techniques (qui peut être perçu comme une compensation pour permettre à la personne de continuer à interagir avec son environnement) et d'adaptation de l'environnement. Certains ergothérapeutes utilisent des questionnaires ou des bilans d'actes de la vie quotidienne sans préciser davantage, mais avec pour objectifs la mise en évidence des facteurs personnelle comme les compétences et leurs rôles, et des occupations (habitudes de vies, passes temps, loisirs). L'ANESM, en 2011, met en évidence le respect des habitudes de vie de la personne. En effet, elles sont essentielles à la personnalisation de l'accompagnement. Cela permet également une adaptation plus douce lors de son entrée en structure d'hébergement, puisque ses habitudes pourront être poursuivies afin de se rapprocher de sa vie à domicile. Elle précise que plus la biographie de la personne est connue, plus les professionnels pourront évaluer les potentiels impacts de ces changements.

L'entrée en institution est un point qui a également été souligné par les ergothérapeutes questionnées. Il semblerait que l'environnement institutionnel, bien que conçu selon des chartes établies par les différents plans Alzheimer, peut être moteur des SPCD. Dans un premier temps, l'entrée est considérée comme un changement radical d'environnement par les ergothérapeutes. Plus une personne est âgée, et en plus, atteintes de troubles cognitifs, plus l'adaptation et les interactions avec son environnement seront compliqués. L'ANESM (2011) souligne alors l'importance d'accompagner la personne dans l'appropriation de son nouveau lieu de vie. Ainsi, la personne peut garder un sentiment de contrôle, directement liée à une meilleure qualité

de vie. Les recommandations sont par exemple de permettre à la personne de choisir l'ameublement des espaces privé (chambre et salle de bains). Les ergothérapeutes participants à l'étude ont également signalé que le mobilier pouvait avoir un rôle contenant et agir sur les SPCD.

En effet, l'aménagement de l'espace, directement en lien avec l'environnement physique, est revenu plusieurs fois. Comme l'indiquent les recommandations, ainsi que les résultats de l'étude, les activités sont définies en fonction des lieux et de leur taille. Il y a également un consensus sur l'importance des ambiances. Il est important de limiter la sous- et la sur- stimulation, à plusieurs niveaux :

- Visuelle, avec une pièce possédant une fenêtre permettant d'apporter une lumière naturelle suffisante.
- Auditive, en étant attentif aux bruits parasites (la musique et la télévision ont été cités), mais également à la composition du groupe. Un ergothérapeute précise que le nombre de personnes, ainsi que certains troubles du comportement peuvent être des éléments augmentant le niveau sonore.

(ANESM, 2009, 2011; HAS, 2011).

Plusieurs ergothérapeutes, comme le préconise l'HAS, évalue l'accessibilité des personnes, à la fois aux salles d'activité mais également dans les espaces privés. Les participants précisent que l'environnement physique est aménageable en fonction des besoins de la personne, repérer grâce aux diverses évaluations évoqués plus haut. L'architecture est apparue comme pouvant être un élément favorisant l'apparition des SPCD et des pertes des repères par plusieurs ergothérapeutes. Il est admis, notamment par l'HAS (2011) et l'ANESM (2009), qu'un environnement architectural adapté améliore la qualité de vie. Sur les deux répondants ayant souligné cela, l'un exerce en SSR gériatrique, sans charte architectural particulière, et l'autre en services spécialisés pour les personnes atteintes de démence, qui selon les recommandations du *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 - 2012*, (2007) possède des critères architecturaux.

Les ergothérapeutes soulignent aussi l'importance de l'environnement social, et notamment la relation entre le résident et les proches. Comme le disent les participants,

et le confirme l'HAS, la participation des proches dans la vie de la personne et notamment leurs intégrations dans les activités proposées au sein de la structure. Un répondant met en avant l'importance de réfléchir sur le maintien de la communication entre les résidents et leurs proches, en trouvant des outils adaptés. Ils peuvent ainsi aider le résident dans son installation dans l'EHPAD, et comme le souligne P3 et P7, peuvent également aider les soignants. Plusieurs fois, le travail en collaboration avec les équipes soignantes et d'animations est apparu. Cela correspond aux recommandations de 2011 de l'HAS, qui explique que la prise en charge de ces patients nécessite des compétences dans différents domaines.

4.2. Réponse à la problématique

Dans un premier temps, les symptômes psycho-comportementaux des démences font partie de la pratique courante des ergothérapeutes en structure gériatrique. A l'aide des recommandations données par la HAS et le plan Alzheimer 2008-2012, ces institutions ont pu développer différentes stratégies pour l'accueil de ces troubles spécifiques, et notamment dans l'identification des causes des SPCD. En effet, dans un contexte de travail pluridisciplinaire, l'ergothérapeute, au travers de différents outils et évaluations tel que l'observation, la MCRO ou encore des questionnaires d'actes de vie quotidienne, va pouvoir rechercher et analyser les facteurs déclenchants. (*Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008 - 2012, (2007) ; HAS (2011)*)

Les ergothérapeutes vont ainsi questionner les compétences, les capacités et les rôles de la personne, ses habitudes de vie et activités significatives c'est-à-dire ses occupations et enfin le contexte environnemental dans lequel elle évolue. Ces composantes et leurs influences permettent de déterminer la performance occupationnelle de la personne, notamment à l'entrée en institution. Les ergothérapeutes ont alors la possibilité d'agir sur trois facteurs différents mais semble intervenir davantage sur deux : les occupations et l'environnement.

Cela permet de répondre à la question de recherche qui été la suivante : **dans quel mesure l'ergothérapeute prend en compte l'environnement pour permettre**

aux personnes atteintes de symptômes psycho-comportementaux des démences de réaliser des activités dans leur vie quotidienne, et par conséquent, d'améliorer ou de maintenir leur performance occupationnelle dans les institutions (EHPAD, USLD, UCC...) ?

L'ergothérapeute prend effectivement en compte l'environnement pour améliorer ou maintenir la performance occupationnelle des patients atteints de symptômes psycho-comportementaux des démences.

Dans un premier temps, les ergothérapeutes évaluent l'environnement, qu'il soit physique avec l'aménagement des espaces, le choix des lieux et l'attention portée aux ambiances (bruits, lumière), social avec le lien entre les résidents, avec leurs proches et les soignants, institutionnel, culturel et socio-économique avec les conséquences sur les habitudes de vie. Ces évaluations permettent aux ergothérapeutes de définir des activités significatives qui seront facilitées par un environnement qu'ils auront adapté, ou au minimum limiter l'impact des facteurs obstacles. Ainsi, l'activité s'harmonise au contexte environnemental et permet une amélioration de la performance occupationnelle.

Enfin, les ergothérapeutes peuvent se servir de l'environnement pour agir sur les SPCD. Quand ceux-ci sont supprimés ou diminués, la personne est alors plus disponible pour participer aux activités. C'est notamment le cas lorsque les proches participent aux activités de la structure, ou encore pas le biais de différentes thérapies non-médicamenteuses comme la thérapie par la réminiscence, les approches multi-sensorielles (Snoezelen), les « massages » ou toucher empathiques.

5. LIMITES ET APPORTS DE L'ETUDE

5.1. Limites de l'étude

Une critique objective de ce mémoire me permet de ressortir ses limites et d'en dégager des axes d'amélioration.

D'abord, mon manque d'expérience en tant que chercheuse peut être considéré comme un frein dans l'élaboration d'une méthodologie de recherche.

Ensuite, le choix de l'outil de recueil de données me semble être désormais un choix erroné. En effet, j'ai émis l'hypothèse qu'un questionnaire me permettrait d'atteindre un plus grand nombre d'ergothérapeutes, augmentant ainsi l'échantillon de l'étude et par conséquent sa validité. Cependant, il semble évident que cette hypothèse est fautive, puisque le taux de réponses n'est que de 26%. La saturation des données n'est pas obtenue. De plus, le questionnaire même avec des réponses libres, limite les informations données, et ne permet pas de préciser ou d'approfondir les idées émises. Les réponses dépendent de la compréhension du lecteur et en cas d'incompréhension, aucun répondant ne m'a sollicité. De plus, le support écrit n'incite pas les ergothérapeutes à développer leurs idées, amenant une perte importante de données. A contrario, cela évite les débordements puisque les participants n'écrivent que l'essentiel. Ainsi, les sept questionnaires que j'ai analysés étaient limités en informations, et le manque de données ne me permet pas d'avoir une discussion très argumentée. Le questionnaire peut être un outil intéressant pour des études plus longues.

La méthode qualitative permet de recueillir l'avis d'une personne sur un sujet donné. Ces informations sont subjectives et peuvent ne pas être interprétées correctement.

De plus, avec le recul et les données obtenues, je me rends compte qu'il me manque certaines questions dans mon questionnaire, et qui aurait pu m'apporter des

données essentielles, notamment si les ergothérapeutes observaient des changements lors d'intervention centrée sur l'environnement.

Afin d'éviter un biais, la question de recherche n'était indiquée dans le questionnaire. Cela aurait peut-être permis aux ergothérapeutes de mieux comprendre le sens de l'étude et de répondre différemment aux questions.

Enfin, il est important de noter que les propositions évoquées dans première partie sont issues des conclusions d'études dont le niveau de preuve est faible. Le rôle spécifique de l'environnement physique, en tant que tel, reste difficile à évaluer.

5.2. Apports personnels

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les troubles neurocognitifs, les symptômes psycho-comportementaux des démences et leurs impacts dans la vie des personnes atteintes, ainsi que leur prise en charge. J'ai aussi pu développer davantage le concept de performance occupationnelle.

Ensuite, j'ai pu m'exercer à la méthodologie de recherche, et m'enrichir de ce travail de réflexion, tant par l'étude de la littérature et de la théorie, que par les apports pratiques des professionnels en exercices. Cela m'a permis de me questionner et de faire évoluer ma future pratique.

Le mémoire est également un exercice permettant d'entraîner l'analyse, la synthèse, l'argumentation et les capacités de rédactions.

5.3. Apports professionnels

Les interventions des ergothérapeutes suivent de manière générale les recommandations de l'HAS. Comme l'un des participants l'a souligné, l'impact de l'environnement sur les personnes atteintes de symptômes psycho-comportementaux est sous-estimé, et le manque d'étude sur le sujet appuie cette idée. L'environnement et l'étude de son influence sur la réalisation des activités de nos aînées pourraient être un point intéressant pour l'amélioration de la qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, et s'étendre même au domicile, pour permettre le maintien le plus longtemps possible.

Il pourrait être intéressant de poursuivre cette étude en approfondissant davantage le contenu des interventions des ergothérapeutes pour comprendre comment et par quels moyens l'ergothérapeute prend en compte l'environnement, et s'ils observent un réel impact dans la vie quotidienne. Il est possible de se questionner également sur les architectures des établissements, et le rôle que les ergothérapeutes pourraient avoir dans la conception des nouvelles structures. Il est aussi intéressant de se demander si l'amélioration de l'environnement physique et architecturale d'un service améliore également la qualité de travail du personnel, ce qui pourrait permettre une amélioration de l'accompagnement des résidents.

Conclusion

La réflexion de ce mémoire a d'abord commencé lors de mes stages en gériatrie, et plus précisément dans une unité cognitivo-comportemental, puis à évoluer avec lors d'un cours sur la philosophie Montessori. Cependant, après quelques recherches et des échanges avec d'autres étudiants, la philosophie Montessori adaptées aux personnes âgées ainsi que l'ergothérapie ont une vision quasi-identique, ne permettant pas d'avoir un axe de recherche intéressant. Je me suis alors penchée vers l'environnement, qui est un pilier de la méthode Montessori adapté aux personnes âgées et qui m'avait questionné lors de mes stages. En effet, j'ai pu observer des modifications de comportements en fonction du moment de la journée, des lieux, du nombre de personnes présentes dans la pièce ou encore simplement à cause d'un changement de couleur au sol. J'ai ainsi commencé mon travail de réflexion afin d'arriver à la problématique amenant à cette recherche.

Les ergothérapeutes prennent en compte l'environnement dans un contexte de prise en charge globale, et toujours en lien avec les occupations ou la personne. L'utilisation d'évaluation spécifique de l'environnement ne semble pas être une pratique courante, les ergothérapeutes utilisent davantage des bilans permettant une vision holistique de la personne, et de comprendre les interactions et les compétences mises en jeu par personne dans son environnement lors d'une activité.

Ce travail de recherche a permis de présenter la réflexion des ergothérapeutes autour de l'environnement, ses impacts et les possibilités qu'il offre dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles neurocognitifs et de symptômes psycho-comportementaux associés. Il a pu mettre en évidence quelques thérapies non-médicamenteuses telles que Snoezelen, la thérapie par réminiscence qu'il pourrait être intéressant d'approfondir au cours d'un autre travail de recherche.

ANNEXES

- I- NPI-Réduit
- II- Données de l'enquête exploratoire
- III- Questionnaire
- IV- Tableau d'analyse des réponses

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

HALLUCINATIONS

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

AGITATION/AGRESSIVITÉ

« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

DÉPRESSION/DYSPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

ANXIÉTÉ

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? »

Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

APATHIE/INDIFFÉRENCE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

DÉSINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

SOMMEIL

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ? (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)

Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ? (Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)

Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité et le retentissement **NA** = question non applicable

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994

NPI-R : Questionnaire version réduite/traduction française PHRobert- 2000.

II- Données de l'enquête exploratoire

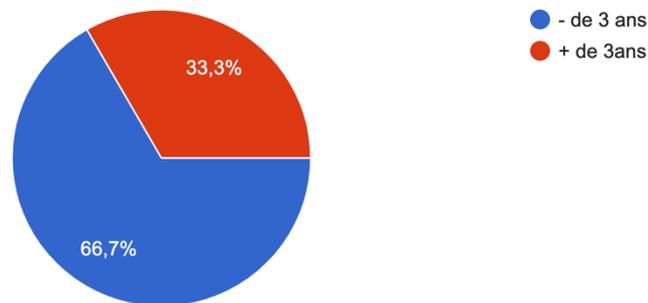
Lieu d'exercice :

- 3 à domicile
- 3 en structure

Expérience des ergothérapeutes :

Vous êtes diplômé(e) depuis :

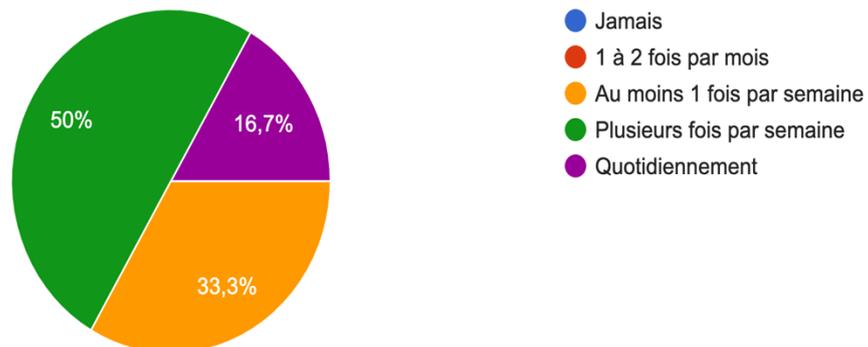
6 réponses



PEC SPCD : Fréquent

A quelle fréquence prenez-vous en charge des personnes âgées atteintes de symptômes psycho-comportementaux des démences ?

6 réponses



Conséquence :

- **En structure :**

Activités	Social	Autres
Difficulté à se concentrer sur une tâche simple Perte d'intérêt dans ses occupations Perte d'autonomie dans les tâches de la vie quotidienne Les besoins primaires qui sont touchés. Agitation Non réalisation de l'activité sur demande Non adhésion aux soins	Perte du lien social Perte du lien familial Non adhésion aux soins	Mauvais vécu de l'hospitalisation,

- **A la maison :**

Activités	Social
Initiation des activités Perte des routines Une mise en danger pour elle (essaie de s'enfuir, laisse les casseroles sur le feu)	Incompréhension de la part de la famille Relation aux autres Incompréhension des aidants Mise en danger pour autrui (agressivité physique et verbales envers les soignants)

SPCD fréquents :

Domicile	Structure
Apathie Désorientation	Apathie Anxiété

Hétéro-agressivité	Délire
--------------------	--------

Performance occupationnelle : difficultés majeurs 5/6 ; difficulté moyenne 1/6 (ESA)

Difficultés :

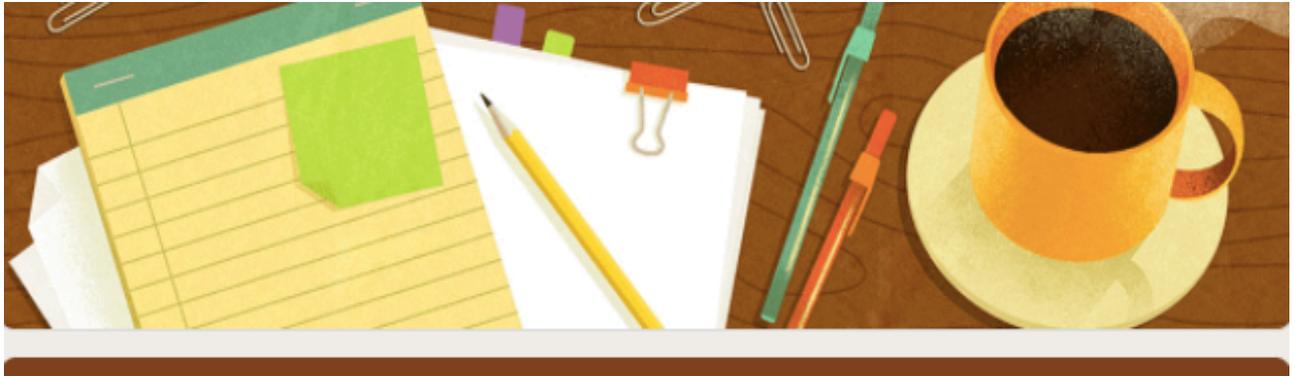
- A domicile :

	Domicile	Structure
Majeures	3	2
Moyennes		1

- En structure :

	Domicile	Structure
Majeures	2	2
Moyennes	1	1

III- Questionnaire



Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie

Bonjour,

Etant en 3ème année de formation en ergothérapie à l'IUFE de Clermont-Ferrand, je dois effectuer mon mémoire d'initiation à la recherche. Ce dernier se porte sur l'environnement et la performance occupationnelle des personnes atteintes de troubles psychocomportementaux des démences (SPCD) dans les différentes structures (EHPAD, USLD, UHR, UCC...)

Ce questionnaire est entièrement anonyme, et toutes les informations seront supprimés à la fin de la recherche.

N'hésitez pas à le partager à vos collègues !

Je vous remercie pour vos réponses et vos partages.

Anaëlle B.

Votre expérience

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

- de 3 ans
- entre 3 et 5ans
- entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- + de 20 ans

Dans quel(s) type(s) de structure(s) travaillez-vous ? *

- EHPAD (services ouverts)
- EHPAD (services fermées : UHR, UVP...)
- Unité cognitivo-comportementale (UCC)
- SSR gériatrique
- Equipe spécialisé Alzheimer (ESA)
- Unité de soins de longue durée (USLD)
- Autre : _____

Depuis combien de temps ? *

- de 1 an
- entre 1 et 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- + de 10 ans
- Autre : _____

Avez-vous une (ou des) formation(s) particulière(s) ? Si oui, le(s)quelle(s) ? *

Votre réponse _____

A quel fréquence prenez vous en charge des patients atteints de symptômes psycho-comportementaux ? *

- | | | | | | | |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Jamais | <input type="radio"/> | Tout le temps |

La performance occupationnelle

RAPPEL : "la performance occupationnelle peut se traduire comme la relation transactionnelle entre la personne (facteurs personnels), ses activités, tâches et rôles, (ses occupations) et les facteurs environnementaux (l'environnement)."

Utilisez-vous la notion de performance occupationnelle dans votre prise en charge ? (directement ou indirectement) *

- Oui
- Non

Si oui, de quel manière ?

Votre réponse _____

Si non, pour quels raisons ?

Votre réponse _____

Quels types d'interventions effectuez-vous auprès des personnes atteintes des SPCD afin d'améliorer leur performance occupationnelle ? *

Votre réponse _____

L'environnement

Quel(s) facteur(s) de l'environnement prenez-vous en compte dans vos prises en charge ? (plusieurs réponses possibles) *

- Culturel
- Socio-économique
- Institutionnelle
- Physique
- Social
- Aucun
- Autre : _____

A quel fréquence l'environnement intervient-il dans votre prise en charge ? *

- | | | | | | | |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Jamais | <input type="radio"/> | Systématiquement |

Comment utilisez-vous l'environnement dans votre prise en charge ? *

Votre réponse _____

Avez-vous des évaluations spécifiques pour l'environnement ?

Votre réponse _____

Si non, est-ce un manque ?

Votre réponse _____

Quel(s) élément(s) de l'environnement vous semble(nt) important à analyser/ observer/ prendre en compte et pour quel(s) raison(s)?

Votre réponse _____

Des éléments à ajouter sur l'environnement ?

Votre réponse _____

Pour terminer :

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire et d'avoir contribuer à mon mémoire de recherche !

Avez-vous des remarques ou des éléments à ajouter ?

Votre réponse _____

IV- Tableaux d'analyses des réponses

Questionnaires n°1

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Verbatim
Environnements	Physique	Choix du lieu	<i>« Locaux choisis, aménagements de l'espace (...) sont réfléchis afin de rendre les résidents qui en bénéficient plus disponibles pour l'activité »</i>
		Aménagement de l'espace	<i>« Locaux choisis, aménagements de l'espace (...) sont réfléchis afin de rendre les résidents qui en bénéficient plus disponibles pour l'activité » « La disposition du mobilier peut être plus ou moins contenante »</i>
			<i>« le nombre de personnes est également un facteur environnemental »</i>

		<p>Prise en compte des ambiances (bruits, lumière...)</p>	<p>« Les troubles du comportement également » « tailles des locaux, la luminosité, le son (télévision en route, musique...), le passage des soignants, de résidents, de famille. »</p>
	Social	<p>Réflexion sur la formation des groupes de personnes</p>	<p>« Compositions des différents groupes proposés (...) sont réfléchis afin de rendre les résidents qui en bénéficient plus disponibles pour l'activité » « Activité plus ouverte à l'ensemble du service » « le nombre de personnes est également un facteur environnemental » « Les troubles du comportement également »</p>
		<p>Facilitant / obstacle</p>	<p>« L'environnement peut être facilitant ou non lors de la</p>

Performance occupationnelle	Lien entre l'environnement et les activités		<i>réalisation des activités »</i>
		Influencent les activités et les interactions entre les résidents	« Nécessaire de se questionner sur l'environnement physique et humain lors des différentes activités » « Faciliter les disponibilités et donc la participation des résidents, ou non » « le nombre de personnes dans un groupe en fonction de l'activité »
Évaluations	Non validées	Observation	« L'observation et l'expérimentation de l'ergothérapeute restent dans ce cas la meilleur évaluation selon moi »
		Expérience du thérapeute	

Questionnaire n°2

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Verbatim
	Physique	Aménagement de l'espace	« accès aux différents lieux de vie (...), de l'orientation spatiale » « impact de l'architecture sur la

Environnement			<i>personne âgée en perte de repères »</i>
	Social	Lien proches - soignants	<i>« relation des professionnels avec la famille, les proches est primordial » « ce sont les premiers alliés pour établir une relation de confiance »</i>
		Lien résidents - proches	<i>«moyens de communication entre la personne et ses proches pour maintenir le lien »</i>
		Lien entre résidents	<i>« Le lien aux autres résidents (qui peut être motivant ou au contraire très délétère) »</i>
	Institutionnel		<i>« environnement institutionnel »</i>
	Culturel Socio-économique	Identifications des occupations	<i>« cibler et préciser les habitudes de vie, le mode de vie de la personne »</i>
			<i>« Repérer et identifier les facteurs qui seront facilitant sans oublier les facteurs qui seront perturbateurs »</i>

Performance occupationnelle	Lien entre l'environnement et les activités	Facilitant / obstacle	<p><i>« valoriser les effets bénéfiques et délétères de l'environnement qui sont souvent sous-estimés »</i></p> <p><i>« Le lien aux autres résidents (qui peut être motivant ou au contraire très délétère) »</i></p> <p><i>« éléments facilitateurs et obstacles dans le lieu privé (chambre de l'EHPAD) sans oublier les communs et les lieux de collectivité »</i></p>
	Lien entre environnement et occupations	Influence les activités et les interactions	<p><i>« Vie en collectivité, rythme de vie « imposé » avec des restrictions dans les choix, perte des rôles et tâches, perte des habitudes de vie antérieurs... »</i></p>

Évaluations	Évaluation de l'autonomie	Mise en évidence des facteurs personnels des résidents	« mettre en évidence les capacités restantes, les habitudes de vie, les motivations et attentes de la personne » « identifier les facteurs déclencheurs des SPCD et essayer de trouver des stratégies pour éviter leur apparition ou les apaiser »
		Identification des occupations	« dégager les activités significantes »
		Travail pluridisciplinaire	« le plan de soin avec l'équipe soignante » « bilan et mise en situation (...) par les soignants ou l'entourage »

Questionnaire n°3

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Verbatim
Environnement	Physique	Aménagement de l'espace	« aménagement de l'environnement » « architectural »
	Social	Lien soignants - résidents	« faciliter la mise en place d'activités avec les équipes »

Performance occupationnelle	Lien entre l'environnement et les activités	Facilitant/obstacles	« faciliter la mise en place d'activités » « évaluer les obstacles et les facilitateurs » « architectural. Très souvent obstacle pour beaucoup d'activité »
Évaluations	Bilan d'entrée	Mise en évidence des facteurs personnels des résidents	« bilan d'entrée des capacités de la personne... »
		Évaluation de l'environnement	« ...dans son contexte environnemental »
		Identification des occupations	«... de ses habitudes de vie »

Questionnaire n°4

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Verbatim
Performance occupationnelle		Ne l'utilise pas car non connaissance	« je n'ai jamais entendu ce terme »
	Lien entre l'environnement et les activités	Facteurs essentiels	« comment faire une prise en charge sans prendre en compte l'environnement »

Questionnaire n°5

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Verbatim
Évaluation	Bilan	MCRO	« Passation de MCRO quand possible »

Environnement	Social	Lien entre résidents	« ateliers thérapeutiques de groupe »
---------------	--------	----------------------	---------------------------------------

Questionnaire n°6

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Verbatim
Performance occupationnelle	Formation	Montessori	« par le biais de la formation Montessori »
	Lien entre l'environnement et les occupations	Influencent les activités	« prendre en compte le changement radical d'environnement physique et social, d'habitude de vie »
Évaluations	Non validés (questionnaire)	Mise en évidence des facteurs personnels des résidents	« sur les(...) compétences »
		Identification des occupations	« sur les passe-temps, (...), loisirs de la personne avant » « Mise en place d'activités significantes »
		Travail pluridisciplinaire	« en lien avec l'équipe soignante et l'animatrice »
	Physique	Aménagement de l'espace	« adaptation si besoin pour l'environnement »

Environnement	Social	Lien résidents - proches	« faire participer les proches de la personne aux activités »
---------------	--------	--------------------------	---

Questionnaire n°7

Thèmes	Sous-thèmes	Idées clés	Verbatim
Évaluation	Bilan validé	MCRO	« MCRO »
		Identification des occupations	« activité de médiation signifiante »
	Non validés	Observations	« observation, entretien, mise en situation »
		Mise en situations	
		Entretiens	
Environnement	Social	Lien soignants - résidents	« massage si la personne est réceptive » « entretien »
Performance occupationnelle	Lien entre l'environnement et la personne	Utilisation de l'environnement ancien de la personne	« atelier de reminiscence »
		Vision holistique	« tous ces éléments permettent de réaliser une prise en charge globale/holistique (...) »
		Facteurs essentiels	« (...) et plus efficace » « tous sont importants pour bien comprendre la problématique de la personne »

BIBLIOGRAPHIE

- ANESM. (2009). *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*.
- ANESM. (2011). *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*.
- Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*, 5(1), 69-79.
- Benoit, M, Brocker, P, Clément, J.-P., Cnockaert, X., Hinault, P., Nourashemi, F., Pancrazi, M.-P., Portet, F., Robert, P., Thomas, P., & Verny, M. (2005). *Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : Description et prise en charge*. 2.
- Benoit, M., Brocker, P., Clement, J.-P., Cnockaert, X., Hinault, P., Nourashemi, F., Pancrazi, M.-P., Portet, F., Robert, P., Thomas, P., Verny, M., & Verny, M. (2005). Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : Description et prise en charge. *Revue Neurologique*, 161(3), 357-366. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(05\)85064-7](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(05)85064-7)
- Benoit, Michel, & Robert, P. (2005). La quasi-totalité des patients atteints de maladie d'Alzheimer ont des troubles psychomoteurs parfois d'apparition très précoce et dont les plus fréquents (apathie, dépression et anxiété) sont souvent sous-évalués et négligés. Leur prise en charge, essentielle pour la qualité de vie des patients et de l'entourage, doit d'abord privilégier les approches non pharmacologiques. *LA REVUE DU PRATICIEN*, 8.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design.*
- Camus, V., Zawadzki, L., Peru, N., Mondon, K., Hommet, C., & Gaillard, P. (2009). Symptômes comportementaux et psychologiques des démences: Aspects cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(3), 201-205. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.01.005>
- Clément, J.-P., & Clavet, B. (2019). *Psychiatrie de la personne âgées* (Lavoisier).
- Clément, J.-P., & Pancrazi, M.-P. (2013). Traitements non pharmaceutiques des troubles cognitifs et comportementaux chez le sujet âgé. [//www.em-premium.com/data/traites/ps/37-55309/](http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-55309/). <https://www-em-premium.com.ezproxy.uca.fr/article/858495/resultatrecherche/48>
- Cumming, R., & al. (1994). *NPI-ES.*
- David, R. (2014). *Alzheimer et états comportementaux : Symptômes psychologiques et comportementaux des démences* (Dunod).
- Dubois, B., & Michon, A. (2015). *Démences.*
- Épidémiologie des démences en France.* (2020, juillet 23). Fondation Médéric Alzheimer. <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/epidemiologie-des-demences-en-France>
- Gibson, J. J. (1977). *The theory of affordances.*
- HAS. (2010). *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.*
- HAS. (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Diagnostic et prise en charge.*

Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge

International Psychogeriatric Association (IPA). (2003). *Behavioral and psychological symptoms of dementia. Educational Pack.*

Kaplan, S. (1983). A Model of Person-Environment Compatibility. *Environment and Behavior*, 15(3), 311-332.

Kopp, N., Pierron, J., Rethy, M., & Thomas-Antérion, C. (2010). *Alzheimer et autonomie.* French édition.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). *The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance.* *Canadian Journal of Occupational Therapy*(63), 9-23.

Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). *Ecology and the aging process.*

Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. S. (2000). Mental and Behavioral Disturbances in Dementia: Findings From the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry*, 7.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (Deboeck Supérieur). *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.* (2007).

Quentin, O., Godderidge, B., & Arfeuille, P. d'. (2016). *Snoezelen : Un monde de sens* (Évry : Pétrarque, Vol. 1-1).

Reuchlin, M. (1978). *Processus vicariants et différences individuelles.*

Trouvé, E. (2016). *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (Deboeck Supérieur).

L'impact de l'environnement sur la performance occupationnelle des patients atteints de symptômes psycho-comportementaux des démences en institutions

Introduction : L'environnement est un facteur important dans la prise en charge des personnes atteintes de symptômes psycho-comportementaux des démences. L'objectif de cette étude était de déterminer si les ergothérapeutes prennent en compte l'environnement afin d'améliorer la performance occupationnelle des personnes atteintes de symptômes psycho-comportementaux en institution.

Méthode : Un questionnaire a été distribué à 38 ergothérapeutes répondant à des critères d'inclusions. 7 d'entre eux ont répondu et les données ont pu être analysés de manière transversale et longitudinale, puis discutées et comparées à la littérature.

Résultats : Les ergothérapeutes prennent en compte l'environnement dans une prise en charge globale. Les données récoltées correspondent majoritairement aux recommandations présentes dans la littérature.

Conclusion : Les ergothérapeutes évaluent l'environnement antérieur des patients afin de répondre aux mieux à leurs besoins et de permettre de dégager des activités significatives. Ils évaluent aussi l'environnement dans les structures d'accueil pour permettre aux personnes de participer aux activités proposées, et par conséquent améliorer leurs performances occupationnelles.

Mots-clés : Ergothérapie - Environnement - Personnes âgées - SPCD - Démences - Performance occupationnelle

The impact of the environment on the occupational performance of patients with psychobehavioral symptoms of dementia in institutions

Introduction: The environment is an important factor in the management of people with psychobehavioral symptoms of dementia. The purpose of this study was to determine whether occupational therapists consider the environment to improve the occupational performance of people with psychobehavioral symptoms in institutions

Method: A questionnaire was distributed to 38 occupational therapists who met the inclusion criteria. Seven of them responded and the data could be analyzed cross-sectionally and longitudinally, then discussed and compared with the literature.

Results: Occupational therapists take into account the environment in a global care. The data collected correspond for the most part to the recommendations in the literature.

Conclusion: Occupational therapists assess the patients' previous environment in order to meet their needs and to allow meaningful activities to be developed. They also evaluate the environment in the reception facilities to enable people to participate in the proposed activities, and consequently improve their occupational performance.

Key-words : Occupational therapy - Environment - Elderly people - Psycho-behavioral symptoms - Dementia - Occupational performance