



HAL
open science

Ergothérapie et techniques de thérapies non-médicamenteuses auprès de personnes âgées souffrant de troubles neuro-cognitifs majeurs (TNCM)

Charlène Bion

► **To cite this version:**

Charlène Bion. Ergothérapie et techniques de thérapies non-médicamenteuses auprès de personnes âgées souffrant de troubles neuro-cognitifs majeurs (TNCM). Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03554722

HAL Id: dumas-03554722

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03554722>

Submitted on 3 Feb 2022

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.

Institut Universitaire de Formation en
Ergothérapie

Bion Charlène

UE 6.5 Evaluation de la
pratique professionnelle
et recherche

Mémoire préparé en vue de l'obtention du diplôme d'Etat
d'ergothérapeute

**Ergothérapie et techniques de thérapies non-
médicamenteuses auprès de personnes âgées
souffrant de troubles neuro-cognitifs majeurs
(TNCM)**

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à adresser mes remerciements les plus sincères à Agnès Picault, ma directrice de mémoire qui a su me guider à chaque étape de ce mémoire. Je remercie également les huit ergothérapeutes qui m'ont permis de réaliser les entretiens sans qui ce travail de recherche n'aurait pas été complet.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne pour leur accompagnement durant ces trois dernières années.

Je souhaite, bien sûr, remercier ma famille qui a toujours su me soutenir dans mes projets. Leur soutien m'a été d'une grande aide pour la réalisation de ce travail notamment grâce à leurs précieuses relectures.

Enfin, j'aimerais également adresser mes remerciements à mes proches et à mes amis, notamment Olivia Mouillet pour ces formidables moments de soutien et de joie passés ensemble.

Table des matières :

| | |
|---|----|
| Abréviations :..... | 3 |
| Table des figures :..... | 5 |
| 1. Introduction :..... | 6 |
| 2. La maladie d'Alzheimer :..... | 8 |
| 2.1 Maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer :..... | 9 |
| 2.2 Les troubles cognitifs et du comportement :..... | 10 |
| 2.3 Traitements de la maladie :..... | 12 |
| 2.4 Le rôle des aidants familiaux :..... | 13 |
| 2.4.1 Leurs attentes et besoins..... | 13 |
| 2.4.2 Les solutions d'aides aux aidants : | 14 |
| 3. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?..... | 15 |
| 3.1 Les missions de l'ergothérapeute auprès de patients Alzheimer : | 16 |
| 3.2 Les techniques de thérapie non-médicamenteuse en ergothérapie..... | 17 |
| 3.2 Accompagnement pour le retour à domicile | 20 |
| 4. Enquête exploratoire :..... | 21 |
| 5. Question de recherche..... | 25 |
| 6. Formulation de l'hypothèse de recherche :..... | 25 |
| 7. Expérimentation de l'hypothèse :..... | 26 |
| 7.1 Echantillonnage..... | 26 |
| 7.2 Critères de sélection | 26 |
| 7.3 Choix et argumentation de la méthode et des outils | 26 |
| 7.3.1 Choix de la méthode | 26 |
| 7.3.2 Construction du guide d'entretien | 27 |
| 7.3.3 Construction des questions..... | 28 |
| 7.3.4 Validation des outils | 28 |

| | | |
|-----|--|----|
| 8. | Analyse des entretiens | 29 |
| 8.1 | Conception des grilles d'analyse d'entretiens | 29 |
| 8.2 | Présentation des ergothérapeutes participants | 29 |
| 8.3 | Analyse longitudinale | 30 |
| 8.4 | Analyse transversale | 31 |
| 8.5 | Analyse des biais méthodologiques | 36 |
| 9. | Discussion | 38 |
| 9.1 | Réponse à ma question de recherche | 38 |
| 9.2 | Apport personnel et professionnel de la recherche | 41 |
| 9.3 | Hypothèses de futures recherches et propositions | 41 |
| 10. | Conclusion..... | 43 |
| 11. | Bibliographie :..... | 44 |
| | ANNEXE I : Attitudes « Humanitude® »..... | 49 |
| | ANNEXE II : Approches non-médicamenteuses | 50 |
| | ANNEXE III : Exemple d'organisation de services hospitaliers gériatriques..... | 51 |
| | ANNEXE IV : Mail envoyé aux ergothérapeutes travaillant en gériatrie. | 52 |
| | ANNEXE V : Objectifs des entretiens..... | 53 |
| | ANNEXE VI : Grille d'entretien | 54 |
| | ANNEXE VII : Grilles d'analyse longitudinale | 56 |
| | ANNEXE VIII : Modèle de comportement de la démence axé sur les besoins (Algase et al, 1996) | 66 |

Abréviations :

ALD : Affection Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASV : Adaptation de la société au vieillissement

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

CAP : Comportements d'Agitation Pathologique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

COTID : Community Occupational Therapy In Dementia

DCL : Démence à Corps de Lewy

DFT : Démence Fronto-Temporale

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer à domicile

ETNA3 : Evaluation de 3 Thérapies Non-médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer

ETP : Education Thérapeutique du Patient

M2A : Maison des Aînés et des Aidants

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie.

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

NL : Neuroleptiques

NPI-ES : Inventaire Neuropsychiatrique pour l'Equipe Soignante

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

SPDC : Symptômes psycho-comportementaux au cours des démences.

TCP : Troubles du Comportement Perturbateurs

TNM : Thérapie Non-Médicamenteuse

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UE : Union Européenne

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Table des figures :

Figure 1 : Lieux de travail des ergothérapeutes en gériatrie.

Figure 2 : Autres lieux de travail.

Figure 3 : Ergothérapeutes ayant accompagnés au retour à domicile de ces patients.

Figure 4 : Outils spécifiques à l'accompagnement des MAMA à disposition.

Figure 5 : Fréquence de l'utilisation des TNM.

Figure 6 : Objectif de l'utilisation des techniques de TNM.

1. Introduction :

Actuellement, le vieillissement de la population apparaît comme un investissement majeur en matière de santé publique en France et dans le monde.

D'après Santé publique France, « les plus de 60 ans pourraient représenter 1/3 de la population en 2040 » [1]. (*Bien vieillir*, s. d.). Avec cette augmentation, viendrait également l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes et en perte d'autonomie.

Aujourd'hui en France, nous chiffrons à 1.3 millions le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que « Le nombre total de personnes atteintes de démence devrait atteindre 82 millions en 2030 et 152 millions d'ici 2050. » [2] (*La démence*, s. d.)

Or, la maladie d'Alzheimer est à l'origine d'une démence dans 60 à 70% des cas. De plus, les conséquences financières et économiques de cette pathologie sont importantes : « 818 milliards de dollars (US), soit 1,1% du produit intérieur brut (PIB) mondial ». [2]

C'est pourquoi, l'Etat Français a décidé de mettre en place des stratégies visant à améliorer la qualité de vie de ces personnes. Notamment le Plan Alzheimer (2008-2012) qui réunit plusieurs mesures visant à affiner le diagnostic, améliorer l'accompagnement, les soins, et aider à la recherche des Maladies Alzheimer et Maladies Apparentées (MAMA).

La France apparaît comme étant le premier pays de l'Union Européenne (UE) à avoir développé une stratégie nationale concernant la maladie d'Alzheimer. Cela a permis notamment la mise en place de plus d'établissements accueillant des personnes souffrantes de cette maladie.

Cependant, d'autres pays de l'UE ont réussi à développer des systèmes similaires (Angleterre, Finlande, Danemark, Espagne, Autriche). Seule l'Allemagne n'a pas encore de stratégie nationale dédiée.

Ainsi, je me suis questionné sur l'apport des techniques de thérapies non-médicamenteuses en ergothérapie et notamment auprès d'une population âgée atteinte de démences.

Je vais commencer par rechercher la littérature déjà existante sur ce sujet. Je procéderai ensuite à un premier état des lieux sur la pratique auprès des ergothérapeutes ce qui m'amènera à ma question de recherche.

De là, je développerai la méthodologie appropriée puis ferai une analyse des données obtenues. Les résultats seront mis en parallèles des données de littérature avant de conclure.

2. La maladie d'Alzheimer :

Cette maladie porte le nom d'un psychiatre et neuropathologiste Allemand, le Dr Alois Alzheimer (1864-1915). En 1907, il étudie le cas d'une de ses patientes qui présente des troubles significatifs de la mémoire, une désorientation et des troubles psychologiques. Il va découvrir, lors de son autopsie, des lésions caractéristiques de la pathologie au niveau du cortex cérébral. [4] (« Découverte maladie Alzheimer », s. d.).

La maladie d'Alzheimer a longtemps été confondue avec l'effet du vieillissement cérébral. Aujourd'hui, nous savons qu'il s'agit d'une maladie neurodégénérative chronique. C'est-à-dire, qu'elle provoque une lente dégénérescence des neurones qui va avoir pour conséquence un des premiers symptômes : la perte de mémoire. Vont ensuite survenir un déclin d'autres fonctions cérébrales comme les fonctions exécutives. A ce moment-là, la maladie va avoir un retentissement sur les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas etc...) de la personne souffrante et de son entourage.

Le fait que cette maladie soit chronique définit que « les symptômes apparaissent lentement [...] parfois définitivement » d'après la définition du CNRTL.

En effet, elle est « caractérisée par une atteinte progressive et irréversible du cerveau. Elle appartient donc au groupe des maladies appelées "démences" ».

« La dernière classification internationale proposée par l'Association américaine de psychiatrie (appelée DSM V, pour Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version 5) propose une nouvelle nomenclature pour les démences, dont la maladie d'Alzheimer.

Elle distingue ainsi deux grades qui se succèdent dans le temps :

- **Les troubles neurocognitifs mineurs** : ils correspondent au stade débutant de la maladie, quand les symptômes n'ont pas de retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Ces activités demandent néanmoins davantage d'efforts. Le déclin cognitif est modeste.

- **Les troubles neurocognitifs majeurs** (qui correspondent au terme médical de « démence ») : quand l'autonomie est compromise. Le déclin cognitif est significatif, le patient a besoin d'aide dans les fonctions exécutives (anticipation et planification des comportements, ajustement aux situations). » [5] (*Maladie d'Alzheimer : comment la pathologie évolue au cours du temps ?*, s. d.)

La maladie d'Alzheimer se décompose en différents stades d'évolution :

- Premièrement le stade dit « **podromal** ». C'est à cette étape que les premiers symptômes de la maladie apparaissent, notamment les pertes de mémoire. La personne touchée participe à ses activités quotidiennes de manière autonome.
- Deuxièmement, le stade dit « **léger** ». A ce moment, le malade va commencer à perdre en autonomie. De plus, les symptômes comportementaux et psychologiques vont apparaître ; ainsi que des dysfonctions exécutives (manger, se laver) et instrumentales (langage, capacités visuo-spatiales).
- Ensuite, le stade « **modéré** » où les difficultés mnésiques vont s'intensifier et impacter encore plus lourdement le quotidien de la personne.
- Et enfin, le dernier stade « **sévère** ». Dans cette étape terminale, la perte d'autonomie est totale, la personne atteinte perd peu à peu ses dernières fonctions et n'a plus la capacité de reconnaître un visage ou un lieu.

Le passage par ces étapes entraîne une grande perte d'autonomie dans la réalisation des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ainsi que des troubles comportementaux et psychologiques importants.

2.1 Maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer :

Il existe néanmoins d'autres causes de démences appelées « Maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer ». Ces pathologies ont des symptômes communs avec Alzheimer. Nous en déclinons trois principales :

- La **Démence Vasculaire** (DV) ; l'irrigation du cerveau va dysfonctionner parfois « due à une répétition de petits accidents vasculaires cérébraux (AVC) » [6] (« Maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer », s. d.)
- La **Démence à Corps de Lewy** (DCL) ; cette maladie commence avec des alternances entre difficultés et bonnes capacités attentionnelles. Vont ensuite apparaître des symptômes Parkinsoniens et des incapacités organisationnelles.
- La **Démence Fronto-Temporale** (DFT) ; les lésions situées au niveau du lobe frontal vont entraîner des troubles comportementaux significatifs (agressivité, désinhibition) puis des troubles cognitifs (trouble du langage).

2.2 Les troubles cognitifs et du comportement :

Les troubles cognitifs sont le plus souvent représentés par un déficit mnésique, troubles langagiers (aphasie), praxiques et des fonctions exécutives.

Quant aux les Symptômes Comportementaux et Psychologiques des Démences (SCPD), ils posent fréquemment des soucis d'adaptation et de l'incompréhension de la part des membres proches du patient.

Les Symptômes Comportementaux de la Démence (SCD) se décomposent en six catégories décrites par l'ANESM [7] (ANESM, 2013) :

- Errance
- Agitation/ Agressivité
- Résistance aux soins
- Comportements sexuels inappropriés
- Réaction de catastrophe
- Syndrome crépusculaire (apparition ou augmentation des symptômes à l'heure du coucher de soleil)

De même que les Symptômes Psychologiques de la Démence [7] :

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Illusions
- Dépression
- Apathie
- Anxiété

Nous pouvons aussi classifier les troubles comportementaux et psychologiques de la démence en deux parties : les « perturbateurs » et les « déficitaires » d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) ; « des troubles du comportement jugés par l'entourage [...] comme dérangeants, **perturbateurs**, dangereux, que ce soit pour le patient ou pour autrui (opposition, agitation, agressivité, comportements moteurs aberrants, désinhibition, cris, idées délirantes, hallucinations, troubles du rythme veille-sommeil). Les troubles du comportement **déficitaires** ou de retrait (apathie, repli sur soi, dépression) ». [8] (*Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*, s. d.)

La prise en charge thérapeutique des Troubles du Comportement Perturbateurs (TCP) est centrée sur des techniques non-médicamenteuses en première intention, elle permet « de diminuer la fréquence et l'intensité des troubles du comportement » [9]. (HAS, 2009)

Les proches aidants ont une place importante dans la mise en place et le maintien de la prise en charge non-médicamenteuse. « Ils peuvent aider la personne malade à plusieurs niveaux : [...] la pratique de soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie ». [10] (Santé & Santé, 2021).

2.3 Traitements de la maladie :

La maladie d'Alzheimer n'a, pour l'instant, encore aucun traitement curatif. Les seuls médicaments disponibles pour cette pathologie concentrent leur efficacité sur la stabilisation des troubles cognitifs et des symptômes comportementaux.

« Les neuroleptiques sont indiqués pour traiter les psychoses et syndromes délirants avérés » [11] Effectivement, les troubles du comportement perturbateurs sont à l'origine de la plupart des prescriptions de neuroleptiques (ou antipsychotiques).

Cependant, l'HAS met en garde à propos de la sur-utilisation de ces médicaments sur la population atteinte d'Alzheimer : « En France, en 2008, les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer étaient 6 fois plus exposées aux neuroleptiques que la population âgée du même âge » [11]

C'est pourquoi, l'HAS préconise les Thérapies Non-Médicamenteuses (TNM) en première intention. Celles-ci vont avoir des effets positifs sur l'intensité et la fréquence des troubles du comportement.

Actuellement, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, en France, apparaît comme un enjeu de santé publique. « La maladie d'Alzheimer est classée comme une affection de longue durée (ALD). A ce titre, une fois le diagnostic posé et le certificat médical fourni par le médecin généraliste, ou un spécialiste, les frais médicaux liés à la maladie (soins et médicaments) seront pris en charge à 100 % par la caisse d'assurance maladie. » [12] (*Alzheimer: aides matérielles et financières*, s. d.)

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère et ayant plus de 60 ans ont droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée par le conseil départemental. Si toutefois la personne malade a moins de 60 ans, elle peut bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Cette dernière est versée après accord de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). [13]

2.4 Le rôle des aidants familiaux :

La loi n°2015-1776 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) inclut entièrement l'action de l'aidant dans la démarche de soins. L'aidant y est défini ainsi : « une personne qui vient en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie peut être considérée comme un proche aidant. » [7]

L'ASV « repose sur trois piliers : l'anticipation de la perte d'autonomie, l'adaptation globale de la société au vieillissement et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. » [14] (*L'adaptation de la société au vieillissement*, s. d.)

« En France, un des enjeux du Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 est de : "soutenir les proches-aidants dont font partie les aidants familiaux" ». En effet, « il est communément reconnu que le bénéfice du traitement (médicamenteux ou non) peut être augmenté si l'aidant est intégré à la prise en charge. » [7]

2.4.1 Leurs attentes et besoins

« Les besoins et les attentes des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer comportent deux aspects majeurs : premièrement, l'information concernant la maladie (traitement, pronostic...) et deuxièmement, l'apprentissage de compétences pour améliorer la gestion de la vie quotidienne de leur proche. » [15] En effet, les causes et surtout les conséquences de la maladie d'Alzheimer restent souvent très mal connues. C'est pourquoi les proches de personnes atteintes sont demandeuses d'informations et de savoir-faire. La prise en charge quotidienne des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs nécessite l'acquisition de capacités afin d'améliorer leur bien-être.

Leur implication n'est pas encore assez intégrée dans ce processus thérapeutique : « les proches aidants aimeraient être considérés comme étant des partenaires pour déterminer les services à l'aidé » [15] (Picard, 2014)

« Les aidants interrogés soulignent l'importance pour eux de favoriser le soutien de leur proche malade au domicile et d'éviter ainsi le plus longtemps possible l'entrée en établissement. » [16] (2015)

2.4.2 Les solutions d'aides aux aidants :

« En France, 8 à 11 millions de personnes soutiennent un proche en perte d'autonomie pour des raisons liées à l'âge, à un handicap, à une maladie chronique ou invalidante. » [17] (*Aidants*, s. d.)

C'est pourquoi, le gouvernement a mis en place de nouvelles mesures d'aide aux aidants familiaux. Celles-ci vont assister les aidants dans plusieurs domaines. Premièrement, des contacts (numéro téléphonique national de soutien) ont été mis en place. Dans un second temps, les aidants ont droit à des périodes de congés spécifiques à compter d'octobre 2020. Ces périodes de repos seront indemnisées et facilitantes pour les démarches administratives.

Enfin, la santé des proches est mise au premier plan, en particulier pour détecter les risques sanitaires et en sensibilisant les professionnels sur le rôle des aidants. [18] (*Fiche pratique « Les solutions de répit » | Association Française des aidants*, s. d.).

De plus, des solutions de répit vont être mises en place afin de soulager temporairement le « fardeau » des aidants. Notamment des séjours de vacances à destination des personnes malades et parfois accompagnées de leurs aidants. Ces séjours sont gérés par des associations telles que INT-ACT ou encore Vacances ouvertes (liste non-exhaustive).

Du côté de l'accueil en établissement :

- **L'accueil de jour** propose la prise en charge et l'accompagnement de la personne malade à raison d'une à plusieurs journées par semaines. Cet accueil n'est disponible que pour les personnes vivant encore à domicile.
- **L'hébergement temporaire**, quant à lui, permet l'accueil des malades le week-end ou la nuit en plus de l'accueil de jour.
- **L'accueil familial** offre une alternative à la mise en institution du proche souffrant en proposant un cadre familial.

Enfin, des professionnels de santé peuvent intervenir régulièrement comme le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

Il y a aussi la possibilité de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), qui permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux importants au logement de la personne malade. Cette solution est uniquement possible sur prescription médicale.

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) proposent en plus de tout cela des « lieux d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil destinés aux personnes âgées, à leurs familles et aux professionnels ».

Ainsi, nous pouvons constater que l'Etat Français a permis de développer un certain nombre de solutions pour faciliter le quotidien des aidants familiaux. De plus, les professionnels de santé ont démontré un rôle important pour inclure le proche dans la prise en charge d'un malade.

3. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « l'objectif de l'ergothérapie (*occupational therapy*) est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. » [19] (*La profession – ANFE*, s. d.).

Cependant, la pratique de l'ergothérapeute peut varier et se spécialiser selon le milieu dans lequel il travaille. Nous pouvons l'observer grâce à la présentation de l'ergothérapie en gériatrie faite par l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG) : « L'objectif de l'ergothérapie en gériatrie est le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge. » [20] (2015).

L'ergothérapeute, au sein d'une institution comme un centre hospitalier, est généralement mandaté par le médecin via une prescription médicale. Par la suite, il expliquera à l'équipe soignante ses méthodes et ses objectifs lors des réunions pluriprofessionnelles.

3.1 Les missions de l'ergothérapeute auprès de patients Alzheimer :

Toujours d'après l'AFEG, les rôles spécifiques de l'ergothérapeute auprès de ces personnes sont : « Evaluation des situations de handicap liées aux troubles cognitifs et du comportement, Réadaptation des troubles cognitifs et du comportement dans la vie quotidienne, Assurer la sécurité, Aides techniques et Assurer l'éducation thérapeutique et le conseil aux aidants ». [20]

Deux grands axes en ressortent. Premièrement, la place des troubles cognitifs et du comportement et deuxièmement, l'importance des aidants. Ainsi, les missions de l'ergothérapeute sont spécifiques et adaptées aux patients et à leurs pathologies, ici principalement la maladie d'Alzheimer.

Comme nous l'avons dit précédemment, les patients ayant des troubles liés à la maladie d'Alzheimer ou aux maladies apparentées nécessitent une prise en charge, un accompagnement spécifique.

Accompagner signifie « servir de protecteur ou de guide à une personne » CNRTL.

Ainsi, le thérapeute, ici l'ergothérapeute, va faire en sorte que la personne réalise ses activités quotidiennes de façon sécurisée, pour elle-même et pour son entourage. Mais aussi, de conseiller le patient afin que celui-ci puisse choisir son projet de vie de manière indépendante.

Exemples d'actions qui pourront être conduites en ergothérapie :

- Réadaptation cognitive dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) : « renforcer les stratégies compensatoires et les performances lors des activités de la vie quotidienne » [21] (2010, HAS)
- « Préconisation d'Aides Techniques » (AT) : améliorer la participation aux activités (toilette, prise des repas...)

- Prévenir les risques de chutes et réadapter la mobilité et la réalisation des transferts.
- « Développement des performances de l'entourage dans la prise en charge et l'accompagnement du patient » [21], soit reconnaître et impliquer l'action des aidants dans l'accompagnement du patient.
- Prévenir les risques de chute et les troubles du positionnement.
- Et enfin l'adaptation de l'environnement du patient.

Ces actions sont réalisées à travers la passation de bilans/évaluations (souvent écologiques), la mise en place d'activités thérapeutiques, et la transmission de connaissances.

« L'écologie est une science qui prend en compte les écosystèmes sociaux, familiaux et biosphériques » [22] (Guihard, 2005), ainsi les évaluations écologiques prennent en compte l'environnement physique et social de la personne.

3.2 Les techniques de thérapie non-médicamenteuse en ergothérapie

Dans les services accueillant des personnes ayant des troubles du comportement, les activités présentes fonctionnent généralement grâce à des interventions thérapeutiques dites « non médicamenteuses ».

Une prise en charge non-médicamenteuse se construit de manière pluridisciplinaire entre les médecins et les thérapeutes spécialisés du service, notamment les ergothérapeutes.

Ces techniques peuvent agir sur le quotidien de la personne, c'est-à-dire sur ses activités de la vie quotidienne, sa cognition, sa manière de communiquer et sur son environnement de manière globale. (Cf ANNEXE 2)

Elles ont pour objectif, non seulement le confort de la personne malade, mais aussi de préserver son autonomie.

Tout d'abord, l'approche non-médicamenteuse va introduire des **techniques de soins adaptées**. C'est-à-dire, des **attitudes de communication** spécifiques. Il existe des principes de base concernant la communication entre un patient atteint

de MAMA et son aidant (soignant ou non). Par exemple, « Soyez patient et détendu » ou encore « Préférez la simplicité dans le mode de communication » pour les thérapeutes [23].

La **méthode Gineste-Marescotti** (dite Humanitude®) regroupe ces techniques de soin et de communication. Celles-ci ont pour objectif de « prévenir, lors des soins [...] certains troubles du comportement dénommés Comportements d'Agitation Pathologique (CAP). » En effet, une étude est ainsi montrée comme exemple au Québec : « dans l'ensemble des institutions accueillant des personnes âgées dans le cadre d'un programme ministériel de formation, la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® a permis une diminution de 90 % des troubles du comportement, de 60 % des grabatisations, et de 50 % des arrêts maladies des personnels. » [26]

Dans une vision similaire, la **pédagogie Montessori**® adaptée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer a pour objectif principal de limiter la perte d'autonomie. « Plutôt que de considérer Alzheimer comme une maladie, on le verra plutôt comme un handicap » [27] (Montessori, 2017). L'approche Montessori étant centrée sur les capacités restantes des patients, leur accompagnement est modifié.

Viennent ensuite les **attitudes de soins** non-médicamenteuses. Elles permettent d'appréhender au mieux la personne qui va recevoir les soins. Le thérapeute va faire en sorte que le malade se sente respecté et compris mais aussi qu'il soit dans une situation confortable dans laquelle une relation de confiance peut s'épanouir. Par exemple, « Sollicitez la personne sans la stimuler à l'excès ni la mettre en situation d'échec », « Installez ou maintenez une routine rassurante pour la personne et simplifiez les gestes du quotidien » ou encore « Laissez faire les comportements s'ils ne sont pas dangereux » [23]. (Cf ANNEXE 1)

Les TNM peuvent être individuelles ou collectives. Elles sont proposées et jamais imposées.

Les interventions non-médicamenteuses vont s'organiser en différentes catégories :

Tout d'abord, la **vie quotidienne**. Nous pouvons citer comme exemple une activité cuisine ou une adaptation des vêtements (plus amples) pour aider la personne à se vêtir elle-même. C'est principalement cette catégorie que les ergothérapeutes mettent en œuvre dans leur prise en charge car elle incite à préserver l'autonomie et l'indépendance des personnes malades.

Ensuite, l'**orientation spatio-temporelle**. Les personnes atteintes de troubles cognitifs sont très souvent en perte de repères. C'est pourquoi, il est important de signaler les portes des chambres avec un code couleur ou une photo (par exemple) et les salles communes avec un autre code visuel au choix. Ou encore d'inscrire la date sur un panneau dans la pièce principale.

Troisièmement, les **stimulations sensorielles**. Elles vont regrouper la musique, l'aromathérapie, le massage et la luminothérapie. Nous pouvons donner comme exemple connu la technique Snoezelen®, qui est une thérapie multisensorielle reconnue. La médiation animale fait aussi partie de cette catégorie.

La **cognition** apparaît également comme une catégorie essentielle, surtout pour les maladies d'Alzheimer et apparentées. Certaines activités pourront être proposées dans le but de maintenir les capacités cognitives restantes, c'est le cas pour la réminiscence (rappel de vieux souvenirs).

Enfin, l'**activité motrice et physique** reste un enjeu universel. Pour cela, une multitude d'activités peut être adaptée aux capacités des malades notamment la danse et la gym douce.

Il existe des programmes spécialisés en ergothérapie concernant le domicile de la personne malade et son aidant. En effet, le **programme COTID**, développé par Maud Graff, chercheuse en science de la santé, est apparu en France avec le plan Alzheimer de 2008-2010. Il nécessite une formation. Il a pour but de favoriser l'engagement dans l'activité et s'appuie sur les activités signifiantes et significatives de la personne atteinte. L'aidant est également intégré à ce programme dans le but d'améliorer sa qualité de vie. [31] (*Ergothérapie à domicile*

auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : le programme COTID | Union Professionnelle des Ergothérapeutes, s. d.).

Cependant, malgré le développement de ces techniques, les TNM n'ont toujours pas démontré leur efficacité à l'aide de méthodes scientifiques précises. Malgré cela, elles sont parfois utilisées et très intéressantes pour accompagner ce type de personnes comme j'ai pu le voir personnellement lors d'un stage en UCC.

3.2 Accompagnement pour le retour à domicile

L'objectif principal pour les services de court séjour gériatrique, réside dans le retour du patient accueilli dans son lieu de vie, avec une réduction des troubles du comportement, lorsque le patient en présente.

Pour cela, il faut premièrement déterminer quel était le lieu de vie de la personne avant d'être hospitalisé. Il peut s'agir de son domicile personnel, d'un EHPAD, ou d'autres institutions.

Dans un second temps, l'ergothérapeute va construire une prise en charge individualisée qui permettra, à terme, l'accomplissement de cet objectif. En fonction des problématiques, capacités et incapacités du patient, les moyens seront différents.

Les patients arrivant dans des services spécialisés dans les troubles du comportement, comme les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC), sont généralement en situation de crise. C'est-à-dire que les troubles comportementaux déjà présents sont exacerbés.

Ainsi, pour accompagner au mieux la personne ayant des troubles cognitifs et du comportement, l'ergothérapeute, mais aussi tous les professionnels du service, vont faire en sorte de réduire ces troubles.

Les professionnels de santé vont donc accompagner la diminution des symptômes perturbateurs. En effet, nous avons vu précédemment que certaines thérapies, notamment les thérapies non-médicamenteuses, avaient un effet positif sur les patients.

Ces thérapies vont pouvoir être adaptées au domicile, avec la participation des aidants familiaux, et ainsi favoriser une bonne transition entre l'institution et le lieu de vie.

« Les thérapies non médicamenteuses sont à mettre en place aussi bien au domicile qu'en institution. » [24] (2018)

4. Enquête exploratoire :

Cette enquête exploratoire a pour but de confronter les connaissances que j'ai acquises suite-à la lecture d'articles avec la réalité des professionnels sur le terrain.

Cela me permettra d'affiner mon thème de départ et d'en faire ressortir une question de recherche initiale.

J'ai rédigé mon enquête grâce à un logiciel spécifique. Elle est composée de huit questions au total dont cinq à réponses fermées et trois ouvertes. Ce choix me permet de pouvoir collecter les réponses de manière simple et fiable. Cependant, la rédaction des questions fermées est délicate car il faut faire en sorte de ne pas influencer le lecteur dans sa réponse. C'est pourquoi, j'ai également ajouté des questions ouvertes qui me permettent de recueillir l'avis des ergothérapeutes concernés.

Dans la première partie de mon enquête exploratoire, je me suis présentée et j'ai précisé le thème global de mon mémoire.

Les 46 réponses obtenues sont exploitables car tous les participants ont respecté mon critère d'inclusion. C'est le fait de travailler ou d'avoir travaillé avec une personne présentant des troubles cognitifs et/ou du comportement en gériatrie.

Mes deux premières questions, dans ce but, m'ont permis de connaître les lieux de travail de chacun, ensuite les questions 3 et 4 ont affiné la sélection des participants.

Ainsi, j'ai observé que les participants de mon enquête exploratoire travaillent majoritairement en EHPAD, en SRR et en USLD.

Voici ci-dessous les graphiques que j'ai réalisé suite-à l'analyse des réponses obtenues lors de mon enquête exploratoire.

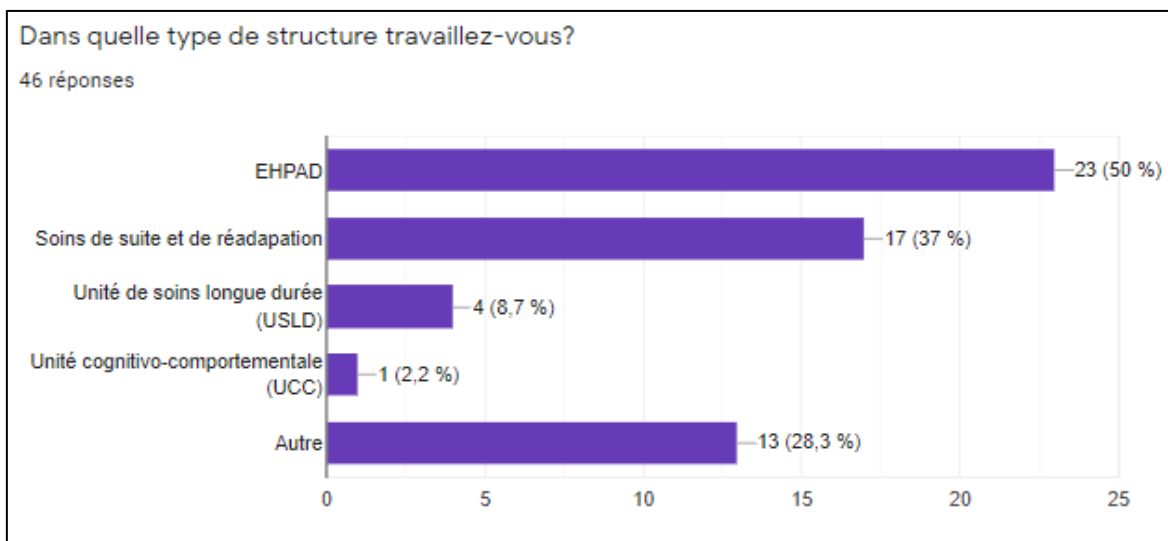


Figure 1 : Lieux de travail des ergothérapeutes en gériatrie

Parmi ceux qui ont répondu « autres », il y a majoritairement des ergothérapeutes travaillant en libéral et en ESA.

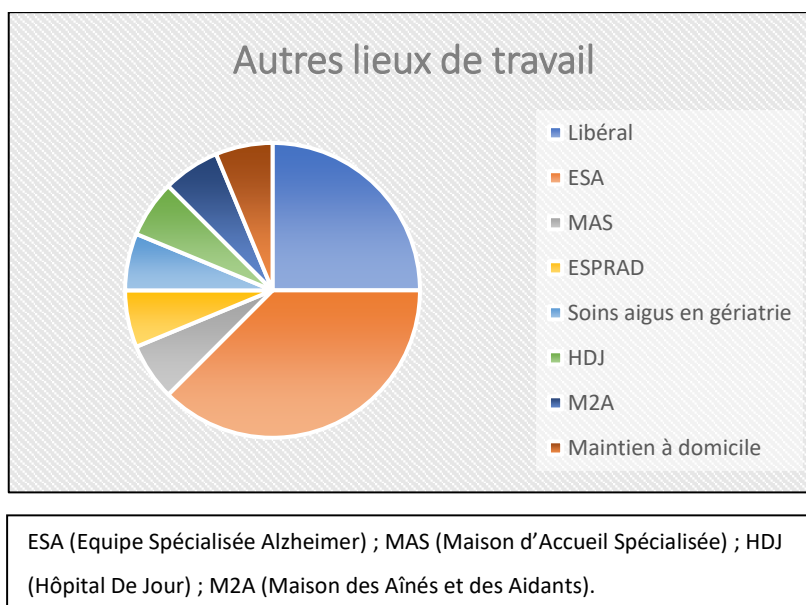


Figure 2 : Autres lieux de travail

Cette question avait comme objectif de mesurer le pourcentage de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ou du comportement qui retournaient chez elles après un séjour en institution. Nous observons que 54.3% des ergothérapeutes interrogés travaillant avec ces patients ont répondu avoir accompagné un patient vers un retour à domicile. Ainsi, le retour à domicile des malades Alzheimer ou apparenté est une problématique et une démarche réelle en ergothérapie.

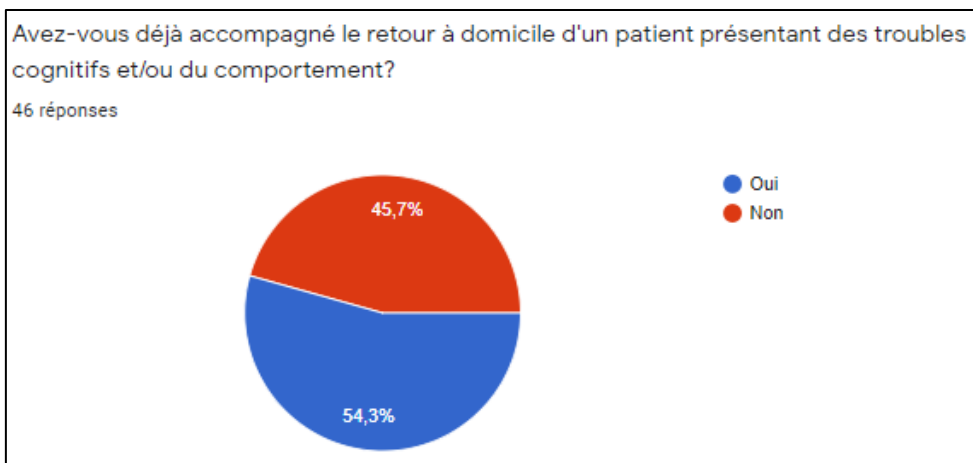


Figure 3 : Ergothérapeutes ayant accompagnés au retour à domicile de ces patients

Suite-à cette question, j'ai demandé quel était, selon eux, les difficultés qui peuvent entraver un Retour A Domicile (RAD). Il est apparu que les principaux obstacles au RAD sont l'isolement social de la personne malade et les troubles spécifiques à sa pathologie (cognitifs, du comportement, Anosognosie), en plus de la perte d'autonomie et du risque de chute qui surviennent plus fréquemment avec l'avancée en âge. (L'anosognosie correspond à la méconnaissance de son état de santé par le patient.)

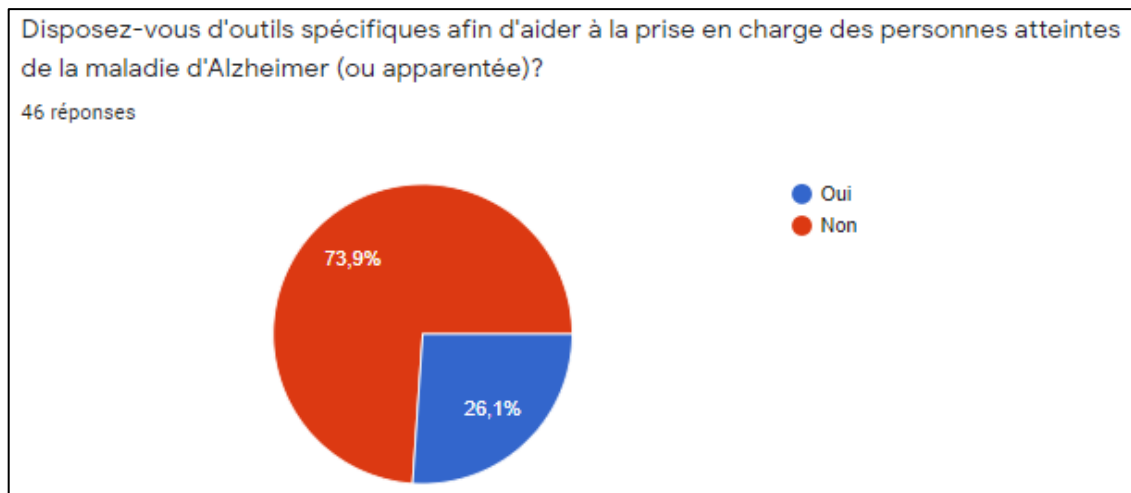


Figure 4 : Outils spécifiques à l'accompagnement des MAMA à disposition

Ma dernière question cible les personnes ayant répondu positivement au graphique ci-dessus mais également les autres si elles ont des idées à proposer. Il s'agit de préciser à quels outils ils pensaient. Nous retrouvons, parmi les réponses, l'importance pour les thérapeutes des bilans comme le NPIES ou encore le MMS (Mini Mental State) afin de déterminer les objectifs de leur prise en charge. De plus, nous observons le rôle considérable des techniques de thérapies non médicamenteuses qui est très souvent cité (Snoezelen®, Montessori, ateliers flash, activités spécifiques, Humanitude® ou encore Tovertafel®). Enfin, la tâche des aidants familiaux apparaît comme étant essentielle. L'aide et la formation de ceux-ci reviennent souvent parmi les réponses.

5. Question de recherche

A la suite de mes recherches, de mes lectures et de l'analyse de mon enquête exploratoire, j'ai pu remarquer que certaines difficultés sont présentes. Notamment que les troubles comportementaux des personnes malades sont souvent un frein au retour à domicile et que parfois les outils dont disposent les ergothérapeutes ne sont pas suffisants.

Ce qui m'amène à me questionner ainsi :

Quel est l'intérêt des techniques de Thérapies Non-Médicamenteuses (TNM) en ergothérapie lors de l'accompagnement au retour à domicile de personnes âgées souffrant de démences et présentant des troubles du comportement ?

6. Formulation de l'hypothèse de recherche :

« Dans les sciences expérimentales et hypothético-déductives, l'hypothèse est le plus souvent l'expression d'un lien de causalité entre un phénomène et un autre. »
[25] (Martin, 2011)

Mes précédentes recherches et questionnements me conduisent donc à formuler l'hypothèse suivante :

- **« Les techniques de Thérapies Non-Médicamenteuses réduisent les troubles du comportement chez les sujets âgés atteints de démence et favorisent ainsi leur retour à domicile ».**

7. Expérimentation de l'hypothèse :

Un des objectifs de l'hypothèse est de déterminer si les thérapies non-médicamenteuses sont efficaces face aux symptômes psycho-comportementaux de la démence chez les personnes âgées. Dans le but d'affirmer ou de réfuter mon hypothèse, je vais expliquer ci-après mes choix concernant la population cible, mes outils de mesure et la méthode employée.

7.1 Echantillonnage

Mon sujet traite de l'intérêt de l'utilisation des techniques de thérapies non-médicamenteuses auprès des personnes âgées atteintes de démence et présentant des symptômes psycho-comportementaux. Ainsi, pour le choix de ma population cible, j'ai décidé d'interroger des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé avec cette population et en milieu gériatrique.

7.2 Critères de sélection

Dans le but d'affiner la sélection de mon échantillon, j'ajoute des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques aux ergothérapeutes. Les critères d'inclusion sont la possession du diplôme d'état d'ergothérapeute, travailler ou avoir travaillé avec la population cible et avoir déjà accompagné au retour à domicile l'un de ces patients.

Concernant les critères d'exclusion il y a : n'avoir jamais été en contact avec des personnes âgées atteintes de démence et n'avoir jamais accompagné à un retour à domicile.

7.3 Choix et argumentation de la méthode et des outils

7.3.1 Choix de la méthode

Comme cité précédemment, l'objectif principal de ma recherche est de déterminer l'efficacité des techniques de thérapies non-médicamenteuses auprès d'une population âgée présentant des symptômes psycho-comportementaux de la démence.

Dans le but de vérifier cette hypothèse, j'ai choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs. « L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. » [28]. Cette méthode est assez souple et permet au locuteur de pouvoir poser des questions au cours de la discussion.

Les entretiens que j'ai réalisés sont individuels de manière à faciliter l'interaction entre l'ergothérapeute et moi-même. Pour faire en sorte de mener des entretiens suivant tous une méthodologie similaire, j'ai créé un guide d'entretien.

7.3.2 Construction du guide d'entretien

« Il contient les questions prédéterminées dans un ordre logique, ce qui assure une continuité dans la collecte des informations. » [28]

En effet, les questions sont regroupées par thématiques, ce qui fluidifie la direction que l'on souhaite donner à nos entretiens. L'entretien se décompose ainsi en plusieurs parties :

La première partie reprend le cadre de l'entretien en précisant la durée, le thème de la recherche ainsi que le recueil du consentement des personnes interrogées. Il est aussi précisé, dans ce temps, que les données recueillies resteront confidentielles. J'ai demandé la permission d'enregistrer l'entretien, qui se réalise en visioconférence ou par téléphone, afin d'être plus disponible et de faciliter le travail d'analyse qui viendra ensuite.

Dans un second temps, j'ai commencé l'entretien par des questions concernant la personne interrogée, comme son parcours professionnel. Ce temps permet l'instauration d'une relation de confiance entre le locuteur et l'interlocuteur.

La troisième partie concerne directement les questions qui ciblent notre hypothèse de recherche. Les réponses obtenues pourront aider à valider ou non cette hypothèse. Cette partie est composée de trois sous-parties dans mon cas. La première concernant la pathologie des patients pris en charge (types de démences), la seconde sur l'utilisation des techniques de thérapies non-médicamenteuses par les ergothérapeutes et la dernière sur le lien entre ces thérapies et le domicile de la personne.

La dernière partie ne s'inscrit pas dans la continuité des trois précédentes mais renvoie à l'ensemble de l'entretien. Elle permet à l'interlocuteur d'amener des détails de son expérience personnelle à travers des exemples.

L'entretien se termine par une conclusion incluant un temps de remerciement et parfois des précisions à amener sur le thème de la recherche.

7.3.3 Construction des questions

Les questions de mon guide d'entretien suivent les parties décrites ci-dessus. La plupart des questions sont ouvertes afin de mettre en évidence les particularités des prises en charges et accompagnements des ergothérapeutes. Mais aussi des établissements de santé dans lesquels ils travaillent.

7.3.4 Validation des outils

J'ai réalisé une première grille d'entretien que j'ai envoyée à ma directrice de mémoire pour obtenir sa validation. Elle m'a aidé à améliorer la tournure des questions pour faciliter leur compréhension auprès des professionnels.

Cette démarche permet d'obtenir des réponses plutôt spontanées et en lien avec mon hypothèse de recherche.

J'ai choisi de poser des questions simples et plutôt courtes volontairement. Cela m'a permis de favoriser la compréhension de tous et de tendre vers l'idée d'une conversation informelle. (Cf ANNEXE VI)

8. Analyse des entretiens

8.1 Conception des grilles d'analyse d'entretiens

Dans le but d'analyser les entretiens et les résultats qui en ressortent, j'ai procédé en deux étapes. Premièrement j'ai effectué une analyse longitudinale. C'est-à-dire que j'ai repris pour chaque question et chaque ergothérapeute interrogé les mots clés de leur réponse. (Cf ANNEXE VII).

Ensuite j'ai regroupé les résultats individuels de chaque ergothérapeute pour en faire une réponse globale et complète par question. J'ai pu établir des liens entre les réponses de chacun. Ceci correspond à une analyse transversale. (Cf ANNEXE VIII).

8.2 Présentation des ergothérapeutes participants

Pour permettre de conserver l'anonymat des ergothérapeutes interrogés j'ai choisi de nommer les huit sujets : E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8.

J'ai procédé à des entretiens avec huit ergothérapeutes travaillant dans des établissements différents mais toujours en gériatrie.

La première personne interrogée (E1) est ergothérapeute depuis juin 2020. Elle travaille actuellement sur différents postes au sein d'un centre hospitalier : équipe mobile Alzheimer, Hôpital de jour gériatrique et service de soins de suite et de réadaptation. Elle a effectué une licence d'éducation à la santé et est formé à l'ETP (Education Thérapeutique du Patient).

La deuxième personne interrogée (E2) est également ergothérapeute depuis juin 2020. Elle travaille actuellement dans un CHU (Centre Hospitalier Universitaire) dans les services EHPAD, USLD (Unité de Soins Longue Durée) et UHR (Unité d'Hébergement Renforcée).

La troisième personne interrogée (E3), diplômée depuis juin 2020, travaille en ESA. Elle ne dispose d'aucune formation complémentaire mais d'expériences au sein d'un SSR gériatrique.

La quatrième personne interrogée (E4) travaille en tant qu'ergothérapeute depuis deux ans dans un EHPAD et en PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés).

Le cinquième ergothérapeute interrogé (E5) est diplômé depuis trois ans. Actuellement il travaille au sein d'un CHU dans des services EHPAD, USLD et UHR. De plus, il dispose de la formation PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique).

La sixième personne interrogée (E6) est ergothérapeute depuis trois ans également. Elle travaille dans un centre de rééducation et dans un centre hospitalier comprenant des services de rééducation gériatrique ainsi qu'un EHPAD. Elle sera bientôt formée sur les premiers jours post-AVC (Accident Vasculaire Cérébral).

La septième personne interrogée (E7) travaille en tant qu'ergothérapeute depuis cinq ans à la suite d'une reconversion professionnelle. Elle est actuellement dans un SRR gériatrique au sein d'un CHU. En plus de la formation d'ergothérapeute, elle dispose de la formation à la méthode Gineste-Marescotti® (dite Humanitude®).

Enfin, la dernière personne interrogée (E8) est diplômée depuis 14 ans. Actuellement, elle travaille en mi-temps dans une M2A (Maison des Aînés et des Aidants) et en mi-temps en libéral (activité gériatrique uniquement). Elle a commencé un master d'ergonomie et dispose d'une formation COTID (Community Occupational Therapy In Dementia).

Rappel : Pour permettre de conserver l'anonymat des ergothérapeutes interrogés j'ai choisi de nommer les huit sujets : E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8.

8.3 Analyse longitudinale

Suite-à la réalisation de mes huit entretiens, j'ai retranscrit ceux-ci afin de pouvoir les analyser ultérieurement. (Cf ANNEXE VIX)

J'ai premièrement réalisé une analyse longitudinale de mes résultats. C'est à dire, que j'ai repris question par question les entretiens pour chaque ergothérapeute. (Cf ANNEXE VIII)

Ainsi, j'ai pu faire un premier état des lieux de mes résultats. J'ai décidé de laisser les grilles d'analyse longitudinale en annexe car l'analyse transversale me semble plus appropriée à développer pour comprendre les réponses dans leur globalité.

8.4 Analyse transversale

Pour mon analyse transversale, j'ai choisi de retranscrire les réponses de tous les ergothérapeutes pour chaque question. Ainsi j'obtiens une vision globale des résultats.

De plus, je me suis permise d'intégrer des citations (entre guillemets) tirées des entretiens que j'ai réalisés.

Question 1 : Quel est le profil des patients atteints de maladies d'Alzheimer et apparentées que vous prenez en charge ?

Les ergothérapeutes interrogés décrivent principalement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démences vasculaires mais peu d'autres maladies apparentées. En effet, les troubles de la mémoire et la désorientation temporo-spatiale sont les symptômes qui ressortent le plus souvent selon eux. Viennent ensuite les troubles du comportement comme la déambulation, l'agressivité ou l'anxiété, ainsi que les troubles du langage et la dyspraxie.

Les stades rencontrés vont de léger à sévère donc englobent la totalité des symptômes pouvant être rencontrés dans la maladie d'Alzheimer.

Question 2 : Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui lequel ?

Nous retrouvons fréquemment la liberté de déambuler librement pour les patients atteints de MAMA. Cependant, deux ergothérapeutes avouent que la mise en place de contentions est encore beaucoup pratiquée dans leurs services notamment lors d'une situation d'énervement d'un patient ou lorsqu'un patient déambule trop. « Quand ils sont agressifs il y a beaucoup de contention malheureusement » (E5) et « on se bat beaucoup, on essaie d'enlever les contentions, surtout au niveau des repas » (E2).

Dans certains services spécifiques, comme à l'UHR, les produits potentiellement dangereux pour les patients comme le gel hydroalcoolique ou les couverts coupants sont mis en sécurité et remplacés par des couverts plus adaptés.

D'autre part, en hôpital de jour par exemple, les patients bénéficient d'activités sur la journée avec un programme adapté : « le matin ils font les activités qu'on a préparées avec la neuropsychologue, le midi on mange tous ensemble, et l'après-midi ils font des séances plus douces » (E1).

Question 3 : Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression des symptômes psycho-comportementaux de la démence ?

Sept ergothérapeutes sur huit font remonter le manque de formation des équipes soignantes par rapport aux troubles du comportement et l'incompréhension qui en résulte. En effet, les réactions peuvent apparaître ensuite comme étant « très brusques » et « malheureusement, pas très adaptées » (E6).

Certaines solutions sont apparues comme demander l'aide d'un psychologue, d'un ergothérapeute ou encore du médecin dans le but de prescrire des traitements médicamenteux. « On redirige souvent vers un médecin parce que souvent la solution c'est le traitement médicamenteux » (E3).

Question 4 : Utilisez-vous souvent les techniques de thérapies non-médicamenteuses dans vos prises en charge ?

Le fait que certains ergothérapeutes n'aient pas ou peu de formation spécifique par rapport aux techniques de thérapies non-médicamenteuses fait qu'ils en utilisent peu. De plus, le manque de temps dans les services comme les SSR gériatriques, où les patients ne restent que trois semaines, est un facteur limitant l'utilisation fréquente de ces thérapies. Il arrive également parfois que du personnel, comme des agents de convivialité, mettent en place des activités. « On ne l'utilise pas forcément beaucoup mais je sais que pour une patiente ça nous a vraiment aidé d'utiliser la musique parce que c'est une dame qui était vraiment apathique [...] ça l'a vraiment aidé à parler un peu plus et à être plus gaie » (E1).

La majorité des ergothérapeutes interrogés utilisent souvent des techniques de thérapie non-médicamenteuses. « Même quand je fais du positionnement, j'essaie toujours de mettre une activité autour » (E2).

Pour certains, cette utilisation est quotidienne « on essaie de tout le temps les occuper » (E4), « ce sont des personnes qui ont besoin d'être occupées donc on essaie de faire des choses vraiment concrètes ». Cependant cette utilisation reste assez ponctuelle dans la plupart des cas. « Par exemple quand les soignants ont une difficulté pour la toilette, souvent je peux intervenir. » (E7)

Plus particulièrement en cette période de crise sanitaire, les ergothérapeutes ont aussi fait remarquer l'épuisement des équipes.

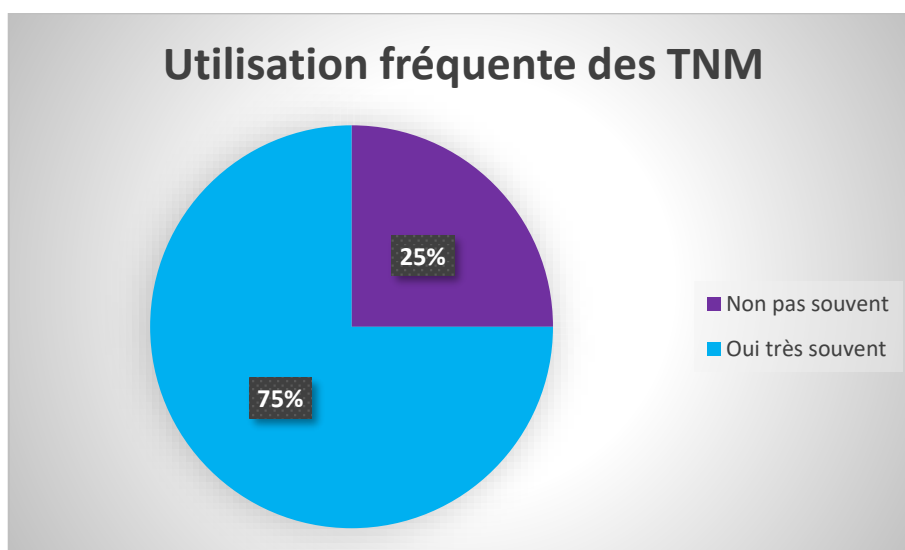


Figure 5 : Fréquence de l'utilisation des TNM

J'ai pu réaliser un graphique illustrant le nombre d'ergothérapeutes utilisant fréquemment les techniques de thérapies non-médicamenteuses et ceux les utilisant moins fréquemment. (Voir ci-dessus)

Question 5 : Comment avez-vous mis en place ces thérapies dans votre service ?

Les avis divergent sur la façon dont les techniques de thérapies non-médicamenteuses sont mises en place dans les services. En effet, pour 5 ergothérapeutes sur 8 interrogés, ces activités sont mises en place ponctuellement et n'ont pas de planning défini. Alors que, pour les trois autres ergothérapeutes, ces techniques de thérapie non-médicamenteuses s'inscrivent vraiment dans une démarche régulière.

Par exemple une activité en particulier qui peut être quotidienne comme le jardinage et être adaptée pour chaque situation : « ce sont des personnes qui ont un intérêt pour le jardinage parce qu'ils faisaient ça à la maison » (E4) ou du positionnement autour d'une activité signifiante et significative. De plus, la mise en place d'ateliers thérapeutiques peut nécessiter un accord du supérieur hiérarchique pour « argumenter le pourquoi et les effets positifs » (E2).

La plupart des ergothérapeutes interrogés ont souligné l'importance de mener ces projets avec les patients et de pouvoir les faire évoluer : « parler de ce qu'on veut planter [...] à quel moment de l'année on le plante [...] faire le listing des outils qu'on utilise [...] après on se met en activité » (E4).

Question 6 : Avec quels objectifs ?

Nous pouvons remarquer que, pour les ergothérapeutes interrogés, l'objectif principal derrière l'utilisation des techniques de thérapies non-médicamenteuses est l'apaisement de la personne. « Réduire ces phases d'anxiété » (E4). Réduire les troubles psycho-comportementaux arrive en troisième position après l'amélioration des fonctions exécutives : « Les troubles psycho-comportementaux le but, l'idéal, c'est de réduire, après si on arrive déjà à maintenir c'est bien mais souvent elles sont utilisées à un moment où ça monte en pression donc le but c'est de revenir à un état de base » (E3). Les trois autres objectifs ne sont cependant pas à négliger car au moins deux ergothérapeutes sur huit sont tombés d'accord sur leur importance.

A l'aide des résultats obtenus, j'ai réalisé un graphique illustrant les objectifs principaux cités par les ergothérapeutes :

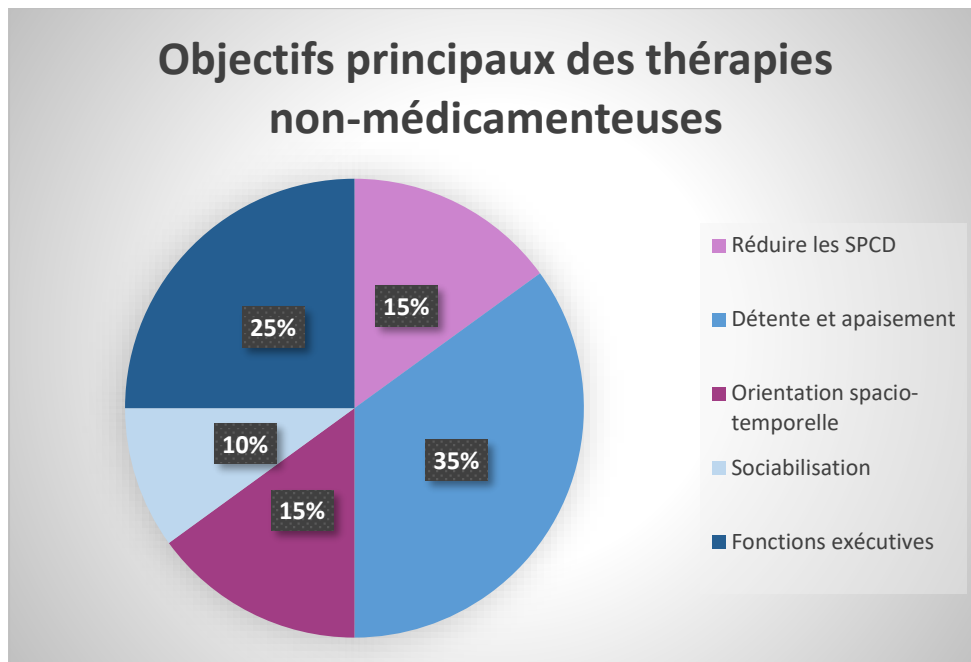


Figure 6 : Objectif de l'utilisation des techniques de TNM

Question 7 : Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ?

Le rôle des proches aidants apparaît comme primordial pour tous les ergothérapeutes interrogés. En effet, pour certains patients, la présence ou non d'un aidant à ses côtés va être déterminante pour le retour à domicile : « S'il n'y a pas de proche aidant, c'est compliqué d'envisager un retour à domicile » (E1). Six ergothérapeutes sur huit me parlent de formation et d'information du proche aidant « on essaie de leur expliquer l'intérêt, à quel moment ils peuvent le mettre en place et du coup essayer de leur donner la main sur ces techniques de thérapies non-médicamenteuses » (E3).

Il faut cependant prendre en compte les symptômes et capacités de la personne malade « pas avec un niveau de démence élevé, des personnes capables de retourner à domicile » (E4) et « évaluer la toilette si besoin, les repas, les déplacements » (E5).

« Quand c'est trop lié à l'environnement matériel ce n'est pas transposable, mais quand c'est lié à l'environnement humain ça l'est » (E8). La plupart des ergothérapeutes interrogés vont préconiser des aides humaines et techniques : « un lit Alzheimer pour éviter les chutes » (E6), « la téléalarme et les dispositifs

apparentés », « horloge numérique, des sonneries quand c'était l'heure de manger » (E6), « armoire pour bien séquencer le haut, le bas dans l'ordre d'habillage » (E5), « le parcours lumineux, le pilulier » (E6). Les visites à domiciles sont également citées 3 fois. Celles-ci semblent donc importantes à l'accompagnement au RAD de manière sécuritaire.

Question 8 : Faites-vous des liens entre les thérapies non-médicamenteuses appliquées en hospitalisation et le domicile de la personne ?

Certains ergothérapeutes font effectivement le lien entre les activités mises en place lors de leur séance de rééducation et le retour à domicile de la personne. En effet, certaines techniques peuvent être transposables selon eux : « essayer de leur donner la main sur ces thérapies non-médicamenteuses » (E5). De plus, ils mettent en évidence qu'il existe des solutions de suivi pour ces personnes ; par exemple : « Accueils de jour, CLIC, France Alzheimer qui propose des activités, des journées en familles, des conférences » (E7).

Deux ergothérapeutes m'ont cependant dit qu'il était très compliqué de faire ce lien en tant qu'ergothérapeute notamment au niveau des mises en situation qui n'étaient pas toujours transposables.

8.5 Analyse des biais méthodologiques

Parmi les biais méthodologiques de mon étude, il y a le peu d'ancienneté retrouvé chez les ergothérapeutes interrogés. En effet, seulement un des huit thérapeutes exerce depuis plus de dix ans. D'un autre point de vue, cependant, les réponses apportées sont plus « modernes » et correspondent sûrement à la vision de la majorité des ergothérapeutes dans quelques années.

J'ai réalisé huit entretiens malgré le fait que j'ai sollicité beaucoup plus d'ergothérapeutes par courriels, les réseaux sociaux ou encore par le biais de mon maître de mémoire. De par la crise sanitaire que nous traversons depuis quelques temps, il me paraît justifié que certains ergothérapeutes contactés n'ont pas eu le temps de répondre favorablement à mes demandes.

Je ne me suis pas cantonnée à un seul secteur géographique et donc à plusieurs instituts de formation (notamment de pays étranger) ce qui apporte de la diversité dans les réponses obtenues. En effet, selon les pays, les notions abordées en cours d'ergothérapie ne sont pas apportées de la même façon et sont parfois différentes.

De plus, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directif afin de laisser une liberté d'expression pour chaque question. Ces entretiens ont été réalisés de différentes manières : visio-conférence et appel téléphonique. Ainsi, le langage corporel n'était pas toujours présent.

Mon interprétation personnelle des réponses des participants peut apporter un biais à mon analyse de celles-ci. Cependant, j'ai enregistré, après consentement des ergothérapeutes, puis retranscrit chaque entretien ce qui limite ce biais.

Ainsi, je vais maintenant comparer mes résultats obtenus aux données que j'ai pu trouver lors de mes précédentes recherches scientifiques. Cette opération vise à vérifier ou réfuter mon hypothèse de départ grâce aux études qui ont été faites sur le sujet. Cette analyse a été réalisée par moi seule et peut donc être faussée par mon point de vue exclusif.

9. Discussion

9.1 Réponse à ma question de recherche

Selon l'HAS, les techniques de thérapies non-médicamenteuses « peuvent permettre également de diminuer la fréquence et l'intensité des troubles du comportement et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux » [32]. (HAS, 2009).

Les ergothérapeutes interrogés m'ont précisé que les troubles les plus fréquemment rencontrés étaient les troubles mnésiques, la désorientation temporo-spatiale, et les troubles du comportement qu'ils soient « perturbateurs » ou non. Ces symptômes sont compliqués à prendre en charge au quotidien, particulièrement pour les équipes soignantes. Ils ne sont pas toujours compris car peu enseignés lors des formations diplômantes de certains professionnels de santé. Ainsi, ces professionnels vont être souvent amenés à se tourner vers les médecins, les ergothérapeutes ou encore les psychologues. Et parfois, avoir recours aux thérapies médicamenteuses. Or, Philippe Pinel, un célèbre psychiatre disait : « Ce n'est pas un art de peu d'importance que de prescrire correctement des médicaments, mais c'est un art d'une bien plus grande difficulté de savoir quand les arrêter ou ne pas les prescrire ». [33] Cela peut faire écho au programme Alerte et Maîtrise du risque iatrogénique concernant les troubles du comportement (Alzheimer) mis en place par l'HAS. [34] (*Indicateurs de pratique clinique, outils et programmes (AMI-Alzheimer)*, s. d.). D'où le besoin de mettre en place des thérapies non-médicamenteuses pour ces personnes atteintes de démences.

D'après mes résultats, la majorité des ergothérapeutes utilisent les techniques de thérapies non-médicamenteuses auprès des patients atteints de démence. Or, elles ne sont pas mises en place de la même manière. En effet, les techniques de soins et de communication sont utilisées de manière plutôt fluide par les ergothérapeutes interrogés (sans utiliser le terme d'Humanitude® ou de la Validation®). Cependant, l'appropriation d'autres techniques de thérapie non-médicamenteuses comme l'approche Montessori® ou l'utilisation des stimulations multi-sensorielles (Snoezelen®) sont moins couramment utilisées.

Les ergothérapeutes font remonter leur besoin et leur manque de formations spécifiques afin de pratiquer ce genre d'approches.

Ainsi, les résultats de mes entretiens montrent que le recours à ces techniques de TNM est généralement utilisé de manière ponctuelle. Ce qui nous renvoie aux objectifs de la mise en place de celles-ci. En effet, le but de ma recherche est de déterminer l'intérêt des techniques de TNM vis-à-vis des symptômes psycho-comportementaux de la démence et plus particulièrement des troubles du comportement. Les résultats montrent que l'objectif principal lors de la mise en place d'une approche non-médicamenteuse est l'apaisement, la détente de la personne. Or, nous pouvons nous questionner sur cet apaisement. Il s'agit parfois de calmer après un comportement agitateur, perturbateur et permettre le retour à un état plus stable. Ou bien d'apaiser une personne qui ne montre pas de signes particuliers de troubles du comportement. Dans le premier cas, nous pouvons en déduire qu'il y a pour objectif une réduction des troubles comportementaux.

De ce point de vue, de nombreuses études ont démontré des effets positifs sur les personnes âgées atteintes de démences. Et notamment sur leur affect : « l'hypothèse qu'une participation active à des activités significatives adaptées aux besoins et capacités des personnes atteintes de démence favorise un affect plus positif et les activités Montessori semblent répondre à ces critères ». [30]

L'amélioration des fonctions exécutives est le deuxième objectif le plus cité par les ergothérapeutes interrogés. Comme expliqué précédemment, l'atteinte des fonctions exécutives est une caractéristique des troubles neurocognitifs majeurs, donc des démences.

Il est donc logique et intéressant que cet objectif apparaisse dans les résultats d'une étude visant un public de patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Ensuite la réduction des troubles psycho-comportementaux est également un objectif pour la majorité des ergothérapeutes interrogés. Ainsi, l'utilisation des approches et des techniques de thérapies non-médicamenteuses semble impacter positivement le comportement des individus âgés atteints de MAMA. En effet, il a été démontré que la participation à des activités non adaptées à leur capacités ou

besoins pouvaient rendre ces personnes « agitées, agressives ou apathiques ».[30] (Cf ANNEXE IX).

De plus, une étude portant sur le domicile des personnes atteintes de démences a démontré une réduction des SPCD « diminution des comportements perturbateurs et augmentation des aptitudes à la communication verbale » [35]

Pour finir, l'aspect du retour à domicile a apporté des réponses semblables de la part des ergothérapeutes interrogés. En effet, tous sont d'accord sur l'importance d'un proche aidant à domicile pour permettre le retour de la personne atteinte de démence. Comme cité dans la première partie, la loi à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) de décembre 2015 souligne également l'inclusion des aidants familiaux dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer.

De plus, le travail de l'ergothérapeute pour accompagner au retour à domicile est varié. Il va comprendre des évaluations des activités de la vie quotidienne, de la préconisation d'aides techniques ou humaines ainsi que des mises en situations écologiques. Sur ce dernier point, il est remonté de mes entretiens que les mises en situations ne sont pas toujours transposables surtout lorsqu'il s'agit de personnes ayant des troubles cognitifs majeurs. Ces mises en situations seraient plus transposables au domicile de la personne lorsqu'elles sont liées à l'environnement humain donc à l'aidant. C'est pourquoi, certains programmes comme le COTID sont mis en place par les ergothérapeutes. Concernant ces approches non-médicamenteuses, seulement un ergothérapeute a répondu clairement à l'affirmative que ces techniques pouvaient être extrapolables de l'institution au domicile.

Ainsi, les techniques de thérapies non-médicamenteuses sont aidantes pour l'accompagnement au retour à domicile mais restent peu utilisées au domicile même de la personne. Donc elles semblent peu facilitantes pour le maintien chez eux des patients atteints de démence d'après mes résultats.

Pour conclure, mes résultats ont fait ressortir l'importance du travail pluridisciplinaire, notamment lors de la mise en place de techniques de thérapies non-médicamenteuses. Les ergothérapeutes interrogés citent plus

particulièrement les psychomotriciens, les psychologues et les médecins entre-autres.

Ces approches se décomposent en différentes catégories ce qui implique que les thérapeutes peuvent se sentir plus compétents sur une en particulier et ainsi apporter leur spécificité.

9.2 Apport personnel et professionnel de la recherche

La réalisation de cet écrit m'a tout d'abord permis de comprendre le mécanisme et l'évolution d'une étude scientifique. En effet, cela se déroule en plusieurs étapes à ne pas négliger.

D'un point de vue personnel, ce travail de recherche m'a démontré l'efficacité d'une bonne organisation. J'ai fait évoluer mes capacités d'analyse mais aussi de rédaction et de synthèses d'informations. Ces capacités me seront très utiles dans le cadre de mon activité professionnelle notamment lors de rédactions de compte-rendu et de dossiers.

La recherche de données probantes scientifiques lors de ma première partie m'a permis d'acquérir des connaissances spécifiques sur un sujet qui m'a toujours intéressé et encore plus particulièrement depuis mon entrée en formation d'ergothérapie. Grâce aux entretiens que j'ai pu réaliser avec les ergothérapeutes travaillant dans ce secteur, j'ai mesuré l'importance de l'accompagnement des personnes atteintes de démence.

En effet, cette étude est une initiation à la recherche mais j'espère qu'elle pourra aider à prouver l'intérêt d'une prise en charge complète en ergothérapie auprès des personnes âgées ayant une démence et de leurs aidants.

9.3 Hypothèses de futures recherches et propositions

Je pense qu'il serait intéressant de continuer à réaliser des recherches sur l'utilisation et les effets de ces thérapies non-médicamenteuses. Autant au niveau national qu'international.

Ainsi, réaliser une étude scientifique concernant la complémentarité entre l'utilisation des thérapies non-médicamenteuses et les thérapies médicamenteuses pourrai compléter mon initiation de recherche. Comparer les bienfaits entre une prise en charge avec seulement un traitement médicamenteux, une prise en charge avec des traitements médicamenteux et des thérapies non-médicamenteuses et une autre prise en charge avec seulement des thérapies non-médicamenteuses.

Je pense également qu'il serait intéressant d'effectuer une recherche sur l'intérêt ou l'efficacité des TNM sur un symptôme en particulier. Par exemple sur les fonctions exécutives ou sur les hallucinations. Et de comparer avec des études scientifiques qui ont pu voir le jour dans d'autres pays.

En outre, des recherches peuvent tourner autour de l'apport de la pluridisciplinarité dans le domaine des TNM. Cela permettrait d'observer les complémentarités de chaque soignant intervenant dans son domaine respectif. En effet, un ergothérapeute ne mettra pas nécessairement les mêmes objectifs de prise en charge pour une activité de type Montessori® qu'un psychomotricien ou un enseignant en activité physique adaptée (EAPA). Ainsi, cela pourrait prouver l'intérêt des approches non-médicamenteuses de manière globale et pour toutes les professions médicales et paramédicales. Ainsi, je pense qu'il serait pertinent d'intégrer, dans les formations initiales d'ergothérapie et des métiers paramédicaux en France, une ou plusieurs formations spécifiques aux techniques de TNM (Snoezelen, Montessori, Validation). Cela favoriserait leur utilisation et donc un meilleur accompagnement des patients.

De plus, dans ma recherche, je me suis principalement axée sur des techniques de thérapies fréquemment utilisée en France mais il en existe d'autres moins utilisées comme l'écothérapie (Shinrin Yoku), ou encore les nouvelles technologies qui se développent (Paro®, Tovertafel®).

10. Conclusion

A l'aide de cette étude, j'ai pu établir un inventaire sur les démences, plus particulièrement la maladie d'Alzheimer et sur l'utilisation des techniques de thérapies non-médicamenteuses en France, en Belgique et au Canada.

Les symptômes psycho-comportementaux de la démence sont des troubles importants à prendre en compte lors de la prise en charge de ces personnes. En ergothérapie, bien sûr, mais dans toutes autres professions étant en contact avec elles. C'est pourquoi, l'ergothérapeute est un professionnel nécessaire à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants également.

Grâce aux huit entretiens semi-directifs que j'ai mené, j'ai pu clairement identifier la mise en pratique des techniques de thérapies non-médicamenteuses par les ergothérapeutes en gériatrie ainsi que la question du retour à domicile pour ces personnes.

L'analyse des résultats ainsi obtenus montre l'intérêt, pour les ergothérapeutes, de l'utilisation des TNM pour accompagner les personnes âgées souffrants de démences et notamment de symptômes psycho-comportementaux. En effet, il est ressorti que certaines techniques sont d'ailleurs souvent utilisées car elles peuvent être mises en œuvre sans formation particulière comme les stimulations sensorielles (musique, toucher, odorat). Ce qui favorise la participation occupationnelle des personnes dans une activité ou simplement lors de leur installation au fauteuil.

D'un autre côté le lien des TNM avec le domicile de la personne semble encore flou pour certains ergothérapeutes même si cela tend à s'améliorer.

Je pense que la mise en place d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et dans le cadre d'un accompagnement au retour à domicile serait très intéressant pour compléter mon travail de recherche. En effet, cela pourrait permettre de faire le lien entre les TNM et le domicile de manière beaucoup plus fluide. Et ainsi de permettre aux personnes et leurs aidants de se les approprier.

11. Bibliographie :

- [1] Bien vieillir. (s. d.). Consulté 17 mai 2021, à l'adresse /la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir
- [2] *La démence*. (s. d.). Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- [3] Plan Alzheimer 2008-2012-2pdf. Consulté 30 septembre 2020, à l'adresse https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
- [4] Découverte maladie Alzheimer : En savoir plus sur l'origine de la maladie. (s. d.). *Fondation Vaincre Alzheimer*. Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/decouverte/>
- [5] *Maladie d'Alzheimer : Comment la pathologie évolue au cours du temps ?* (s. d.). Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer/alzheimer-stades-evolution>
- [6] Maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer. (s. d.). *Fondation pour la Recherche sur Alzheimer*. Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/symptomes-et-diagnostic/maladies-apparentees/>
- [7] ANESM. (2013, mai). *Anesm_troubles_comportement_1.pdf*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_troubles_comportement_1.pdf
- [8] *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 17 mai 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-

et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-
perturbateurs

[9] HAS. (2009, mai). *LES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/1.6_alternatives_non_medicamenteuses_-_aide_memoire_ami_alzheimer.pdf

[10] Santé, M. des S. et de la, & Santé, M. des S. et de la. (2021, mai 17). *Les aidants et les proches*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/article/les-aidants-et-les-proches>

[11] HAS. (2012, février). *LES NEUROLEPTIQUES : Quelle place dans les troubles du comportement ?* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/3_aide_memoire_neuroleptiques_quelle_place_dans_les_tr_comportement_vf.pdf

[12] *Alzheimer: Aides matérielles et financières*. (s. d.). Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://www.vaincrealzheimer.org/aides-materielles-et-financieres/>

[13] Aides financières pour malade Alzheimer—Ooreka. (s. d.). Ooreka.fr. Consulté 30 septembre 2020, à l'adresse [//alzheimer.ooreka.fr/comprendre/aides-financieres-alzheimer](https://alzheimer.ooreka.fr/comprendre/aides-financieres-alzheimer)

[14] *L'adaptation de la société au vieillissement*. (s. d.). Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <http://www.ars.sante.fr/ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement>

- [15] Picard, O. (2014). *PROFIL ET BESOINS DES PROCHEs AIDANTS*. 18.
- [16] France Alzheimer. (2015). *Rapport étude, aidants en activité*.
<https://www.francealzheimer.org/wp-content/uploads/2018/02/Rapport-Etude-Aidants-en-activit%C3%A9-VF.pdf>
- [17] *Aidants : Une nouvelle stratégie de soutien*. (s. d.). Gouvernement.fr. Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://www.gouvernement.fr/aidants-une-nouvelle-strategie-de-soutien>
- [18] *Fiche pratique « Les solutions de répit » | Association Française des aidants*. (s. d.). Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://www.aidants.fr/fiche-pratique-solutions-de-repit>
- [19] *La profession – ANFE*. (s. d.). Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>
- [20] AFEG. (2015a). *Fiche de poste, Ergothérapeute DE au sein d'une Unité Cognitivo-comportementale*. http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche_poste/Fiche_AFEG_UCC.pdf
- [21] HAS. (2010, janvier). *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*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf

- [22] Guihard, J.-P. (2005). *Écologie thérapeutique ou thérapie écologique ?* 15.
- [23] Drunat, O., Lebert, F., Martin-Gaujard, G., Noblet-Dick, M., Roche, J., Strubel, D., Voisin, T., & Volpe-Gillot, L. (s. d.). *Les Unités Cognitivo-Comportementales*. 93.
- [24] HAS. (2018, mai). *PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE NEUROCOGNITIF ASSOCIÉ À LA MALADIE D'ALZHEIMER OU À UNE MALADIE APPARENTÉE*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_13_prevenir_troubles_comportement.pdf
- [25] Martin, C. (2011). Hypothèse. *Sociologie*. <http://journals.openedition.org/sociologie/930>
- [26] Luquel, « La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude » expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer ». Consulté le 16/01/2021.
- [27] Montessori, D. (2017, octobre 19). Alzheimer et pédagogie Montessori—Améliorer l'autonomie des patients. *Découvrir Montessori*. <https://decouvrir-montessori.com/pedagogie-montessori-adaptee-a-maladie-alzheimer/>
- [28] Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Bruxelles : De Boeck -Solal.
- [29] Feil, N. (2018). *Validation® : La méthode de Naomie Feil pour une vieillesse pleine de sagesse*.
- [30] Giroux, D. (2010). *L'approche Montessori utilisée avec des personnes atteintes de démence*.

- [31] *Ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : Le programme COTID | Union Professionnelle des Ergothérapeutes.* (s. d.). Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://www.ergo-upe.be/?q=node/990>
- [32] HAS. (2009, mai). *Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/1.6_alternatives_non_medicamenteuses_-_aide_memoire_ami_alzheimer.pdf
- [33] *Revue Médicale Suisse—La revue médicale francophone de référence pour la formation continue des médecins.* (s. d.). Revmed.ch. Consulté 17 mai 2021, à l'adresse <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-313/liberer-les-prescripteurs-de-leurs-prescriptions>
- [34] *Indicateurs de pratique clinique, outils et programmes (AMI-Alzheimer).* (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 5 mai 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1033507/fr/indicateurs-de-pratique-clinique-outils-et-programmes-ami-alzheimer
- [35] Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L., Dawson, J., Assey, J., *Snoezelen : Its long-term and short-term effects on older people with dementia.* British Journal of Occupational Therapy. 1997; vol.60 :213-218

ANNEXE I : Attitudes « Humanitude® »

| ATTITUDES DE COMMUNICATION ² | ATTITUDES DE SOINS | AUTRES INTERVENTIONS NON MEDICAMENTEUSES ³ |
|---|---|---|
| <p>RECOMMANDEES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attirer son attention : se mettre face au patient, établir un contact visuel, attirer son attention par exemple en lui prenant doucement la main • Utiliser des phrases courtes • Préférer les questions fermées • Utiliser les gestes pour faciliter la transmission du message • Répéter le message si un doute persiste quant à sa compréhension • Laisser le temps au patient pour qu'il puisse s'exprimer • Ne pas négliger le langage du corps : rester détendu, souriant • Inclure la personne dans la conversation • Savoir rester patient. <p>A EVITER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eviter les différentes sources de distraction (télévision, radio, etc.) lors de la communication avec le patient • Eviter de transmettre plusieurs messages à la fois • Ne pas hausser la voix • Pour les aidants professionnels, éviter d'être familier • Ne pas obliger le patient à faire ce qu'il n'a pas envie de faire ; dans ce cas, changer de sujet et réessayer plus tard | <p>RECOMMANDEES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chercher des alternatives lorsqu'un soin peut être à l'origine d'un trouble du comportement • Installer une routine adaptée à ses habitudes (ne pas l'obliger à prendre un bain s'il a l'habitude de se doucher, etc.) • Laisser au patient la possibilité de faire ses choix (par exemple pour les plats ou pour les vêtements). Ces capacités diminuent en fonction de l'évolution de la maladie. • Simplifier le quotidien au fur et à mesure de l'évolution de la maladie (par exemple, préférer les vêtements faciles à enfiler, éviter les plateaux-repas ou les tables trop encombrées, etc.) • Décliner les différentes tâches en plusieurs étapes (par exemple après le choix des vêtements, les présenter dans l'ordre de l'habillage) • Préserver l'intimité pour les soins et l'hygiène personnelle • Aider pour les soins d'hygiène corporelle, qui peuvent être un moment de tension : veiller à la température de la salle de bains et de l'eau, préparer les objets de toilette à l'avance (savon, gant, brosse à dents, etc.), respecter le besoin de pudeur du patient, lui donner une instruction à la fois, le prévenir avant de lui faire un soin comme lui laver le visage • Rassurer et reconforter la personne régulièrement lors d'un soin • Laisser faire les comportements qui ne dérangent pas, à condition qu'ils ne soient pas dangereux • Proposer une activité ou des alternatives qui ont une signification lorsqu'il existe certains troubles : pour une déambulation qui dérange proposer une autre activité répétitive comme plier le linge ; pour une agitation, proposer d'écouter de la musique ou regarder l'album photo personnel du patient, etc. • Laisser le patient se calmer lorsqu'il existe une agressivité verbale ou physique déclenchée par la présence de l'aidant <p>A EVITER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eviter de faire à la place du patient ce qu'il est encore capable de faire : rechercher les capacités restantes et les stimuler • Ne pas insister lorsque le patient ne veut pas faire l'action demandée, ne pas le raisonner | <ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit d'interventions sur la qualité de vie, sur le langage (orthophonie), sur la cognition (stimulation cognitive, revalidation cognitive), sur la stimulation sensorielle, sur l'activité motrice, sur les activités occupationnelles. • La musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle, la <i>Reality Orientation</i>, la <i>reminiscence therapy</i>, la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence simulée (vidéo familiale) et la luminothérapie pourraient améliorer certains aspects du comportement. • Des prises en charge globales peuvent associer plusieurs types d'interventions (psychomotricité, ergothérapie, etc.). Elles sont, tant en ambulatoire qu'en institution, un élément de la prise en charge thérapeutique globale. Elles peuvent être proposées à titre individuel ou collectif et doivent être pratiquées par un personnel formé. |

[23] Drunat, O., Lebert, F., Martin-Gaujard, G., Noblet-Dick, M., Roche, J., Strubel, D.,

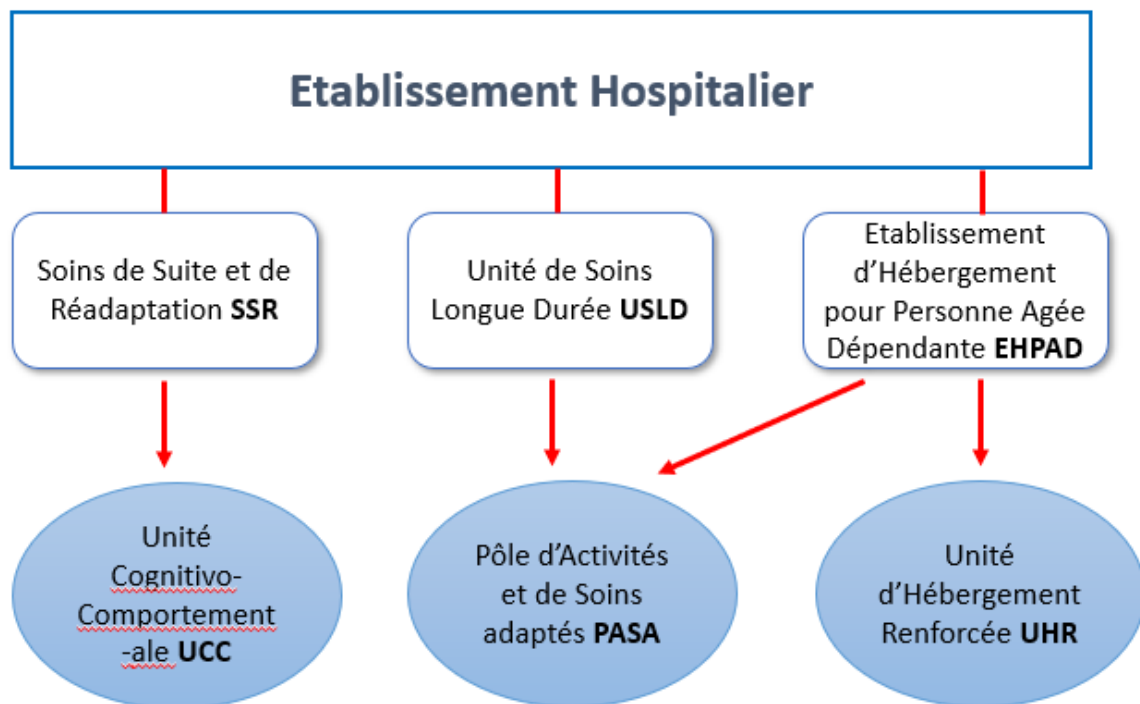
Voisin, T., & Volpe-Gillot, L. (s. d.). *Les Unités Cognitivo-Comportementales*. 93.

ANNEXE II : Approches non-médicamenteuses

| Tableau 2 – Approches non médicamenteuses. | |
|---|---|
| Adapter l'environnement | Changer l'approche relationnelle |
| <ul style="list-style-type: none"> • Une architecture sécurisée et adaptée à la déambulation • Des stimuli contrôlés | <ul style="list-style-type: none"> • Des techniques de communication • Un soin institutionnel • La formation des soignants • L'information et le soutien des aidants |
| Ateliers thérapeutiques | |
| Approches sensorielles | Approches motrices |
| <ul style="list-style-type: none"> • Musicothérapie • Luminothérapie • Aromathérapie • Massage et toucher • Relaxation • Stimulation multisensorielle = Snoezelen | <ul style="list-style-type: none"> • Kinésithérapie • Ergothérapie • Psychomotricité • Activité physique |
| Approches portant sur la cognition | Approches occupationnelles |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rééducation de l'orientation = <i>reality orientation therapy</i> • Stimulation cognitive • Orthophonie | <ul style="list-style-type: none"> • Lecture du journal du jour • Photos souvenir • Activité bien-être : massage, manucure • Activité manuelle : coloriage, dessin, pâte à modeler • Promenade • Musique • Relaxation, respiration |
| Approches psycho-sociales | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Art-thérapie • TCC et revalidation cognitive • Réminiscence • Thérapie par empathie = validation • Psychothérapie | <ul style="list-style-type: none"> • Thérapie familiale systémique • Thérapie par présence stimulée • Thérapie assistée par l'animal • Méthode Montessori |

[23] Drunat, O., Lebert, F., Martin-Gaujard, G., Noblet-Dick, M., Roche, J., Strubel, D., Voisin, T., & Volpe-Gillot, L. (s. d.). *Les Unités Cognitivo-Comportementales*. 93.

ANNEXE III : Exemple d'organisation de services hospitaliers gériatriques



Ci-dessus, schéma simplifié que j'ai réalisé : Exemple d'organisation de services dans un centre hospitalier.

ANNEXE IV : Mail envoyé aux ergothérapeutes travaillant en gériatrie.

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de Clermont Ferrand (63). Je cherche à prendre contact avec des ergothérapeutes travaillant (ou ayant travaillé) avec des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou apparentées) et ayant accompagné au retour à domicile d'un de ces patients.

En effet, le sujet de mon mémoire traite de l'utilisation des techniques de thérapies non-médicamenteuses auprès de cette population dans le cadre d'un accompagnement en vue d'un retour à domicile.

Si ces critères vous incluent et que vous êtes intéressé, merci de répondre à cet e-mail. Nous pourrions ensuite fixer une date pour un éventuel entretien.

Cordialement.

Bion Charlène

ANNEXE V : Objectifs des entretiens

- Voir si les ergothérapeutes utilisent les méthodes de thérapies non-médicamenteuses auprès des personnes âgées souffrant de démences.
- Voir si l'utilisation de ces thérapies induisent une modification des symptômes psycho-comportementaux de la démence.
- Voir si l'accompagnement pour le retour à domicile et l'utilisation de ces thérapies sont liés.

Si les ergothérapeutes utilisent ce genre de thérapies lors de leur accompagnement pour le retour à domicile d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (ou apparentées) et que cela permet une réduction des troubles du comportement, alors mon hypothèse de recherche est validée.

ANNEXE VI : Grille d'entretien

| <u>Questions</u> | <u>Relances</u> |
|--|--|
| 1- Quel est le profil des patients atteints de la MAMA que vous prenez en charge ? | <ul style="list-style-type: none"> - Stade d'évolution, - Troubles les plus fréquents |
| 2- Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui, lequel ? | <ul style="list-style-type: none"> - Liberté de déambuler dans le service - Participer aux activités extérieures, quelles conditions ? |
| 3- Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression de troubles SPCD ? | <ul style="list-style-type: none"> - Incompréhension dans certaines situations - Mauvaise tolérance parfois - Font preuve de patience et d'empathie |
| 4- Utilisez-vous souvent les thérapies non-médicamenteuses dans votre prise en charge de ses patients ? | <ul style="list-style-type: none"> - Une fois ou plus par jour - Plusieurs fois par semaine - Peu souvent |
| 5- Comment avez-vous mis en place les thérapies de ce genre dans votre service ? | <ul style="list-style-type: none"> - Avec qui ? - Avec quoi ? |
| 6- Avec quel objectif ? | <ul style="list-style-type: none"> - Insertion des aidants dans la PEC - RAD si vous vous en occupez - Continuité du parcours de soin (EHPAD, unité spécialisée...) |
| 7- Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ? | <ul style="list-style-type: none"> - Liens entre ce qui est fait en structure (TNM) avec domicile - Liens avec les aidants - Réduction des troubles |

| | |
|---|---|
| | |
| 8- Faites-vous des liens entre les thérapies non-médicamenteuses appliquées en hospitalisation et le domicile de la personne ? | <ul style="list-style-type: none">- Session à domicile pour montrer aux aidants (formation aux aidants pourrait être une piste ?)- Pistes pour le domicile (ex : toilette avec musique, favoriser bains à la douche) |

ANNEXE VII : Grilles d'analyse longitudinale

Rappel : Pour permettre de conserver l'anonymat des ergothérapeutes interrogés j'ai choisi de nommer les huit sujets : E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8.

E1 :

| | |
|---|--|
| <p><u>Question 1</u> : Quel est le profil des patients atteints de MAMA que vous prenez en charge ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Peu de démences apparentées (Alzheimer ou démences vasculaires) - Désorientations temporo-spatiales - Troubles de la mémoire... - Troubles du langage (manque du mot) - Gnosies - Fonctions exécutives - Stade qui est débutant à modéré, j'ai des stades très sévères aussi |
| <p><u>Question 2</u> : Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui lequel ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - HDJ on va proposer les activités à la journée - On mange tous ensemble - Après-midi ils font des séances plus douces |
| <p><u>Question 3</u> : Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression des SPCD ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pas toujours très bien compris - Soignants ne sont pas forcément très bien formés aux troubles du comportements - Pas forcément réagir de manière adaptée |
| <p><u>Question 4</u> : Utilisez-vous souvent les techniques de thérapie non-médicamenteuse dans vos prises en charges ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - On ne l'utilise pas forcément beaucoup mais je sais que pour une patiente ça nous a vraiment aidé |
| <p><u>Question 5</u> : Comment avez-vous mis en place ces thérapies dans votre service ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ponctuellement |
| <p><u>Question 6</u> : Avec quels objectifs ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Moins apathique - Détendre - Améliorer l'orientation - Travailler l'équilibre, la marche - Fonctions exécutives |
| <p><u>Question 7</u> : Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - En hospitalisation on intègre les aidants - S'il n'y a pas de proche aidant c'est compliqué d'envisager un retour à domicile - Transmettre des informations sur les structures de répit, sur les aides qu'ils peuvent avoir |
| <p><u>Question 8</u> : Faites-vous des liens entre les thérapies non-médicamenteuses appliquées</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Transmettre sur ce qu'on met en place avec la personne au quotidien |

| | |
|--|--|
| en hospitalisation et le domicile de la personne ? | |
|--|--|

E2 :

| | |
|---|--|
| <p><u>Question 1</u> : Quel est le profil des patients atteints de MAMA que vous prenez en charge ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Perte d'autonomie - Pertes de mémoire, - Désorientation temporo-spatiale - Troubles au niveau praxique - Déambulent - Troubles cognitifs majeurs - Stades entre modérés et sévères |
| <p><u>Question 2</u> : Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui lequel ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Peuvent déambuler - Gel hydroalcoolique, tout ce qui est dangereux, en hauteur - Pas le droit à tous les couverts |
| <p><u>Question 3</u> : Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression des SPCD ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Incompréhensions - Soignants sont ouverts aux échanges |
| <p><u>Question 4</u> : Utilisez-vous souvent les techniques de thérapie non-médicamenteuse dans vos prises en charges ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Oui j'essaie d'utiliser beaucoup d'activités - Me former à Snoezelen - J'aimerais mettre en place une activité Montessori - Bien 50% voire plus de mes accompagnements - Même quand je fais du positionnement j'essaie toujours de mettre une activité autour |
| <p><u>Question 5</u> : Comment avez-vous mis en place ces thérapies dans votre service ?</p> | <p>Avec le médecin, pour argumenter le pourquoi et les effets positifs, essayer de faire évoluer un projet avec les patients</p> |
| <p><u>Question 6</u> : Avec quels objectifs ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Stimuler tout ce qui est sensoriel - Retour sur leurs habitudes de vie - Aux praxies - Eviter le trop d'émotions - Réduire les troubles du comportement |
| <p><u>Question 7</u> : Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de liens avec la famille - Mises en place : pour limiter les risques au quotidien par rapport à la déambulation - Visite à domicile - Lit Alzheimer pour éviter les chutes - Informations sur l'avancée de la maladie, engendrer comme troubles du comportement |

E3 :

| | |
|--|---|
| <p><u>Question 1</u> : Quel est le profil des patients atteints de MAMA que vous prenez en charge ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Apragmatiques - Manque du mot - Pas conscient de leurs troubles - Désinhibés - Enervés - Syndromes de glissement |
| <p><u>Question 2</u> : Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui lequel ?</p> | <p>Non, pas spécialement</p> |
| <p><u>Question 3</u> : Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression des SPCD ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pas forcément les plus à même de gérer ces troubles - Envoi très vite la psychologue pour pouvoir gérer - Redirige souvent vers un médecin |
| <p><u>Question 4</u> : Utilisez-vous souvent les techniques de thérapie non-médicamenteuse dans vos prises en charges ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Techniques de relaxation - Ressemblent un peu à du Snoezelen® - Pratiques sportives ou des pratiques en lien avec leur métier |
| <p><u>Question 5</u> : Comment avez-vous mis en place ces thérapies dans votre service ?</p> | <p>Ponctuellement</p> |
| <p><u>Question 6</u> : Avec quels objectifs ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Réduire les troubles psycho-comportementaux - L'apaisement - Objectifs de réminiscence |
| <p><u>Question 7</u> : Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ?</p> | <p>Parfois on demande aux aidants de venir participer sur quelques bouts de séances</p> |
| <p><u>Question 8</u> : Faites-vous des liens entre les thérapies non-médicamenteuses appliquées en hospitalisation et le domicile de la personne ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Une continuité avec ce que nous on a proposé - Expliquer l'intérêt, à quel moment ils peuvent le mettre en place et du coup essayer de leur donner la main sur ces thérapies non-médicamenteuses |

E4 :

| | |
|---|--|
| <p><u>Question 1</u> : Quel est le profil des patients atteints de MAMA que vous prenez en charge ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Troubles qui sont modérés - Déambulent - Difficultés à canaliser - Troubles cognitifs qui sont avancés |
| <p><u>Question 2</u> : Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui lequel ?</p> | <p>Liberté de déambuler</p> |
| <p><u>Question 3</u> : Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression des SPCD ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - L'incompréhension - On est aussi là pour remettre dans le contexte, travail avec la psychologue - Pas tellement de bagages les soignants pendant ces temps de crise |
| <p><u>Question 4</u> : Utilisez-vous souvent les techniques de thérapie non-médicamenteuses dans vos prises en charge ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Tout le temps les occuper - Choses vraiment concrètes - Bains thérapeutiques, on a une petite salle « Zen », Sorties marché, activités culinaires... |
| <p><u>Question 5</u> : Comment avez-vous mis en place ces thérapies dans votre service ?</p> | <p>Pour l'activité jardinage : travail de préparation, parler un petit peu des méthodes : à quel moment de l'année on le plante, à quelle saison.</p> <p>Listing des outils puis on plante.</p> |
| <p><u>Question 6</u> : Avec quels objectifs ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Limiter la désorientation spatio-temporelle - Limiter la déambulation - Engagement dans l'activité - Réduire ces phases d'anxiété - Limiter cette agressivité verbale et comportementale |
| <p><u>Question 7</u> : Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pas avec un niveau de démence élevé - Communication avec la famille - Cibler les difficultés, le risque de chute - Téléalarme et les dispositifs |

| | |
|---|--|
| | apartés - Intégrer les aidants |
| <u>Question 8</u> : Faites-vous des liens entre les thérapies non-médicamenteuses appliquées en hospitalisation et le domicile de la personne ? | Adapter une activité que nous on peut faire en EHPAD à la maison avec des petites astuces. |

E5 :

| | |
|--|---|
| <p><u>Question 1</u> : Quel est le profil des patients atteints de MAMA que vous prenez en charge ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Troubles du comportement, de la mémoire - Désorientation - Déambulation - Dyspraxie - Angoisses |
| <p><u>Question 2</u> : Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui lequel ?</p> | <p>Ils peuvent déambuler mais beaucoup de contentions malheureusement</p> |
| <p><u>Question 3</u> : Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression des SPCD ?</p> | <p>Y'en a qui prennent le temps avec eux de les apaiser et de les rassurer, puis y'en a qui laissent faire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne sont pas forcément formées - Accumulation surtout en ce moment - Dépend quels troubles, si c'est de la déambulation, elles laissent faire |
| <p><u>Question 4</u> : Utilisez-vous souvent les techniques de thérapie non-médicamenteuses dans vos prises en charge ?</p> | <p>C'est surtout dans les équipes finalement qu'il y a des activités.</p> |
| <p><u>Question 5</u> : Comment avez-vous mis en place ces thérapies dans votre service ?</p> | <p>Sur la base de la spontanéité, sans calendrier précis.</p> |
| <p><u>Question 6</u> : Avec quels objectifs ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - S'investir en fait dans la vie de l'EHPAD - L'apaisement - Améliorer fonctions exécutives - Améliorer fonctions cognitives |
| <p><u>Question 7</u> : Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Aides humaines en place - Collaboration avec l'assistante sociale - Faire une évaluation un peu globale pour voir ce qu'il va falloir mettre en place - Horloge numérique, des sonneries quand c'est l'heure de manger, la téléassistance - Armoire pour bien séquencer |
| <p><u>Question 8</u> : Faites-vous des liens entre les thérapies non-médicamenteuses appliquées en hospitalisation et le domicile de la personne ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Accueils de jour - Association, CLIC - France Alzheimer qui propose des activités, des journées en familles, des conférences |

| | |
|---|--|
| | |
| E6 : | |
| <u>Question 1</u> : Quel est le profil des patients atteints de MAMA que vous prenez en charge ? | Avec des troubles cognitifs. |
| <u>Question 2</u> : Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui lequel ? | <ul style="list-style-type: none"> - Badge pour rentrer dans le service - Les portes ont été peintes avec des arbres dessus - Possibilité de participer au PASA |
| <u>Question 3</u> : Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression des SPCD ? | <ul style="list-style-type: none"> - Malheureusement, pas très adaptée - Parfois, réactions qui sont très brusques |
| <u>Question 4</u> : Utilisez-vous souvent les techniques de thérapie non-médicamenteuse dans vos prises en charges ? | <ul style="list-style-type: none"> - Je n'ai pas de formations par rapport à ça - Important de faire des choses concrètes |
| <u>Question 5</u> : Comment avez-vous mis en place ces thérapies dans votre service ? | Surtout des aides-soignants qui ont des postes en journée |
| <u>Question 6</u> : Avec quels objectifs ? | <ul style="list-style-type: none"> - D'amélioration du comportement - Amélioration du côté émotionnel |
| <u>Question 7</u> : Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ? | <p>Voir s'il y a déjà des AT de mises en place, des barres d'appuis, lit médicalisé, chaise pot, s'il y a des aides humaines.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les AT spécialisées Alzheimer comme - Le parcours lumineux, le pilulier - Visite à domicile. - Possibilité de prise en charge pour l'APA ou l'ANA |
| <u>Question 8</u> : Faites-vous des liens entre les thérapies non-médicamenteuses appliquées en hospitalisation et le domicile de la personne ? | <ul style="list-style-type: none"> - Mises en situation écologiques - Se rapprocher le plus possible de comment elle va vivre chez elle - Pas toujours possible (habitudes de vie différentes) |

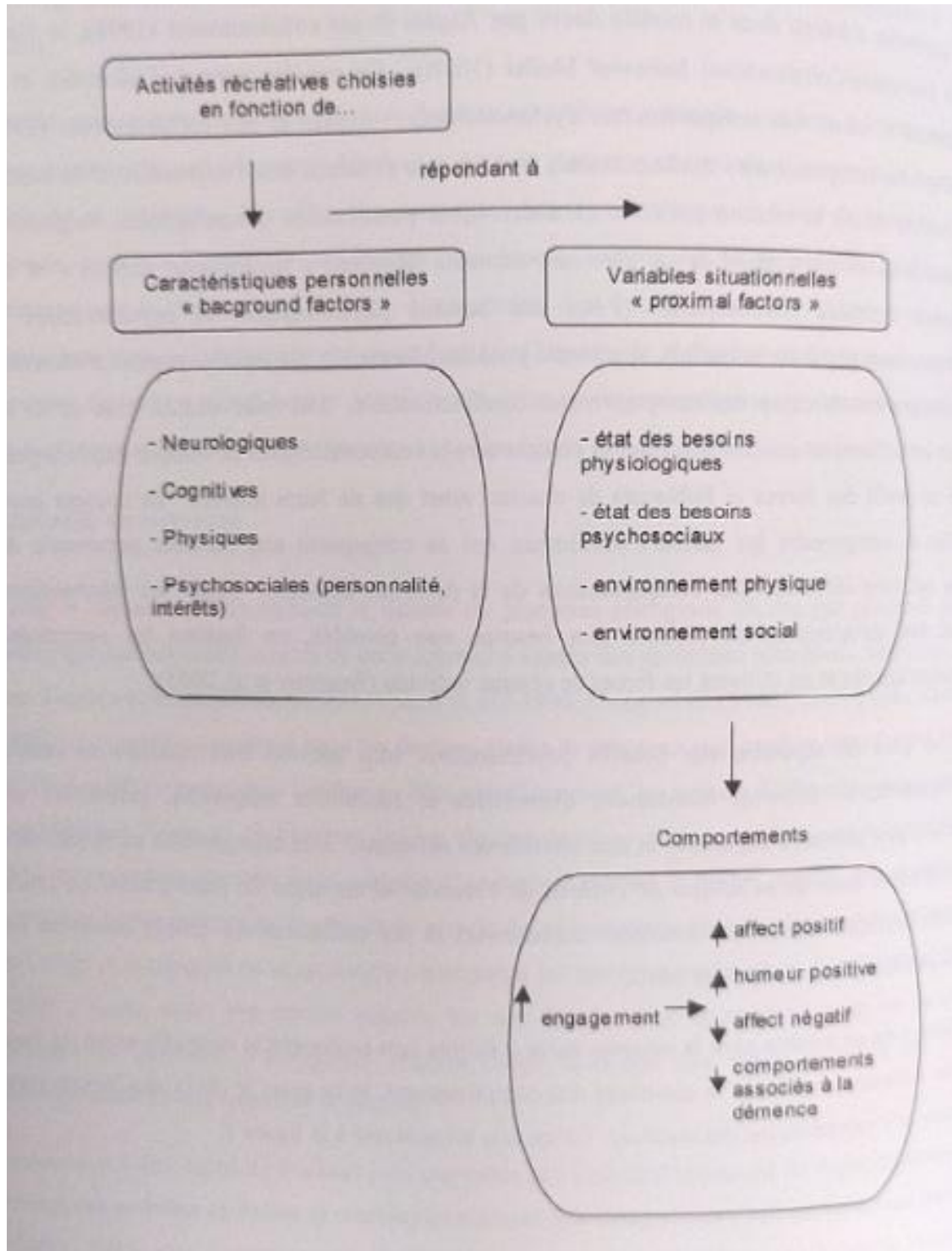
E7 :

| | |
|--|---|
| <p><u>Question 1</u> : Quel est le profil des patients atteints de MAMA que vous prenez en charge ?</p> | <p>40 et 50% de patients qui ont des troubles évolués et des troubles de mémoire</p> |
| <p>Question 2 : Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui lequel ?</p> | <p>Non.</p> |
| <p><u>Question 3</u> : Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression des SPCD ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Très compliqué dans le service - De plus en plus de formations sur l'agressivité, pour pouvoir les prendre plus facilement en charge |
| <p><u>Question 4</u> : Utilisez-vous souvent les techniques de thérapie non-médicamenteuse dans vos prises en charges ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Utilise l'Humanitude mais faut avoir le temps - S'il y a une difficulté pour la toilette, souvent je peux intervenir |
| <p><u>Question 5</u> : Comment avez-vous mis en place ces thérapies dans votre service ?</p> | <p>On ne fait que du ponctuel</p> |
| <p><u>Question 6</u> : Avec quels objectifs ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Détendre - Reprendre des repères au sein de l'établissement - Pouvoir rassembler des personnes |
| <p><u>Question 7</u> : Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Par rapport aux troubles de la mémoire, par rapport à leurs comportements - Précautions de sécurité à prendre et on va mettre en place pour qu'il y ai un maximum de passage d'aides Humaines à la maison |
| <p><u>Question 8</u> : Faites-vous des liens entre les thérapies non-médicamenteuses appliquées en hospitalisation et le domicile de la personne ?</p> | <p>Je donne à la famille les papiers de l'ARZAT où il y a tout qui est mentionné pour que l'aidant puisse avoir des vacances, un groupe de parole.</p> <p>Cette association propose aussi des activités pour le patient ce qui fait que la famille s'en va avec le maximum d'informations.</p> <p>C'est dit aussi à la famille si le patient il lit en écriture sinon en pictogrammes, en images...</p> |

E8 :

| | |
|---|--|
| <u>Question 1</u> : Quel est le profil des patients atteints de MAMA que vous prenez en charge ? | <ul style="list-style-type: none">- Troubles moteurs- Troubles du comportement très importants |
| <u>Question 2</u> : Un cadre spécial a-t-il été mis en place pour ces patients ? Si oui lequel ? | Non pas spécialement |
| <u>Question 3</u> : Comment les professionnels du service réagissent face à l'expression des SPCD ? | <ul style="list-style-type: none">- Equipes tellement épuisées dans les EHPAD- Pas assez nombreux- C'est vécu parfois comme « ben ça crie, ça crie » et laissent faire les comportements |
| <u>Question 4</u> : Utilisez-vous souvent les techniques de thérapie non-médicamenteuse dans vos prises en charges ? | <ul style="list-style-type: none">- Le programme COTID- Ce n'est pas au thérapeute de décider et de hiérarchiser de ce qui est le plus important pour le patient- Fonctionne d'autant plus les TNM qu'on est sur ce qui a du sens pour la personne |
| <u>Question 5</u> : Comment avez-vous mis en place ces thérapies dans votre service ? | On va moins être sur des choses générales, sur réintroduire une routine du matin |
| <u>Question 6</u> : Avec quels objectifs ? | <ul style="list-style-type: none">- Améliorer l'autonomie- Les fonctions exécutives |
| <u>Question 7</u> : Comment accompagnez-vous ces patients et leur proche aidant en vue d'un retour à domicile ? | Quand c'est trop lié à l'environnement matériel ce n'est pas transposable, mais quand c'est lié à l'environnement humain ça l'est. L'aidant tu peux le former. |
| <u>Question 8</u> : Faites-vous des liens entre les thérapies non-médicamenteuses appliquées en hospitalisation et le domicile de la personne ? | Par des mises en situations écologiques mais cela ne fonctionne pas toujours. |

ANNEXE VIII : Modèle de comportement de la démence axé sur les besoins (Algase et al, 1996)



Résumé

Contexte : Actuellement, aucune étude scientifique ne démontre le rôle et l'efficacité des thérapies non-médicamenteuses (TNM) pour accompagner au retour à domicile un patient ayant la maladie d'Alzheimer. Le but de cette étude était de déterminer si ces thérapies non-médicamenteuses peuvent aider à réduire les troubles du comportement et ainsi aider le retour à domicile des personnes âgées atteintes de démence.

Méthodes : Huit ergothérapeutes ont participé à cette étude. Il y avait deux critères d'inclusion. Les participants devaient avoir travaillé avec des personnes ayant des démences et ils devaient avoir accompagné au retour à domicile d'au moins un de ces patients. J'ai réalisé des entretiens pour voir comment les ergothérapeutes travaillent au quotidien.

Résultats : La majorité des ergothérapeutes interrogés utilisaient ces TNM dans le but de réduire les troubles du comportement et cela fonctionnait. De plus, tous les participants m'ont dit faire des liens avec les aidants et parfois même leur apprendre comment utiliser les techniques de thérapies non-médicamenteuses au domicile.

Conclusion : L'étude montre que, parfois, les techniques de TNM peuvent réduire les troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démence. De plus, les apprendre aux aidants pourrait être une solution pour créer un lien entre l'institution et le domicile, mais cela est encore peu pratiqué.

Mots-clés : Démence, Thérapies non-médicamenteuses, Retour à domicile, Ergothérapie, Troubles du comportement, Aidant.

Abstract

Background : Currently, no scientific study demonstrates the role and the effectiveness of non-pharmacological therapies (NPT) to take care of patients with Alzheimer's disease at home. The purpose of this study was to determine if these non-pharmacological therapies can help to reduce behavior disorder and, therefore help elderly people with dementia to return home.

Methods : Eight occupational therapists participated in this study. There were two criteria of participation. The participants must have worked with people suffering from dementia and they must have taken care of at least one of these patients back home. I have carried out interviews to see how occupational therapists work in their daily life.

Results : The majority of occupational therapists interviewed used these NPT in order to reduce behavior disorder and it worked. In addition, every participant said that they create links with the caregivers and sometimes teach them how to use non-pharmacological therapies at home.

Conclusion : The study showed that sometimes, NPT techniques can reduce behavior disorders for elderly people who suffer from dementia. Furthermore, teaching this technique to the caregivers may be a solution to create a link between the hospitalization and home care, but it is still little practiced.

Key-words : Dementia, Non-pharmacological therapies, Return home, Occupational therapy, Behavior Disorder, Caregiver.