

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

FONTEIX Florine

UE 6.5 : Evaluation de la pratique  
professionnelle et recherche

3 Juin 2016

Mémoire de fin d'étude :

Collaboration entre l'ergothérapeute et le  
musicothérapeute dans la prise en soins de la  
maladie d'Alzheimer en PASA

\*signature provisoire, le nom de la région sera fixé par décret en conseil d'Etat avant le 1er octobre 2016, après avis du Conseil Régional

## Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidées et accompagnées dans la réalisation de ce mémoire de fin d'étude.

Tout d'abord, je remercie Mylène Grisoni, Ergothérapeute à Montpellier. En tant que Directrice de mémoire, elle m'a guidée dans le cheminement de ce travail et a répondu à mes questionnements lorsque je rencontrais des difficultés.

Je remercie également Manu, Pamela et Julia, les ergothérapeutes qui ont participé à cette étude en acceptant de faire des entretiens téléphoniques. Leurs réponses ont permis de mener à bien ce mémoire.

De plus, je remercie les deux ergothérapeutes et les trois musicothérapeutes qui ont répondu aux questionnaires de l'étude exploratoire à petite échelle ce qui m'a permis de mieux comprendre le rôle de chaque profession et de montrer l'utilité socio-professionnelle de mon sujet.

D'autre part, je remercie Magalie Peytavin, directrice de l'IUFE d'Auvergne, Marie Grillon et Céline Dautat, ergothérapeutes et formatrices à l'IUFE, pour l'accompagnement de l'ensemble de ma promotion et moi-même dans la réalisation du mémoire.

Enfin, je remercie mon compagnon et ma famille de m'avoir toujours encouragée et soutenue pendant mes études et la construction de ce mémoire.

## Sommaire

Introduction.....	4
1. Problématique pratique.....	6
1.1. La maladie d'Alzheimer.....	6
1.1.1. Définition.....	6
1.1.2. Les symptômes.....	7
1.1.2.1. Les symptômes cognitifs.....	7
1.1.2.2. Les symptômes comportementaux.....	8
1.1.3. L'évolution.....	8
1.1.4. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.....	8
1.1.5. La mise en place du plan de soin.....	10
1.2. L'ergothérapie.....	12
1.2.1. Définition.....	12
1.2.2. Lieux d'intervention de l'ergothérapeute.....	12
1.2.3. Le rôle de l'ergothérapeute dans la maladie d'Alzheimer.....	11
1.3. La musicothérapie.....	14
1.3.1. Définition.....	14
1.3.2. Le bilan psychomusical et les objectifs.....	14
1.3.3. Deux méthodes.....	15
1.3.4. La musicothérapie et la maladie d'Alzheimer.....	16
1.4. Utilité sociale et professionnelle.....	19

2. Problématique théorique.....	22
2.1. Présentation du MDH-PPH.....	22
2.1.1. Première version du MDH-PPH (1998).....	22
2.1.2. Présentation du MDH-PPH 2 (2010).....	23
2.2. La collaboration interprofessionnelle : Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (2010).....	24
2.3. La qualité de vie : Pyramide des besoins de Maslow (1943).....	27
3. Méthodologie.....	28
4. Analyse des résultats.....	29
4.1. Présentation des personnes interrogées.....	29
4.2. Analyse longitudinale.....	30
4.3. Analyse transversale.....	44
5. Discussion.....	47
5.1. Analyse des résultats et liens avec les problématiques pratique et théorique	47
5.2. Réponse à la question de recherche .....	49
5.3. Critique et biais de la méthode de recherche .....	49
5.4. Ouverture.....	50
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	53

## Introduction

Dans le cadre de mes études en ergothérapie, je réalise un mémoire de fin d'étude. Le thème de mon mémoire est **le rôle de l'ergothérapie et de la musicothérapie dans la prise en soins de la maladie d'Alzheimer**. J'ai choisi ce thème car j'ai un intérêt particulier pour la musique (je pratique le chant depuis trois ans) et je m'intéresse beaucoup aux effets positifs qu'elle peut avoir sur l'Homme. D'autre part, la maladie d'Alzheimer est de plus en plus répandue et est un problème majeur de santé publique.

La première étape dans la réalisation du mémoire a été de rédiger une revue de littérature [Annexe I] afin de dresser un ensemble de connaissances concernant le rôle de l'ergothérapeute et du musicothérapeute dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Ce travail m'a permis de constater que la prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer est primordiale puisque les traitements médicamenteux ne sont pas toujours efficaces. L'ergothérapie et la musicothérapie font parties des interventions psycho-sociales et non pharmacologiques recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en cas de troubles du comportement, pour éviter le recours aux antipsychotiques ou autres psychotropes. Plusieurs études ont montré l'utilité de ces deux interventions dans la maladie d'Alzheimer : la musicothérapie permettrait de diminuer les troubles du comportement, de stimuler la communication et de favoriser le rappel autobiographique en agissant sur les émotions ; l'ergothérapie permettrait surtout d'améliorer le fonctionnement quotidien et donc de favoriser l'autonomie mais elle participe aussi à l'amélioration de la communication et au ralentissement de la dégénérescence cognitive.

Suite à cette revue de littérature, je me suis demandée si la collaboration entre un ergothérapeute et un musicothérapeute pouvait être intéressante dans la prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux de la maladie d'Alzheimer. A partir de cela, j'ai pu formuler ma question d'étude :

**Quel est le rôle de l'ergothérapie et de la musicothérapie dans la prise en soins de la maladie d'Alzheimer ?**

La première partie de mon mémoire de recherche, la problématique pratique, est un état des lieux des connaissances actuelles concernant trois axes d'étude : la musicothérapie, l'ergothérapie et la maladie d'Alzheimer. Afin de recueillir des informations supplémentaires sur le rôle de l'ergothérapeute et du musicothérapeute dans la maladie d'Alzheimer et sur l'utilité socio-professionnelle de mon sujet de mémoire, j'ai réalisé une étude exploratoire à petite échelle auprès de musicothérapeutes et d'ergothérapeutes. A l'issue de cette problématique pratique, j'ai pu formuler ma question de recherche : **En quoi la collaboration entre un musicothérapeute et un ergothérapeute pourrait être pertinente dans l'amélioration de la prise en soins des troubles cognitifs et comportementaux de la maladie d'Alzheimer en PASA ?** La deuxième partie du mémoire est la problématique théorique dans laquelle j'ai développé trois concepts en lien avec la question de recherche : le Modèle de Développement Humain-Processus de Production du Handicap 2 (MDH-PPH 2) de Patrick Fougeyrollas, la Qualité de vie d'Abraham Harold Maslow et la Collaboration Interprofessionnelle d'après le Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). La troisième partie correspond à la description de la méthode utilisée pour répondre à ma question de recherche : j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. La quatrième partie consiste à une analyse longitudinale puis une analyse transversale des résultats. La cinquième partie est la discussion permettant de faire des liens entre les résultats et les problématiques pratique et théorique, une critique de la méthodologie et une ouverture sur mon sujet de recherche. Enfin, la conclusion répond à la question de recherche et rappelle les points les plus importants de mon mémoire.

## 1. Problématique pratique

### 1.1. La maladie d'Alzheimer

#### 1.1.1. Définition

La maladie d'Alzheimer a été découverte en 1906 par Aloïs Alzheimer. C'est une affection du cerveau dite « neuro-dégénérative », c'est-à-dire qu'elle entraîne une disparition progressive des neurones.

Selon un article de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) publié en 2014 [1], la maladie d'Alzheimer est rare avant l'âge de 65 ans. Environ 2 % des cas surviennent avant cet âge, essentiellement chez des personnes atteintes de formes familiales héréditaires rares.

D'après l'association France Alzheimer [2], la maladie d'Alzheimer correspond à un vieillissement physiologique anormal du cerveau produisant des plaques séniles ou plaques amyloïdes, et une dégénérescence neurofibrillaire. Ces deux modifications se trouvent en quantité anormalement importante chez un malade atteint d'Alzheimer. La plaque sénile est un agrégat anormal de neurones ou d'autres cellules cérébrales mortes ou en train de mourir. Une concentration trop élevée de ces plaques devient toxique pour les cellules nerveuses. La dégénérescence neurofibrillaire correspond à une accumulation trop importante de filaments protéiniques à l'intérieur du neurone. Ce dysfonctionnement est dû à la protéine Tau qui étouffe les cellules cérébrales saines et provoque éventuellement leur mort. Plus la personne malade est dans un stade avancé de la maladie, plus ses neurones sont abîmés. Le dysfonctionnement de cette protéine serait donc responsable de la perte neuronale du patient.

La maladie d'Alzheimer est donc une affection neuro-dégénérative qui entraîne une détérioration progressive et définitive des cellules nerveuses provoquant, une démence sénile.

D'après un article de la revue Santé Médecine publié en 2015 [3], elle est la plus fréquente des maladies dégénératives du cerveau chez les personnes vivant dans les pays développés : elle représente près de trois quarts de l'ensemble des démences. Les

démences sont responsables de plus de 50 % des situations de dépendance des personnes âgées.

Selon l'étude de Graff Maud J.L. et al. publiée en 2011 dans la Revue Ergothérapie [4], la maladie d'Alzheimer entraîne des conséquences pour les patients et les aidants : la perte d'indépendance, de l'initiative et de la participation influent sur la qualité de vie, le sentiment d'impuissance, l'isolement social et la perte d'autonomie des aidants. La maladie d'Alzheimer est une des principales sources de coûts pour les systèmes de santé et sociaux dans les pays développés. Les traitements médicaux ne sont toujours pas efficaces.

### 1.1.2. Les symptômes

D'après l'association France Alzheimer[5], la maladie d'Alzheimer est caractérisée par des symptômes cognitifs et comportementaux.

#### 1.1.2.1. Les symptômes cognitifs

La maladie d'Alzheimer entraîne des troubles de la mémoire . Le premier trouble qui apparaît concerne surtout la mémoire épisodique (événements récents). Mais cette maladie touche aussi la mémoire de travail, la mémoire à long terme, la mémoire sémantique et la mémoire procédurale.

Elle provoque également des troubles du langage ou aphasies qui correspondent à une perte partielle ou totale de la capacité à communiquer. En effet, ces troubles concernent les capacités à comprendre le langage et/ou parler. L'incapacité à parler se développe par étapes successives. La compréhension est conservée plus longtemps que l'expression mais les capacités de compréhension du langage diminuent aussi avec le temps.

La maladie d'Alzheimer induit des troubles des gestes ce qui correspond à une incapacité à exécuter des gestes de la vie quotidienne. La personne atteinte de cette maladie devient donc de moins en moins autonome.

Des troubles de la reconnaissance ou agnosies sont aussi observables : la personne atteinte ne peut identifier certains messages de l'environnement avec ses propres sens (vue, odorat,...etc.) ce qui peut être à l'origine de troubles du comportement.

La maladie d'Alzheimer a également des répercussions sur les fonctions exécutives comme l'attention, la planification et le raisonnement.

#### 1.1.2.2. Les symptômes comportementaux

La maladie d'Alzheimer entraîne des troubles affectifs et émotionnels comme l'anxiété, l'apathie, l'irritabilité, l'instabilité de l'humeur, l'euphorie, la dépression ou les délires et les hallucinations. De plus, elle provoque des troubles du comportement dits perturbateurs tels que l'agressivité, l'agitation (souvent dus à une réaction de peur, un sentiment de menace ou de révolte, un instinct de survie), le comportement moteur aberrant (errance, activité répétitive ou excessive, déambulation sans but apparent ou inappropriée, fugue). Lorsque les troubles du comportement deviennent trop envahissants, la personne est le plus souvent institutionnalisée.

#### 1.1.3. Evolution

D'après la Société Alzheimer Canada [6] et la Fondation Recherche Alzheimer [7], la maladie d'Alzheimer évolue selon 3 stades.

Le premier stade appelé "stade léger" ou "stade précoce" correspond à l'apparition de pertes de mémoire, de difficultés d'apprentissage, de changements des humeurs et de comportements comme l'irritabilité, l'agitation ou la dépression.

Lors du deuxième stade, le "stade modéré", les capacités cognitives et fonctionnelles de la personne diminuent fortement. La personne n'est plus autonome dans les actes de la vie quotidienne. Les troubles du comportement apparaissent et deviennent de plus en plus envahissants.

Lors du dernier stade appelé « stade avancé » ou « stade grave », la personne est dépendante. Les fonctions motrices sont très altérées, la communication verbale est limitée voir nulle et les troubles du comportement sont souvent importants.

#### 1.1.4. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer d'après les recommandations de l'HAS 2011[8]

Le diagnostic étiologique de la maladie est établi par un médecin spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) et repose sur une collaboration multidisciplinaire.

La réalisation des évaluations cognitive globale, fonctionnelle, thymique et comportementale est laissée à l'appréciation du binôme médecin spécialiste-médecin généraliste traitant. Elles peuvent être réalisées en partie par le médecin généraliste, en s'appuyant sur une équipe multidisciplinaire qualifiée, ou effectuées dans un centre mémoire. Pour aboutir au diagnostic étiologique et définir l'élaboration du plan de soins et d'aides, la démarche s'appuie sur :

- un entretien avec le patient, après son accord, et avec un accompagnant identifié capable de donner des informations fiables
- un examen clinique permettant d'apprécier l'état de santé général du patient
- des examens paracliniques spécialisés qui sont orientés en fonction de l'hypothèse étiologique : imagerie fonctionnelle, analyse du LCR (liquide céphalo-rachidien), électroencéphalogramme, étude génétique,...etc.
- une évaluation neuropsychologique : Le bilan neuropsychologique évalue les fonctions cognitives et tout particulièrement la mémoire épisodique, la mémoire sémantique, les fonctions exécutives, l'attention et les fonctions instrumentales (langage, communication, praxies, gnosies, fonctions visuo-constructives, calcul). Il met en évidence les fonctions qui présentent un déficit et le quantifie mais il précise également celles qui sont préservées.
- une évaluation fonctionnelle : Le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne peut être évalué à l'aide de différentes échelles : l'échelle *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) pour les activités instrumentales de la vie quotidienne ; l'échelle *Activities of Daily Living* (ADL) pour les activités basiques de la vie quotidienne. Le *Disability Assessment for Dementia* (DAD) peut également être utilisé.
- une évaluation psychique et comportementale : elle permet de rechercher une dépression qui peut parfois se présenter sous l'aspect d'un syndrome démentiel, mais surtout peut accompagner ou inaugurer un syndrome démentiel. Cet entretien peut être structuré à l'aide d'échelles telles que la *Geriatric Depression Scale* (GDS), etc. Elle permet aussi de rechercher des troubles affectifs, comportementaux ou d'expression psychiatrique (troubles du sommeil, apathie, dépression, anxiété, hyperémotivité, irritabilité, agressivité, hallucinations, idées délirantes, etc.). Cet entretien peut être structuré à l'aide d'échelles telles que le *NeuroPsychiatric Inventory* (NPI) et l'échelle de dysfonctionnement frontal (EDF).

D'autre part, il est important de noter que l'HAS a publié en 2010 et en 2011 des recommandations concernant le suivi médical des aidants naturels [9;10]. Il est recommandé que le médecin généraliste recherche une souffrance, des troubles anxieux et/ ou dépressifs, des troubles du sommeil, etc., en tenant compte du contexte familial, social et culturel de l'aidant. Le médecin peut s'aider des compétences d'autres professionnels, d'outils d'évaluation et/ou de repérage. Différents outils d'évaluation peuvent être utilisés. Le dépistage de l'épuisement de l'aidant peut être fait par l'utilisation d'échelles spécifiques telles que la Zarit Burden Inventory (ZBI), la Care Strain Index (CSI) et la Screen for Caregiver Burden (SCB) (27). L'échelle d'évaluation du fardeau de l'aidant de Zarit existe en langue française. Une miniZarit a également été développée. Concernant la dépression et l'anxiété, il existe les auto-questionnaires de dépression de Beck, la Geriatric Depression Scale (GDS) validée en français avec une version abrégée à 4 items (mini GDS) et l'échelle d'anxiété d'Hamilton. L'autonomie de l'aidant peut être évaluée par des échelles d'autonomie (ADL, IADL, etc.).

#### 1.1.5. La mise en place du plan de soins d'après les recommandations de l'HAS 2011[8]

Le médecin généraliste traitant présente le plan de soins et d'aides et en assure la mise en place en collaboration avec le médecin ayant établi le diagnostic et les structures de coordination : réseaux, CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer), MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées), CMP (Centres Médico-Psychologiques), etc. Le plan de soins et d'aides comprend en fonction du stade de la maladie : une prise en charge thérapeutique ; une prise en charge coordonnée médico-psychosociale et environnementale du patient et de son entourage ; et d'éventuelles mesures juridiques. Ce plan de soins et d'aides est suivi et réévalué régulièrement. Un référent identifiable (coordonnateur paramédical) coordonne et assure le suivi du plan.

Le plan de soins et d'aides comprend au minimum : la mise en place de l'ALD 15 qui est un guide destiné aux professionnels de la santé concernant le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies apparentées et admis en ALD (affection de longue durée) ; les interventions non médicamenteuses et

les éventuels traitements médicamenteux ; la prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque ; la surveillance nutritionnelle ; l'orientation vers les services sociaux (mise en place des aides et des financements) ; une information sur les associations de malades et de familles de malades et les structures de répit.

Le traitement médicamenteux spécifique est une option dont la mise en place ou le renouvellement est à la charge du médecin prescripteur. Cette appréciation doit prendre en compte les préférences du patient et le rapport bénéfice/risque du traitement médicamenteux envisagé. Les traitements spécifiques sont les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine) et un antiglutamate (mémantine).

Plusieurs interventions non médicamenteuses, importantes dans la prise en charge thérapeutique, sont envisageables. Cependant, du fait de difficultés méthodologiques, aucune de ces interventions n'a prouvé son efficacité. Ces interventions portent sur :

- l'amélioration de la qualité de vie grâce à l'adaptation de l'environnement physique et humain en fonction des besoins et des souhaits
- la prise en charge psychologique et psychiatrique par des psychologues et des psychiatres des patients et/ou de leur entourage
- la prise en charge orthophonique pour les troubles de la communication, du langage et de la déglutition
- la stimulation cognitive qui est une intervention cognitivo-psychosociale écologique : les activités proposées sont des mises en situation ou des simulations de situations vécues dans la vie quotidienne. Elle peut être proposée aux différents stades de la maladie d'Alzheimer et adaptée aux troubles du patient. L'objectif est de ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Le programme comprend un volet pour les patients et un pour les aidants. La prise en charge débutée par les psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens ou orthophonistes formés est prolongée par les aidants, à domicile ou en institution. La stimulation cognitive doit être différenciée des séances d'animation, d'ateliers mémoire ou autres à visée occupationnelle.
- l'activité motrice qui a un effet positif sur les capacités physiques et la prévention du risque de chutes, mais aussi sur certaines mesures cognitives, d'aptitudes fonctionnelles et certains aspects du comportement. L'intervention de kinésithérapeutes, de psychomotriciens et d'ergothérapeutes peut être sollicitée.

- le comportement : La musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle, la Reality Orientation , la thérapie par réminiscence, la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence simulée (vidéo familiale) et la luminothérapie permettraient d'améliorer certains aspects du comportement.

## 1.2. L'ergothérapie

### 1.2.1. Définition

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) en 2015 [11], l'objectif de l'ergothérapie 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. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. L'ergothérapeute examine non seulement les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie, mais aussi les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent la capacité d'agir. Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, l'ergothérapeute conçoit les milieux de vie, de manière à respecter la sécurité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de la personne. Il préconise les aides techniques et les assistances technologiques, les aides humaines, les aides animalières et les modifications matérielles.

### 1.2.2 . Lieux d'intervention de l'ergothérapeute

Selon l'association France Alzheimer [12], dans le cadre de la prise en soins de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'ergothérapeute intervient dans différentes structures pouvant prendre en charge ce type de patient telles que : les maisons de retraite, les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) destinées à planifier un parcours personnalisé de prise en soin à domicile. Les MAIA accueillent, informent et orientent les personnes souffrant

de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée mais aussi les aidants, et plus largement toutes les personnes âgées en perte d'autonomie.

De plus, la mesure n°16 du plan Alzheimer 2008-2012 [13 ; 14] a permis de créer au sein des EHPAD et des USLD, pour les patients souffrant de troubles du comportement et en fonction du niveau de ces troubles, deux types d'unités spécifiques :

- Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) accueillent à la journée 12 à 14 résidents de l'EHPAD ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée avec des troubles du comportement modérés. Ils proposent des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation. Pour les PASA, les activités « phares » proposées sont dans l'ordre : les ateliers autour de la cuisine et de la conception des repas (39%) ; les ateliers de stimulations cognitives ou de la mémoire (32%) ; les ateliers autour de la gymnastique, la motricité, la relaxation (15%) ; les ateliers artistiques (12%) ; les activités sociales en groupes (11%). Plus rarement sont cités le jardinage, les ateliers autour de la vie quotidienne, les espaces de détente-relaxation, la réhabilitation.

- Les unités d'hébergement renforcées (UHR) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour, qui sont à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités. Ces unités sont animées par des professionnels spécifiquement formés : des assistants de soins en gérontologie (ASG), un ergothérapeute ou un psychomotricien.

La mesure n°6 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la création des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) afin de faciliter la prise en charge des malades à domicile au début de la maladie et de leur permettre d'utiliser leurs capacités restantes.

### 1.2.3. Le rôle de l'ergothérapeute dans la maladie d'Alzheimer

Selon l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG) en 2015, les principales missions de l'ergothérapeute au sein d'une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) [15] ou d'une UCC (Unité Cognitivo-Comportementale) [16] sont :

- L'évaluation des situations de handicap liées aux troubles cognitifs et du comportement : l'ergothérapeute évalue l'impact des troubles cognitifs et du comportement sur les

Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) et la vie sociale, il dépiste les facteurs déclenchants des troubles du comportement, il évalue les éléments facilitant ou faisant obstacle à l'indépendance et à l'autonomie, liés à la personne et à son environnement humain et matériel, il évalue la charge et les besoins des aidants naturels ou professionnels, il identifie les besoins et les attentes liés aux troubles cognitifs et aux troubles du comportement et il réalise un diagnostic d'accessibilité et de risques environnementaux.

- La réadaptation des troubles cognitifs et du comportement dans la vie quotidienne : l'ergothérapeute aide à renforcer et stimuler les stratégies compensatoires, les performances et la participation lors des AVQ, il accompagne les aidants naturels et professionnels dans la prise en charge des AVQ et il favorise la socialisation, l'orientation temporo-spatiale et la valorisation par le biais de prises en charge individuelles ou en groupe en atelier dans un cadre sécurisant : stimulation cognitive, activités manuelles, activités physiques, activités de loisir.

- Assurer la sécurité grâce à : la réadaptation de la mobilité et des transferts pour prévenir l'apparition d'un syndrome de désadaptation posturale et motrice ; la prévention des chutes lors des AVQ (réadaptation posturale, stratégies sécuritaires); la mise en place de programmes d'alternatives aux contentions pour limiter le risque d'escarre, l'incontinence, les chutes graves et l'augmentation des troubles du comportement ; la préconisation d'aménagements de l'environnement matériel (lieu de vie et chambre) et d'aides techniques (pour la mobilité, le repas, la toilette, les loisirs) en fonction des évaluations des capacités cognitives et sensorimotrices restantes.

- Assurer l'éducation thérapeutique et le conseil aux aidants : l'ergothérapeute collabore avec le patient et sa famille pour établir le projet de soin et le futur projet de vie, il assure les échanges patient/famille, famille/soignant, famille/famille, il valorise la place et les actes des aidants, il forme les aidants à l'utilisation des aides techniques et il accompagne l'entourage dans le choix du lieu de vie après l'hospitalisation.

- Eviter l'apparition de troubles posturaux et cutanés trophiques en position assise et allongée lors de la phase de dépendance sévère : l'ergothérapeute préconise, règle et adapte des fauteuils roulants, des aides à la posture et des dispositifs d'aide à la prévention et au traitement des escarres.

Afin d'avoir davantage d'informations sur le rôle de l'ergothérapeute dans la maladie d'Alzheimer, j'ai réalisé une étude exploratoire à petite échelle en diffusant un questionnaire destiné à des ergothérapeutes [Annexe III]. Une ergothérapeute travaillant en EHPAD et en PASA a répondu. D'après ses réponses, les principaux objectifs dans la prise en soins en ergothérapie des personnes Alzheimer sont le maintien des capacités résiduelles dans les activités de la vie quotidienne, la réduction des troubles psycho-comportementaux et le positionnement au lit et au fauteuil. Pour répondre à ces objectifs, l'ergothérapeute utilise diverses activités (Tableau 1).

Objectifs	Moyens
Maintien des capacités résiduelles dans les activités de la vie quotidienne	Activités de la vie quotidienne Récupération espacée dans les activités instrumentales
Réduction des troubles psycho-comportementaux	Activités manuelles, créatives et d'expression
Positionnement au lit et au fauteuil	Matériel médical

Tableau 1 : Objectifs et moyens de l'ergothérapeute en PASA

La prise en soins d'une personne Alzheimer peut se faire en individuel ou en groupe selon le stade de la maladie et les objectifs recherchés.

Pour agir plus spécifiquement sur les troubles du comportement et de la communication, l'ergothérapeute recherche et identifie les stimuli aux troubles du comportement puis il choisit des activités favorisant la mise en confiance, la détente et la revalorisation (en évitant toute mise en échec du patient). Il peut aussi aider les aidants professionnels et/ou familiaux par le biais d'informations pour « adapter ses comportements à la personne Alzheimer » afin de réduire les troubles du comportement.

## 1.3. La musicothérapie

### 1.3.1. Définition

Selon Edith Lecourt, psychologue clinicienne, psychanalyste, musicienne et musicothérapeute, dans le livre "La musicothérapie" publié en 2005 [17] : *"La musicothérapie est une forme de psychothérapie ou de rééducation, d'aide psychomusicale, selon les cadres considérés, qui utilise le son et la musique - sous toutes leurs formes - comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. Elle est pratiquée en groupe comme individuellement, avec des enfants comme avec des adultes"*.

Selon la *Fédération Française de Musicothérapie* [18] la musicothérapie est: « une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation. Il existe différentes techniques de musicothérapie, adaptées aux populations concernées : troubles psychoaffectifs, difficultés sociales ou comportementales, troubles sensoriels, physiques ou neurologiques. La musicothérapie s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique et l'histoire du sujet. Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou de restaurer la communication et l'expression au sein de la relation, dans le registre verbal et/ou non verbal ». Elle associe deux techniques différentes : la musicothérapie active qui consiste en l'utilisation d'objets sonores, d'instruments de musique, de la voix, et la musicothérapie réceptive basée sur l'écoute musicale.

### 1.3.2. Le bilan psychomusical et les objectifs [17]

La demande d'une prise en charge en musicothérapie peut être faite par le patient lui-même, par un tiers parent ou par un médecin. Suite à cette demande et à un premier entretien, le musicothérapeute fait un bilan psychomusical pour obtenir des informations sur la façon dont le sujet se situe par rapport à la musique. Cela permet de choisir plus précisément la technique la plus adaptée et de définir les objectifs thérapeutiques. Ce bilan comporte un entretien orienté sur l'histoire (anamnèse) sonore et musicale du sujet,

un test réceptif et un test actif. Il a été mis au point par le docteur J.Verdeau-Paillès. Le test réceptif consiste à faire écouter à la personne une dizaine d'extraits sonores et musicaux variés afin de mesurer, d'après ce que le sujet a pu exprimer verbalement ou non verbalement, la qualité de réceptivité à l'écoute musicale. Lors du test actif, le sujet est invité à explorer un matériel sonore ou musical. Ce test est non verbal. Il évalue la conduite spontanée de la personne à partir : d'instruments représentatifs de différentes familles instrumentales, du rapport au corps engagé et des possibilités expressives et musicales.

La synthèse du bilan psychomusical permet d'orienter la futur prise en charge en musicothérapie et d'établir les objectifs thérapeutiques.

Globalement, les objectifs en musicothérapie se distinguent en deux dimensions. Tout d'abord, il y a la dimension psychopédagogique, comportementale, de rééducation, de socialisation dont les objectifs sont : la détente, la relaxation psychomusicale ; la facilitation psychopédagogique et rééducative (désinhibition, stimulation, sécurisation) ; la stimulation psychomotrice et affective, la socialisation ; le travail sur les paramètres culturels (processus d'intégration, travail sur l'identité culturelle) ; le développement d'un espace psychique de jeu, de plaisir. Ensuite, il y a la dimension clinique psychothérapeutique dont les objectifs sont : l'analyse des difficultés relationnelles ; le développement de l'imaginaire ; la structuration de l'univers sonore, de ses dimensions psychiques ; l'analyse du fonctionnement groupal, de l'évolution de la dynamique groupale et du processus d'individuation.

### 1.3.3. Deux méthodes [17]

Le musicothérapeute utilise deux approches différentes qui sont la musicothérapie dite "active" et la musicothérapie dite "réceptive".

La musicothérapie "réceptive" consiste en l'introduction d'écoutes musicales qui suivent un protocole bien précis. Le choix des musiques est essentiel car il doit être adapté à chaque sujet. Cette approche se pratique en individuel ou en groupe et à tout âge. La musicothérapie réceptive comprend différentes techniques telles que la technique de

"nourrissage musical"(Edith Lecourt), l'audition de musique associée à un autre support (exemple : le dessin) ou la relaxation.

La musicothérapie "active" consiste à proposer différents instruments ou médiateurs sonores. Le sujet doit s'exprimer par l'intermédiaire d'objets sonores, d'instruments de musique ou directement avec le corps et/ou la voix. Elle favorise l'émergence de potentialités, la créativité, et particulièrement l'expression de soi. Les séquences d'improvisation peuvent être enregistrées et rediffusées en séance. Cette approche inclue différentes techniques comme la technique de stimulation sensorielle, sensorimotrice et affective ou comme les exercices de percussions corporelles et d'expression musicale.

La plupart des musicothérapeutes utilisent à la fois des méthodes réceptives et des méthodes actives, une même séance pouvant être divisée en plusieurs parties, dont une d'audition musicale, par exemple. D'autres médiations artistiques sont souvent associées comme la peinture ou l'expression corporelle. Le principal objectif en musicothérapie est de développer les capacités d'expression du sujet, en particulier sur les plans sensoriel et temporel. C'est le cas, notamment, lorsqu'un musicothérapeute travaille avec des handicapés mentaux ou avec des personnes âgées. Les séances comportent une approche réceptive, une production active et du chant.

#### 1.3.4. La musicothérapie et la maladie d'Alzheimer

Afin de recueillir des informations supplémentaires sur le rôle du musicothérapeute dans la maladie d'Alzheimer, j'ai réalisé une étude exploratoire à petite échelle auprès de musicothérapeutes. D'après les propos des musicothérapeutes que j'ai pu interroger grâce à un questionnaire [Annexe II], j'ai réalisé une définition globale du travail du musicothérapeute dans le cadre de la maladie d'Alzheimer.

La musicothérapie permet de : prévenir la dépendance par un accompagnement adapté de la personne âgée, pour un mieux être physique et psychique ; de développer et / ou de maintenir les potentiels sensoriels, moteurs, expressifs, relationnels et cognitifs des personnes ; de créer ou de recréer un mode de communication chez les personnes, pour qui la communication verbale est impossible, difficile et / ou inadaptée.

Les objectifs généraux sont de permettre un travail sur soi, un travail corporel et un travail de groupe.

Il n'y a pas de protocole précis en musicothérapie guidant la prise en charge d'une patient atteint de la maladie d'Alzheimer. En fonction de l'analyse du bilan psychomusical qui détermine la charge psychomusicale du patient et d'une évaluation des capacités restantes, le musicothérapeute décide du type de prise en charge. Ainsi, le musicothérapeute choisit de travailler en groupe ou en individuel avec la personne et sélectionne le type d'approche (musicothérapie active, réceptive et/ou mixte). L'évaluation des capacités restantes permet d'éviter tout scénario de mise en échec. En effet, le musicothérapeute adapte sa prise en charge en fonction du stade d'évolution de la maladie. Par exemple, le musicothérapeute utilise davantage la musicothérapie réceptive et le travail en individuel avec des patients présentant une maladie d'Alzheimer à un stade avancé car la manipulation d'instruments de musique devient difficile et les capacités cognitives telle que la concentration sont amoindries. Le chant est souvent utilisé en musicothérapie avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer car il stimule la mémoire grâce au rappel autobiographique. Pour finir, le musicothérapeute travaille particulièrement avec le patient sur l'expression des émotions : l'écoute de morceaux de musiques familiers, par exemple, ravive la mémoire "émotionnelle", le rappel autobiographique.

#### 1.4. Utilité sociale et professionnelle

Afin de recueillir des informations supplémentaires sur le rôle de l'ergothérapeute et du musicothérapeute dans la maladie d'Alzheimer et sur l'utilité socio-professionnelle de mon sujet de mémoire, j'ai réalisé une étude exploratoire à petite échelle auprès de musicothérapeutes et d'ergothérapeutes.

J'ai réalisé un questionnaire s'adressant à des musicothérapeutes [Annexe II] dans le but de m'informer sur les méthodes de prise en charge en musicothérapie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de constater s'ils connaissent l'ergothérapie et de vérifier l'utilité sociale et professionnelle d'une collaboration entre un ergothérapeute et un musicothérapeute.

Les trois musicothérapeutes que j'ai interrogé connaissent peu le métier d'ergothérapeute et n'ont jamais collaboré avec un ergothérapeute dans le cadre de la musicothérapie. Sur certains lieux de travail, ils ont pu observer la pratique de l'ergothérapeute lors d'évaluations des capacités motrices ou d'adaptation de l'environnement du patient. Les trois musicothérapeutes sont intéressés par l'idée d'une collaboration avec un ergothérapeute mais ils ne voient pas vraiment comment cette collaboration pourrait se réaliser. Deux des musicothérapeutes imaginent une collaboration où l'ergothérapeute met en place une adaptation de l'environnement physique (comme une adaptation d'un instrument de musique, du positionnement de la personne...etc.) pour qu'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer puisse participer au mieux à un atelier musicothérapie.

Ensuite, j'ai réalisé un second questionnaire similaire au premier mais qui est destiné à des ergothérapeutes [Annexe III]. Le but est de m'informer sur la prise en charge en ergothérapie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de constater s'ils connaissent la musicothérapie et de vérifier l'utilité sociale et professionnelle d'une collaboration entre un ergothérapeute et un musicothérapeute. Une ergothérapeute a répondu. L'ergothérapeute connaît la profession de musicothérapeute mais elle n'a jamais travaillé en collaboration avec l'un d'eux. Un ergothérapeute et un musicothérapeute pourraient collaborer dans le cadre de prises en soin individuelles ou de groupe et lors d'activités de stimulation de la communication et/ou de détente pour apaiser les troubles comportementaux.

Enfin j'ai diffusé par mail un troisième questionnaire destiné aux ergothérapeutes travaillant en PASA [Annexe IV] car je m'intéresse plus particulièrement à la prise en soin de la maladie d'Alzheimer dans ce type d'unité. En effet, les PASA proposent diverses activités thérapeutiques et/ou artistiques et disposent d'un environnement matériel et humain rassurant pour la personne. De plus, la pratique de l'ergothérapeute en PASA tend à se développer. Ce questionnaire a pour objectif d'affiner le rôle de l'ergothérapeute en PASA.

Deux ergothérapeutes ont répondu à ce questionnaire. Voici un résumé de leurs réponses : Les critères d'admission d'une personne âgée en PASA sont : le diagnostic d'une

démence avec des troubles psycho-comportementaux associés perturbant leur qualité de vie dans l'institution et celle des autres résidents, des évaluations par l'équipe du PASA à l'aide de l'outil NPI-ES (inventaire neuropsychiatrique) et MMS (Mini Mental Score) et une évaluation des besoins du résident et son éligibilité pour participer au pôle.

Les troubles cognitifs les plus prépondérants chez les patients Alzheimer en PASA sont la perte de mémoire à court terme et la désorientation temporo-spatiale. Les troubles comportementaux les plus présents sont l'apathie, la déambulation, l'agitation, les idées délirantes et l'absence de création de liens « affectifs ».

Les activités proposées en ergothérapie avec les patients Alzheimer peuvent être des activités de la vie quotidienne dans le but de favoriser l'autonomie (exemples : atelier cuisine, repas thérapeutique, atelier jardinage...etc.), des activités manuelles, des jeux de stimulation cognitive, de la gymnastique douce...etc. Ces activités permettent de stimuler les capacités cognitives/motrices, de favoriser l'automatisation des gestes de la vie quotidienne,...etc. Il est important que les activités s'enchaînent, soient en lien les unes avec les autres ce qui permet une notion de continuité et donc ce qui aide la personne à prendre des repères et à être moins dépendante. De plus elles doivent avoir un sens pour la personne et s'intégrer facilement dans une journée type. L'association de rappels oraux et de repères visuels facilitent la mémorisation des événements passés et futurs.

Les réponses à ces questionnaires montrent que l'ergothérapeute et le musicothérapeute connaissent peu le métier de l'autre même si chacun a un rôle important dans la prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les ergothérapeutes et les musicothérapeutes ayant répondu pensent qu'une collaboration est possible et pourrait être intéressante dans différents contextes. Cette recherche de l'utilité sociale et professionnelle d'une collaboration entre un ergothérapeute et un musicothérapeute dans la prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en PASA m'amène à ma question de recherche :

**En quoi la collaboration entre un musicothérapeute et un ergothérapeute pourrait être pertinente dans l'amélioration de la prise en soins des troubles cognitifs et comportementaux de la maladie d'Alzheimer en PASA ?**

## 2. Problématique théorique

### 2.1 Présentation du MDH-PPH

#### 2.1.1. Première version du MDH-PPH (1998)

Le modèle conceptuel du Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH) [19] a été créé par Patrick Fougeyrollas en 1998. Il a pour objectif d'expliquer les causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. Il nous confronte à la réalité des personnes et des populations ayant des déficiences et des incapacités.

Selon ce modèle, la compréhension et l'explication du phénomène du handicap repose sur l'interaction entre trois domaines conceptuels : les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les facteurs personnels représentés par un schéma de la composante PPH du MDH-PPH [Annexe V]. Il montre que la réalisation des habitudes de vie peut être influencée par le renforcement de nos aptitudes et la compensation de nos incapacités par la réadaptation, mais également par la réduction des obstacles. Mesurer la réalisation des habitudes de vie correspond à l'identification du résultat de la rencontre entre la personne et son environnement. On parlera alors d'un indicateur de la qualité de la participation sociale : il s'apprécie sur une échelle allant de la situation de participation sociale optimale (réalisation de ses habitudes de vie dans son milieu) jusqu'à la situation de handicap complète (variation du développement humain, c'est-à-dire une différence dans le niveau de réalisation de ses habitudes de vie ou de l'exercice de ses droits humains). Le développement humain est un processus débutant dès la conception et se terminant à la mort. Il ne peut être ralenti ou arrêté par quelque événement que ce soit. Le fait pour une personne de présenter des déficiences ou des incapacités ne constitue pas un obstacle permanent au développement humain.

Selon cette version du PPH, les facteurs de risque sont à l'origine des déficiences aux « systèmes organiques » et des incapacités liées aux « aptitudes » de la personne ou d'une population.

Les « facteurs environnementaux » présents dans le milieu de la personne ou d'une population peuvent se révéler être des facilitateurs ou des obstacles. Le niveau de

réalisation des habitudes de vie d'une personne ou d'une population est déterminé par le résultat de l'interaction entre ses facteurs personnels et les facteurs environnementaux présents dans son milieu de vie à un moment donné dans le temps.

### 2.1.2 Présentation du MDH-PPH 2 (2010)

En 2010, une nouvelle version de la composante PPH du modèle conceptuel MDH-PPH a été proposée dans " La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du handicap" par Patrick Fougeyrollas. Un schéma représente du MDH-PPH 2 représente l'interaction entre les différents facteurs [Annexe VI].

Les changements apportés concernent en premier lieu la place des « facteurs de risque » dans le modèle qui sont désormais intégrés à l'intérieur des trois domaines conceptuels que sont les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie.

Désormais, les facteurs environnementaux » se décomposent en « environnement sociétal » (ou MACRO), en « environnement communautaire » (ou MÉSO) et en « environnement personnel (ou MICRO).

Le macro environnement sociétal correspond à : des lois, des politiques, l'organisation des services et les missions des partenaires, les orientations des décideurs et les processus de définition des priorités et budgets de santé et de développement social, l'influence du mouvement associatif de défense de droits, etc.

Le méso environnement communautaire concerne : les commerces, le transport, les attitudes et le degré d'information des personnes avec qui ont interagit pour réaliser ses rôles sociaux dans notre communauté; la conception universelle des infrastructures (bâtiments, urbanisme, technologie) de la communauté;

Le microenvironnement personnel concerne : le domicile, les proches, le poste de travail, etc.

Concernant les habitudes de vie, elles sont définies en termes d' « activités courantes » et de « rôles sociaux ». Ces deux catégories comprennent chacune six habitudes de vie (Tableau 2).

ACTIVITÉS COURANTES	RÔLES SOCIAUX
Communications	Responsabilités
Déplacements	Relations interpersonnelles
Nutrition	Vie communautaire
Condition corporelle	Éducation
Soins personnels	Travail
Habitation	Loisirs

Tableau 2 : Habitudes de vie relatives aux activités courantes et aux rôles sociaux

Enfin, la place des « facteurs identitaires » à l'intérieur des facteurs personnels a considérablement grandi. Ces derniers sont considérés interagir avec les systèmes organiques et les aptitudes des personnes et des populations.

J'ai choisi d'utiliser cette deuxième version du MDH-PPH car il est plus développé que le premier : il intègre les facteurs protecteurs et de risque au sein des trois domaines (facteurs personnels, facteurs environnementaux et habitudes de vie), de plus, il décrit l'environnement de façon plus détaillée.

## 2.2 La collaboration interprofessionnelle : Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (2010)

Au cours de ces dernières années, le comité sur le curriculum du Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) s'est penché sur plusieurs enjeux associés à la réalisation de la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) [20].

L'objectif global de la FIPCCP est d'offrir aux utilisateurs du système de santé (les professionnels de la santé et des services sociaux) de meilleurs résultats en matière de santé.

La collaboration interprofessionnelle est le processus de développement et de maintien des relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes / patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. Le respect, la confiance, la prise de décisions partagée et les partenariats constituent des éléments de la collaboration.

Un groupe de travail composé de bénévoles du CPIS a supervisé l'élaboration d'un Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme et a formulé des recommandations. Ce référentiel utilise les compétences de façon unique. Plutôt que de se concentrer sur les comportements démontrés pour déterminer la nature des compétences, le référentiel repose sur la capacité d'intégrer le savoir, les habiletés, les attitudes et les valeurs qui contribuent à forger l'esprit critique. Les compétences sont cohérentes et résistent au passage du temps. Toutefois, les indicateurs ou descripteurs qui y sont associés sont propres au niveau d'expérience des apprenants ou des professionnels et sont le reflet du contexte d'apprentissage ou de pratique.

Six domaines de compétences font ressortir le savoir, les habiletés, les attitudes et les valeurs qui contribuent à forger l'esprit critique indispensable à la pratique dans un contexte de collaboration interprofessionnelle. Ces six domaines de compétences représentés à travers un schéma [Annexe VII] sont:

- la communication interpersonnelle : les apprenants et les professionnels de professions différentes communiquent entre eux de manière responsable et dans un esprit de collaboration et d'ouverture.
- les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté : lorsqu'ils planifient et dispensent des soins et des services, les apprenants et les professionnels cherchent, intègrent et valorisent la contribution et la participation de la personne, de ses proches et de la communauté.
- la clarification des rôles : les apprenants et les professionnels comprennent leur propre rôle et celui des autres professionnels et mettent ce savoir à profit de manière à établir et à atteindre les objectifs de la personne, de ses proches et de la communauté.

- le travail d'équipe : pour une collaboration interprofessionnelle efficace, les apprenants et les professionnels comprennent les principes de la dynamique du travail en équipe et les processus de groupe.
- le leadership collaboratif : les apprenants et les professionnels comprennent et sont en mesure d'appliquer les principes du leadership dans un contexte de pratique en collaboration.
- la résolution de conflits interprofessionnels : les apprenants et les professionnels ont une attitude proactive qui favorise, tant de leur part que de celle des personnes et des proches, une participation positive et constructive à la gestion des différends susceptibles de survenir.

La communication interprofessionnelle et les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté soutiennent les autres domaines.

L'ensemble des compétences permet aux étudiants et aux professionnels d'acquérir et de mettre en pratique les compétences, peu importe leur niveau d'habiletés ou le milieu/contexte de la pratique. La capacité des apprenants et des professionnels à collaborer est évolutive : chacune des compétences s'acquiert tout au long de la vie professionnelle de la personne et est mise en œuvre dans toute situation d'apprentissage/de pratique professionnelle pertinente.

Trois considérations sous-jacentes influent la manière dont le référentiel de compétences est mis en œuvre. Il s'agit de la complexité de la situation, du contexte de pratique et de l'amélioration de la qualité. La complexité correspond aux situations dans lesquelles s'exerce la collaboration interprofessionnelle qui peuvent aller du simple au complexe.

J'ai choisi ce référentiel car la collaboration interprofessionnelle est un concept récent en développement dans différents secteurs professionnels dont le médical et paramédical. J'ai préféré utiliser la notion de collaboration plutôt que celle de coopération car dans la coopération, les différents acteurs travaillent séparément. Enfin et surtout, la collaboration entre des professionnels de santé, entre un ergothérapeute et un musicothérapeute, est au centre de mon mémoire.

### 2.3 La qualité de vie : Pyramide des besoins de Maslow (1943)

En 1946, le préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». L'OMS précise également que la santé mentale est « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ».

Différents auteurs se sont penchés sur cette notion de bien-être tels que Abraham Harold Maslow et Virginia Henderson. J'ai choisi la théorie de Maslow car il prend en compte les dimensions physique, mentale et sociale de la personne qui sont indispensables pour évaluer la qualité de vie d'une personne de la personne Alzheimer en PASA.

La pyramide des besoins est une représentation de la hiérarchie des besoins [Annexe VIII], une théorie de la motivation élaborée à partir des observations réalisées dans les années 1940 par le psychologue américain Abraham Harold Maslow (1908-1970). L'article où Maslow expose pour la première fois sa théorie, *A Theory of Human Motivation*, est paru en 1943.

En 1970, l'exposé le plus complet de sa théorie de la motivation apparaît dans la deuxième édition de son ouvrage *Motivation and Personality : la hiérarchie des besoins*. Recherchant ce qui se cache derrière ces motivations, il met à jour cinq besoins fondamentaux : les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance et d'amour, les besoins d'estime et le besoin de réalisation de soi. La réalisation de soi correspond au fait que l'homme doit devenir sincère avec sa propre nature. Mais pour parvenir à cette réalisation de soi, il y a des conditions préalables de liberté d'expression ou de justice. Cette taxinomie des besoins est, selon Maslow, universelle. En effet, le caractère particulier d'une motivation a pour origine les nombreux déterminismes tels que la culture, le milieu social ou l'éducation. Derrière chaque motivation ou chaque objet de désir se cache un besoin fondamental.

Maslow découvre par la suite que les besoins s'inscrivaient dans le cadre d'une hiérarchie. Tous les besoins sont continuellement présents, mais la réponse à un besoin en fait émerger d'autres situés à des niveaux plus élevés [21].

### 3. Méthodologie

Pour apporter des réponses à ma question de recherche, deux outils peuvent être utilisés : les questionnaires ou les entretiens. Dans mon cas, j'ai choisi d'utiliser les entretiens car ils permettent d'avoir un échange verbal avec les personnes interrogées, de recueillir des réponses développées et d'approfondir certaines réponses si elles ne sont pas suffisamment complètes. De plus, j'estime que les réponses des personnes interrogées sont plus libres et spontanées lors d'un entretien.

Pour chacun des modèles théoriques que j'ai développés précédemment, j'ai réalisé une matrice conceptuelle [Annexe IX]. Ces matrices m'ont permis de réaliser une grille d'entretien semi-directive [Annexe X]

Les critères d'inclusion pour cette recherche sont : une population d'ergothérapeutes et de musicothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en PASA avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les critères de non inclusion correspondent à des ergothérapeutes et musicothérapeutes n'ayant jamais exercé en PASA et pris en charge des patients avec un diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Suite à l'envoi de plusieurs mails à des professionnels correspondant aux critères d'inclusion, trois ergothérapeutes ont accepté un entretien téléphonique. Afin de faciliter la retranscription écrite des entretiens, j'ai demandé aux professionnels en question si je pouvais enregistrer la conversation téléphonique. Ils ont tous accepté l'enregistrement. Chaque entretien a duré 30 à 45 minutes selon les réponses de chacun.

## 4. Analyse des résultats

### 4.1. Présentation des personnes interrogées

La première personne (E1) que j'ai interrogée est un ergothérapeute diplômé depuis juin 2015 (IUFE de Montpellier). Il a tout d'abord travaillé dans une EHPAD en secteur protégé de juillet 2015 à février 2016, puis il a intégré un PASA (situé au sein d'un EHPAD) ouvert depuis février 2016. Il n'a pas de formation complémentaire.

La deuxième personne interrogée (E2) est une ergothérapeute spécialisée en santé mentale. Elle a été diplômée en 2008 au Brésil au bout de cinq années d'étude. Au Brésil, elle a travaillé dans un centre médico-psychologique (CMP) pour enfant, un hôpital de jour psychiatrique, un CMP spécialisé dans la dépendance chimique. Ensuite, elle est venue en France et a fait une équivalence dans une école d'ergothérapie pour pouvoir exercer le métier d'ergothérapeute. Puis, elle a travaillé dans un EHPAD à l'intérieur duquel se trouve un PASA du mois d'avril 2014 au mois de juin 2015. Concernant ses formations complémentaires, elle a une spécialisation ergothérapie en santé mentale (personne âgée, dépendance chimique) et un master 1 et 2 en psychanalyse et philosophie.

La troisième personne interrogée (E3), diplômée depuis 2011, est une ergothérapeute qui travaille depuis deux ans sur trois structures situées au même endroit : l' EHPAD, l'accueil de jour et le PASA. Le PASA est ouvert depuis mars 2015. Auparavant, elle a exercé huit mois dans un centre de rééducation spécialisé en neurologie puis deux ans dans un EHPAD. Enfin, elle a suivi des formations concernant les troubles du comportement des personnes démentes, la méthode Montessori et les soins palliatifs.

## 4.2. Analyse longitudinale

Question 1	Quel est le profil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer que vous prenez-vous en charge ?
<b>E1</b>	Cahier des charges réglementé Critères d'inclusion élargis. MMS : 10 à 24 et NPI : 4 à 6 Résidents de l'EHPAD Différents stades de la maladie Troubles cognitifs : mémoire Troubles comportementaux : déambulation, apathie

Au sein de ce PASA, les résidents de l'EHPAD accueillis sont atteints de la maladie d'Alzheimer à différents stades de la pathologie ou d'une maladie apparentée avec des symptômes psycho-comportementaux qui ont obtenus des résultats compris entre 10 et 24 pour le MMS et entre 4 et 6 pour le NPI.

Question 2	Quel est le fonctionnement du PASA ?
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Accueil de jour de résidents de l'EHPAD : 7 à 14 personnes par jour du lundi au vendredi</li><li>- Prise en charge (PEC) des patients sur la journée entière ou une partie de la journée</li><li>- Projets personnalisés en cours</li><li>- Professionnels : les ASG, psychologue, animatrices, animatrices sportives, ergothérapeute.</li><li>- Intervenants extérieurs : infirmier et médecin coordinateur</li></ul>

Les professionnels du PASA accueillent de jour 7 à 14 patients qui viennent tous les jours ou seulement certains jours ou lors d'une ou plusieurs activités. La réalisation du projet personnalisé de chaque patient est en cours.

Question 3	Comment s'organise la vie au sein du PASA ?
<b>E1</b>	<p>Journée type :</p> <p>10h : Arrivée des patients</p> <p>10h-10h30 : Accueil des patients par les ASG</p> <p>10h30-11h30 : Activité</p> <p>11h30-12h : Mise en place de la table pour le repas, participation des patients</p> <p>12h-13h30 : Repas et débarrassage de la table</p> <p>13h30-14h30 : Repos</p> <p>14h30-15h30 : Activités de loisir (jeux de société, lecture de magazines)</p> <p>16h : Goûter</p> <p>16h30-17h : Retour à l'EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de groupe : ASG, PSY, animatrices, ergothérapeute</li> <li>- Activités en individuel en ergothérapie pour les patients avec troubles du comportement perturbateurs</li> <li>- Adaptation au jour le jour selon l'état des patients.</li> </ul>

La journée des patients au PASA est rythmée par l'accueil, diverses activités, le repas de midi et des temps de repos. En fonction de l'état de santé des patients, les professionnels mettent en place des activités de groupe et en individuel pour les patients avec des troubles du comportement perturbateurs.

Question 4	Quel est le cadre mis en place pour les patients ?
<b>E1</b>	Service ouvert, surveillance des professionnels Pas de sortie extérieure Stimulation de la participation des patients Faire en sorte qu' « ils se sentent chez eux » : cadre rassurant Pour limiter les troubles comportementaux: cadre thérapeutique, resituer dans le temps/l'espace, donner des repères pour limiter les angoisses.

Le PASA est un milieu ouvert où les patients peuvent circuler librement mais la surveillance des professionnels est permanente pour assurer leur sécurité. Un cadre rassurant est favorisé afin de favoriser le bien-être des patients et de limiter les troubles du comportement.

Question 5	Comment fonctionne le travail d'équipe au PASA ?
E1	<p>Moyens de communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- logiciel informatique de transmission entre l'EHPAD et le PASA</li> <li>- Feuille récapitulative journalière (évaluation des activités, évolution des patients)</li> <li>- Réunions</li> </ul> <p>Connaissance de son rôle et de celui des autres professionnels</p> <p>Rôles bien définis</p> <p>Communication efficace.</p> <p>Proches non intégrés au plan de soin</p> <p>Projet : réunion pour les informer sur le fonctionnement du PASA et leur proposer d'être acteur</p> <p>Projet de rencontre avec des médecins traitants pour présenter le PASA</p> <p>Axes d'amélioration de la collaboration :</p> <p>informer les familles, relai entre les professionnels de l'EHPAD et du PASA pour échanger sur les résidents.</p> <p>Pas de musicothérapeute dans le PASA</p> <p>Peu de connaissance du métier.</p> <p>Rencontre avec un musicothérapeute pendant un stage mais pas de collaboration.</p>

La communication entre les professionnels est efficace et chacun connaît son rôle et celui des autres. Cependant, les familles ne sont pas encore intégrées au plan de soin. Pour améliorer la collaboration entre les professionnels, il est nécessaire d'informer les familles et d'améliorer la communication entre les professionnels de l'EHPAD et du PASA. Il n'y a pas de musicothérapeute dans le PASA. L'ergothérapeute connaît peu cette profession et n'a jamais collaboré avec un musicothérapeute.

Question 6	En quoi la collaboration entre un musicothérapeute et un ergothérapeute pourrait être pertinente dans l'amélioration de la prise en soin des troubles cognitifs et comportementaux de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en PASA ?
E1	<p>Musique comme médiateur au sein du PASA</p> <p>Favorise l' implication et la participation des patients dans les activités et la réminiscence des souvenirs.</p> <p>Intérêt certain d'une collaboration entre un musicothérapeute et un ergothérapeute.</p>

L'écoute musicale qui peut être utilisée dans le PASA lors des activités favorise la participation et la réminiscence des souvenirs. Une collaboration entre un musicothérapeute et un ergothérapeute peut être intéressante mais l'ergothérapeute ne voit pas dans quel contexte.

Question 1	Quel est le profil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer que vous prenez-vous en charge ?
<b>E2</b>	Démences avec troubles du comportement modérés Patients de l'EHPAD Tests NPI et MMS Décision en équipe pluridisciplinaire Stades de la maladie d'Alzheimer diverses Troubles cognitifs : mémoire récente, attention Troubles comportementaux : agitation, apathie

En fonction des résultats aux tests NPI et MMS et de la décision prise par l'équipe du PASA et celle de l'EHPAD, le PASA accueille des résidents de l'EHPAD présentant une maladie d'Alzheimer à différents stades de la maladie ou une démence apparentée avec des troubles du comportement modérés.

Question 2	Quel est le fonctionnement du PASA ?
<b>E2</b>	Accueil de 14 patients maximum par jour du lundi au vendredi Professionnels : ergothérapeute, 2 ASG, médecin coordonateur, psychologue, infirmière en chef et directrice. Intervenants extérieurs : arthérapeute, musicothérapeute, psychothérapeute

Le PASA accueille de jour jusqu'à 14 patients. La musicothérapeute et l'arthérapeute interviennent un après-midi par semaine et la psychothérapeute fait de la thérapie assistée par l'animal une fois toutes les deux semaines.

Question 3	Comment s'organise la vie du patient au sein du PASA ?
<b>E2</b>	<p>Journée type :</p> <p>10h-10h30 : Arrivée des patients au PASA</p> <p>10h30 : Gymnastique douce/éveil musculaire</p> <p>11h30 : Préparation au repas</p> <p>12h45-13h30 : Repos après le repas</p> <p>14h-15h30: Activités</p> <p>15h30-16h : Pause</p> <p>16h : Atelier cognitif type jeu de mots ou atelier musicale ou atelier de presse avec l'ASG</p> <p>16h30 : Relaxation (chariot Snoezelen, massage)</p> <p>17h : Bilan de la journée</p> <p>18h : Retour des résidents à l'EHPAD</p> <p>Activités menées par l'ASG (groupe de 9 patients environ) : atelier cuisine, atelier cognitif ou travaux manuels.</p> <p>Activités menées par l'ergothérapeute (groupe de 4 à 5 patients) : ateliers cuisine, travaux manuels, atelier jardinage</p> <p>Autres : ateliers des intervenants extérieurs</p>

Les activités proposées par le PASA sont la gymnastique douce appelée "éveil musculaire" menée par les ASG, la mise en place de la table pour le repas de midi, une activité menée par les ASG ou l'ergothérapeute ou un intervenant extérieur l'après midi, la relaxation et un atelier (cognitif, chant ou presse) mené par l'ASG en fin de journée et le bilan de la journée avec les patients, l'ergothérapeute et l'ASG. Lors des ateliers, l'ergothérapeute stimule les capacités motrices (dextérité, préhensions...etc.), cognitives, sensorielles et sociales.

Question 4	Quel est le cadre mis en place pour les patients ?
E2	<p>Objectif : Maintenir un cadre de vie stable</p> <p>Service ouvert :</p> <p>Porte coulissante entre le PASA et l'EHPAD</p> <p>Surveillance par les professionnels</p> <p>Possibilité d'aller dans le jardin extérieur du PASA</p> <p>Décision pluridisciplinaire concernant la surveillance de chaque patient</p> <p>Liberté d'aller et venir difficile à gérer avec 14 patients</p>

Le PASA maintient un cadre stable pour limiter les sources d'angoisses pour les patients, les troubles du comportement. Le PASA est un service ouvert et les professionnels doivent surveiller en permanence les patients et en particulier ceux qui ont des troubles cognitifs importants.

Question 5	Comment fonctionne le travail d'équipe au PASA ?
E2	<p>Moyens de communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un réunion par semaine avec l'équipe PASA</li> <li>- Transmissions informatiques (bilan de la journée pour chaque patient)</li> <li>- Evaluation papier de chaque résident</li> <li>- Communication orale</li> </ul> <p>Chaque professionnel connaît son rôle et celui des autres</p> <p>Rôle de l'ergothérapeute mal connu au départ</p> <p>Présence d'un proche possible lors de l'intégration au PASA et lors d'une activité si besoin</p> <p>Pas de temps aménagé pour rencontrer les proches des patients, contacts rapides.</p> <p>Axes d'amélioration de la collaboration :</p> <p>Ergothérapeute à plein temps pour davantage communiquer avec les intervenants extérieurs</p> <p>Peu de connaissance de la musicothérapie</p> <p>Aucune collaboration</p>

Pendant les réunions interdisciplinaires, les intervenants extérieurs ne sont pas toujours présents. La communication orale est beaucoup utilisée entre l'ASG et les autres professionnels. Les professionnels connaissent leur rôle mais ne connaissent pas toujours le rôle des autres professionnels et en particulier celui des intervenants externes. Les professionnels sont peu en contact avec les proches des patients. Si l'ergothérapeute était à plein temps, elle pourrait davantage collaborer avec les intervenants extérieurs et les autres professionnels. L'ergothérapeute connaît peu le rôle de la musicothérapie et n'a jamais collaboré avec l'un d'eux.

Question 6	En quoi la collaboration entre un musicothérapeute et un ergothérapeute pourrait être pertinente dans l'amélioration de la prise en soin des troubles cognitifs et comportementaux de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en PASA ?
E2	<p>Musicothérapie :</p> <p>Stade avancé de la maladie</p> <p>Stimulation sensorielle aide à l'élaboration psychique</p> <p>Diminution de l'agitation et de l'anxiété, apaisement, décharge d'énergie</p> <p>Favorise l'échange verbal</p> <p>Médiation musicale : relation de triade avec un médiateur externe.</p> <p>Observer le travail de la musicothérapeute et discussion</p> <p>Atelier sensoriel avec la musicothérapeute, ASG et ergo.</p> <p>Collaborations ponctuelles si besoin</p> <p>Organisation du PASA : manque de temps</p>

Selon l'ergothérapeute, la musicothérapie est intéressante dans la prise en soins de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé. La stimulation sensorielle induite par la musique favorise l'élaboration psychique. La médiation musicale aide à limiter "l'argumentation excessive", le discours logorrhéique et à diminuer l'anxiété et l'agitation. Avant toute collaboration, il faut observer le travail de la musicothérapeute puis discuter avec elle à propos du rôle de chacun. Ensuite les deux professionnels pourraient mettre en place des ateliers en binôme pour certains patients comme un atelier sensoriel. Cependant, l'organisation du PASA fait que les professionnels ont peu de temps pour collaborer.

Question 1	Quel est le profil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer que vous prenez-vous en charge ?
<b>E3</b>	Diagnostic syndrome démentiel Tests NPI et MMS Pas de stade de la maladie en particulier Différence entre la théorie et la pratique Troubles comportementaux : déambulation, anxiété, délires/hallucinations, Troubles cognitifs : perte de mémoire, syndrome répétitif, logorrhée

Le PASA accueille des résidents de l'EHPAD avec un diagnostic de syndrome démentiel. Les patients Alzheimer sont à différents stades de la maladie.

Question 2	Quel est le fonctionnement du PASA ?
<b>E3</b>	PASA ouvert du lundi au vendredi Accueil de 10 à 12 résidents par jour Professionnels : ASG , AS, psychologue, ergothérapeute, relaxologue, musicothérapeute, professeur d'APA , médecin coordinateur

Le PASA est un accueil de jour. Chaque semaine, la psychologue travaille une à deux demi-journées, l'ergothérapeute deux à trois demi-journées et l'AS, la relaxologue, la musicothérapeute et le professeur d'APA interviennent une demi-journée.

Question 3	Comment s'organise la vie du patient au sein du PASA ?
E3	<p>Journée type :</p> <p>9h-10h : Accueil des patients : café, lecture du journal, temps de discussion</p> <p>10h-11h30 : Activité</p> <p>11h30 : Mise de table</p> <p>12h : Repas</p> <p>13h15/30 : Débarrassage des tables</p> <p>13h30-14h30 : Sieste</p> <p>14h30-15h45 : Activité</p> <p>15h45 : Gouter</p> <p>16h15 : Départ des patients</p> <p>Activités : ateliers cognitif (ASG ou psychologue), travaux manuels (ASG), cuisine et journal (ergothérapeute), jardinage</p>

Pour chaque activité, l'équipe du PASA forme des groupes homogènes de 3 à 5 patients en fonction des troubles cognitifs et du comportement. L'ASG mène l'atelier cognitif (mots fléchés, travail de la fluence verbale, rappel de souvenirs anciens, jeux d'orientation spatiale...etc.) et l'atelier travaux manuels. L'ergothérapeute mène l'atelier cuisine (choix et préparation d'un menu) et l'atelier journal.

Question 4	Quel est le cadre mis en place pour les patients ?
<b>E3</b>	PASA au sein de l'EHPAD : spacieux avec un jardin à l'extérieur Service ouvert Surveillance accrue des professionnels.  Limitation des troubles du comportement : recherche de la cause/discussion détourner/canaliser l'attention : proposer une activité, demander la participation

Le PASA étant un service ouvert, les professionnels maintiennent une surveillance accrue des résidents pour assurer leur sécurité. Pour canaliser les troubles du comportement, les professionnels recherche la cause du trouble en discutant avec la personne et lui propose de participer à une activité pour détourner l'attention.

Question 5	Comment fonctionne le travail d'équipe au PASA ?
E3	<p>Moyens de communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- logiciel de transmission</li> <li>- réunions</li> <li>- transmissions orales et écrites</li> </ul> <p>ASG : point central de la communication entre les professionnels</p> <p>Beaucoup d'échanges avec l'ASG et la psychologue</p> <p>Peu d'échanges avec les intervenants extérieurs : faible connaissance de leur rôle.</p> <p>Familles des patients informées lors de l'entrée au PASA</p> <p>Non intégration des familles au sein du PASA</p> <p>Communication avec les familles en dehors de la journée au PASA</p> <p>Axes d'amélioration de la collaboration :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>manque de temps</li> <li>assister aux ateliers des autres professionnels, créer des ateliers en collaboration avec certains professionnels</li> </ul>

L'ASG est au centre de la communication entre les professionnels. Les intervenants extérieurs ne sont pas toujours présents aux réunions. Les échanges ces derniers sont rares et les autres professionnels ont une faible connaissance de leur rôle. Les familles sont informées lors de l'entrée au PASA et lors de changements de l'état de santé du résident mais elles ne sont pas intégrées au plan de soins. Les professionnels manquent de temps pour organiser des temps de communication et de collaboration supplémentaires. L'ergothérapeute pense qu'il serait intéressant d'assister aux activités des autres professionnels et de créer des ateliers en collaboration.

Question 6	En quoi la collaboration entre un musicothérapeute et un ergothérapeute pourrait être pertinente dans l'amélioration de la prise en soin des troubles cognitifs et comportementaux de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en PASA ?
<b>E3</b>	Point commun : Utilisation de l'activité Ateliers en collaboration Utilisation de la musicothérapie active (utilisation d'instruments de musique) ou passive (écoute musicale) Travail de la dextérité, des préhensions, l'équilibre, la mémoire.

Le point commun entre l'ergothérapie et la musicothérapie est l'utilisation de l'activité comme support de prise en soins. Une collaboration est possible dans le cadre de la musicothérapie active ou passive. Avec la musicothérapie active, l'utilisation d'instruments de musique permet de travailler la dextérité, les préhensions ou l'équilibre assis/debout par exemple et avec la musicothérapie passive, l'écoute de différents morceaux de musique peut stimuler la mémoire.

#### 4.3. Analyse transversale

Question 1 : Les trois PASA ont des critères d'inclusion quasi similaires : le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée avec des troubles du comportement modérés, les résultats des tests NPI et MMS et le fait d'être un résident de l'EHPAD. Un des ergothérapeutes cite la nécessité d'un "diagnostic de syndrome démentiel" pour entrer au PASA. De plus, l'entrée d'un résident au PASA nécessite toujours une discussion pluridisciplinaire entre les professionnels de l'EHPAD et du PASA. Des patients situés à différents stades de la maladie d'Alzheimer sont présents dans les trois PASA. Selon les ergothérapeutes, les troubles comportementaux les plus prépondérants sont en premier la déambulation et l'apathie puis l'agitation, l'anxiété, les délires et les hallucinations et

les troubles cognitifs les plus courants sont en premier la perte de mémoire puis le manque d'attention et la logorrhée.

Question 2 : Les PASA accueillent 14 résidents par jour maximum du lundi au vendredi . Les professionnels présents dans les trois PASA sont les ASG, l'ergothérapeute, le psychologue et le médecin coordinateur. Selon les PASA, les intervenants extérieurs changent , on retrouve des animateurs, psychothérapeutes, arthérapeutes, relaxologues ou musicothérapeutes.

Question 3 :L'organisation des journées est relativement similaire dans les trois PASA, seules les activités proposées aux patients changent. Les activités les plus souvent proposées aux patients sont les ateliers cognitifs, cuisine, travaux manuels et jardinage. Dans tous les cas, les professionnels forment des groupes homogènes de patients pour un bon déroulement des activités. Il peuvent aussi faire des activités en individuel pour les patients ayant des besoins particuliers (ex : troubles du comportement très perturbateurs tels que des délires envahissants). La participation des patients n'est pas uniquement sollicitée pour les activités mais aussi pour le temps du repas de midi.

Question 4 : Dans ces trois situations, les PASA sont des services ouverts c'est à dire qu'il n'y a aucun système de fermeture des portes. La surveillance des professionnels est donc primordiale pour assurer la sécurité des patients et en particulier celle des personnes avec des troubles cognitifs importants. Pour limiter les troubles du comportement, un cadre rassurant est mis en place : discuter avec le patient, proposer des activités pour détourner l'attention, resituer la personne dans le temps et l'espace, mettre en place une routine.

Question 5 :Les moyens de communication utilisés dans les trois PASA sont les transmissions informatiques, les comptes-rendus écrits au sujet des patients ou des activités, les transmissions orales et les réunions.

Chaque professionnel connaît son rôle au sein du PASA mais ne connaît pas toujours le rôle des autres professionnels. Le rôle des ASG est compris car elles sont présentes les journées entières et aux réunions pluridisciplinaires, elles sont au centre de la communication entre les professionnels. En revanche, le rôle des intervenants extérieurs

(musicothérapeute, arthérapeute,...) est moins connu car ils interviennent ponctuellement au PASA et échangent peu avec les autres professionnels.

Les familles des patients sont informées lors de l'intégration des patients au sein du PASA mais elles ne sont pas intégrées au plan de soins du patient. En effet, les temps d'échange avec les proches sont plutôt rares et rapides. Il est possible qu'un membre de la famille soit présent lors d'une activité si l'équipe soignante pense que ceci est bénéfique pour le patient.

Pour améliorer la collaboration entre les professionnels d'un PASA, les ergothérapeutes interrogés pensent qu'il serait pertinent d'accentuer l'information des familles sur le fonctionnement du PASA et sur l'évolution du patient, d'améliorer la communication entre le PASA et l'EHPAD concernant l'évolution de chaque résident et de favoriser la mise en place d'activités créées et menées par différents professionnels du PASA. Cependant, le fait que certains professionnels (ergothérapeutes, intervenants extérieurs) ne travaillent pas à temps plein sur la structure constitue un frein à l'amélioration de la collaboration. En effet, ces professionnels ont souvent peu de temps libre pour échanger avec leurs collègues ou mettre en place de nouveaux projets.

Les trois ergothérapeutes connaissent peu le métier de musicothérapeute et n'ont jamais collaboré avec l'un d'eux. Deux parmi les trois PASA emploient un musicothérapeute. Les ergothérapeutes travaillant dans ces deux PASA connaissent en partie le travail du musicothérapeute grâce aux réunions lorsque le professionnel est présent.

Question 6 : Les ergothérapeutes interrogés ont pu observer les bienfaits de la musique et plus particulièrement de la musicothérapie auprès des patients. En effet, les patients sont plus impliqués lors d'une activité, moins agités et anxieux après une séance de musicothérapie. De plus, la musicothérapie semble favoriser la réminiscence des souvenirs et la communication verbale.

Selon les ergothérapeutes, une collaboration avec un musicothérapeute serait intéressante et possible. Après l'observation du travail de chacun, l'ergothérapeute et le musicothérapeute pourrait échanger afin de déterminer ce que chacun peut apporter au patient et ce qu'ils peuvent apporter ensemble. Puis, ils pourraient mettre en place en

binôme des ateliers de groupe ou individuels basés sur de la musicothérapie active ou passive. Un atelier de musicothérapie active où les patients jouent avec des instruments de musique pourrait permettre de stimuler la dextérité manuelle, les préhensions (la motricité en générale), la mémoire et à la fois la sensorialité, la communication avec autrui. Un atelier de musicothérapie passive basé sur de l'écoute musicale permettrait de favoriser la relaxation. Selon les besoins des patients, un atelier en collaboration avec la musicothérapeute et l'ergothérapeute peut permettre de stimuler les capacités motrices, cognitives, sensorielles, de communication et/ou de favoriser la détente.

## 5. Discussion

### 5.1. Analyse des résultats et liens avec les problématiques pratique et théorique

Selon le plan Alzheimer 2008-2012, les PASA accueillent uniquement les résidents des EHPAD présentant un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée avec des troubles du comportement modérés. Seulement une des personnes interrogées a évoqué la nécessité d'un diagnostic de syndrome démentiel. De plus, les trois PASA accueillent des résidents étant à différents stades de la maladie d'Alzheimer qui présentent des troubles cognitifs et comportementaux légers, modérés ou avancés. Il y a donc une différence entre la réalité et la théorie. La discussion pluridisciplinaire entre les professionnels de l'EHPAD et du PASA et la passation des tests NPI et MMS sont des procédures importantes et appliquées dans les trois situations pour l'entrée d'un résident au PASA. Pour intégrer un patient, les professionnels s'intéresse donc, en premier, aux facteurs personnels comme dans le MDH-PPH 2 : l'identité, les antécédents, les pathologies actuelles et les capacités de la personne. Si le patient correspond aux critères d'entrée, le PASA est un environnement adapté pour la prise en soins de troubles spécifiques de la personne.

Le plan Alzheimer cite également la création d'une nouvelle fonction : l'assistant de soins en gérontologie (ASG), et la nécessité "de renforcer les équipes avec des compétences nouvelles dans ce champ, notamment celles des psychomotriciens et des ergothérapeutes." En 2012, l'HAS recommande l'ergothérapie pour la stimulation

cognitive et motrice et la musicothérapie pour la prise en soins comportementale de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Les ASG, les ergothérapeutes et les psychologues sont présents dans les trois PASA, seuls les intervenants extérieurs changent (deux PASA emploient un musicothérapeute).

L'organisation journalière des PASA favorise l'appartenance à un groupe qui est l'un des critères de la qualité de vie. En effet, les activités thérapeutiques de groupe et les activités de vie en communauté (repas) stimulent les capacités restantes des patients, l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et la participation sociale. De plus, les professionnels prennent en compte la dimension des habitudes de vie relative au modèle MDH-PPH car les activités des PASA permettent la communication avec autrui, une liberté d'aller et venir dans le PASA, une stimulation des capacités à effectuer des tâches de la vie quotidienne et d'avoir un rôle social.

Le cadre rassurant mis en place au sein des PASA respecte les notions de survie et d'estime de la personne relatives à la qualité de vie. Les professionnels assurent la sécurité des patients grâce à une surveillance permanente. En cas de troubles du comportement, les professionnels n'empêchent pas la déambulation mais ils recherchent la cause du trouble en parlant avec le patient, resituent la personne dans le temps et l'espace et proposent des activités pour détourner l'attention de la personne avec quelque chose qui la rassure.

Concernant la collaboration interprofessionnelle, les réponses aux entretiens montrent qu'il y a un manque de communication interpersonnelle entre les professionnels internes au PASA (ASG, psychologue, ergothérapeute...) et les professionnels externes (musicothérapeute, arthérapeute...) en grande partie dû à un manque de temps (emploi à temps partiel, interventions ponctuelles, absences aux réunions pluridisciplinaires). C'est pourquoi les ergothérapeutes connaissent peu le rôle des musicothérapeutes et inversement. De plus, la musicothérapie est une profession qui est très peu ou non abordée durant la formation initiale de l'ergothérapeute. Il y a donc un besoin de clarification des rôles de chacun afin d'établir des objectifs communs. Un autre point important dans la collaboration est la mise en place de soins centrés sur la personne.

Dans les trois PASA, les professionnels valorisent la participation du patient lors des activités, en revanche, les proches de celui-ci ne sont pas vraiment intégrés au plan de soins. Les situations d'échange entre les professionnels et les familles sont rares.

## 5.2. Réponse à la question de recherche

Concernant la réponse à ma question de recherche, les entretiens avec les ergothérapeutes permettent de conclure qu'une collaboration entre les musicothérapeutes et les ergothérapeutes est possible, mais pour cela, chaque professionnel doit tout d'abord connaître le rôle de l'autre auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les professionnels interrogés imaginent des collaborations ponctuelles avec les musicothérapeutes car l'organisation des PASA leur fournit peu de temps pour préparer et mettre en place de nouvelles choses. Cette collaboration consisterait à créer et mettre en place en binôme des ateliers de groupe ou en individuel basés sur de la musicothérapie active ou passive. Selon les troubles des patients, ces ateliers permettraient de stimuler divers capacités (cognitives, motrices, sensorielles ou de communication) et/ou de limiter certains troubles comportementaux (anxiété, logorrhée, déambulation...).

## 5.3. Critique et biais de la méthode de recherche

Malgré de nombreux essais, je n'ai pas obtenu d'entretien avec un musicothérapeute ce qui a été pénalisant pour répondre à ma question de recherche. Le témoignage d'un musicothérapeute aurait permis d'apporter plus d'informations concernant la formation initiale, la pratique en PASA, les connaissances sur l'ergothérapie et la collaboration avec un ergothérapeute.

Cette étude présente certains biais. Tout d'abord, je n'ai pas obtenu d'entretien avec un musicothérapeute. De plus, le premier ergothérapeute interrogé travaille dans un PASA qui est ouvert depuis un mois et demi c'est pourquoi l'organisation de la structure est en cours de mise en place. Et il s'agit de la première expérience en PASA de cet ergothérapeute même s'il a une expérience importante en EHPAD. Ces deux facteurs ont pu limiter les réponses à certaines questions durant l'entretien. Enfin, les ergothérapeutes interrogés ont peu de connaissance sur la musicothérapie et n'ont

jamais travaillé avec un musicothérapeute c'est pourquoi ils avaient des difficultés à imaginer le type de collaboration avec ce professionnel.

#### 5.4. Ouverture

L'information des étudiants en formation initiale d'ergothérapie et de musicothérapie sur le rôle des autres professionnels apparaît comme une nécessité pour qu'une collaboration entre eux puissent se mettre en place plus facilement. Afin de cibler le rôle de chacun, il est important de connaître leurs domaines d'activité et leur référentiel d'activité.

Il serait intéressant de compléter cette étude avec des recherches concernant l'impact réel qu'aurait une collaboration ergothérapeute-musicothérapeute sur les patients Alzheimer et l'éventuelle existence de cette pratique en binôme dans des pays étrangers.

En ce qui concerne ma future pratique professionnelle, j'espère avoir un jour l'opportunité de travailler en collaboration avec un musicothérapeute pour la prise en soins de la maladie d'Alzheimer ou d'autres pathologies. D'autre part, j'aimerais faire une formation sur l'utilisation de la musique en ergothérapie ou une formation de sensibilisation à la musicothérapie pour que je puisse utiliser la musique comme médiation dans ma pratique professionnelle.

## Conclusion

La réalisation de ce mémoire est une première initiation à la recherche scientifique dans le cadre de mes études d'Ergothérapie. La problématique pratique de mon mémoire montre que l'ergothérapie et la musicothérapie ont un rôle bénéfique sur les troubles cognitifs et comportementaux des personnes présentant une maladie d'Alzheimer. Des entretiens semi-directifs auprès de trois ergothérapeutes travaillant en Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ont permis de répondre à ma question de recherche :

En quoi la collaboration entre un musicothérapeute et un ergothérapeute pourrait être pertinente dans l'amélioration de la prise en soins des troubles cognitifs et comportementaux de la maladie d'Alzheimer en PASA ?

Une collaboration ponctuelle entre un ergothérapeute et un musicothérapeute est pertinente dans le cadre de la mise en place en binôme d'ateliers de groupe ou individuels basés sur de la musicothérapie active ou passive. L'objectif de ces ateliers est de stimuler les capacités cognitives, motrices, sensorielles, de communication et de limiter les troubles du comportement. Pour qu'une telle collaboration se mette en place, chaque professionnel doit connaître son rôle et celui de son collaborateur, de plus, l'organisation du PASA doit permettre aux professionnels d'avoir le temps nécessaire pour créer un atelier.

Des entretiens auprès de musicothérapeutes ainsi qu'une recherche sur l'existence de cette collaboration ergothérapeute-musicothérapeute à l'étranger permettraient de répondre de manière plus approfondie à ma question de recherche.

Enfin, il sera important de prendre en compte le nouveau Plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019 [22]. Les orientations et mesures du PMND s'inscrivent dans la Stratégie nationale de santé et la Stratégie nationale de recherche. Elles s'appuient sur les travaux conduits dans le champ du handicap et sur les avancées permises par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur le 1er janvier 2016 (accompagnement de l'autonomie des personnes âgées : réforme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA, et création du droit au répit pour les aidants) et le projet de loi relatif à la santé (renforcement de la prévention, réorganisation

des soins de proximité à partir du médecin généraliste, développement des droits des patients). Le rapport d'évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012 a fait des constats qui ont permis de mettre en évidence les préconisations utiles à l'élaboration du PMND : la poursuite et l'amplification des actions et l'élargissement à d'autres problématiques proches. L'élaboration du PMND s'est également appuyé sur une analyse des besoins des personnes touchées par les maladies d'Alzheimer et apparentées, de Parkinson et apparentées, de la sclérose en plaques (SEP) et plus ponctuellement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) et d'Huntington. Les objectifs et propositions ont été élaborés de manière à répondre à un ensemble de besoins communs sans oublier les spécificités de chaque maladie, l'impact important du vieillissement et les difficultés particulières rencontrées par les malades jeunes. Le PMND 2014-2019, se compose de 4 axes stratégiques pour 12 enjeux et comprend 96 mesures. Il a trois priorités : Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades (coordination renforcée médecin traitant-neurologue ; création de 24 centres experts dédiés à la SEP, consolidation des 25 centres spécialisés Parkinson, en complément des centres de référence Alzheimer existants ; 100 nouveaux dispositifs MAIA ; développement de l'éducation thérapeutique pour les patients et leurs aidants), Assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants (74 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA), 65 nouvelles plateformes d'accompagnement et de répit, maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle pour les malades jeunes, solutions numériques \_ alertes par SMS, applications sur Smartphone ou tablettes \_ pour améliorer l'autonomie des patients) et Développer et coordonner la recherche.

## Bibliographie

- [1]. INSERM. (page consultée le 6/12/2015). Alzheimer. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychoatrie/dossiers-d-information/alzheimer>
- [2] France Alzheimer. (page consultée le 22/08/2015). Définition de la maladie d'Alzheimer. Disponible sur : <http://www.francealzheimer.org/la-maladie-d-alzheimer/d%C3%A9finition-de-la-maladie-d-alzheimer/104#sthash.GDzG2lty.dpuf>
- [3] Santé Médecine.(page consultée le 19/05/2015). Alzheimer - Maladie d'Alzheimer. Disponible sur : <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/43-alzheimer-maladie-d-alzheimer>
- [4] Graff Maud J.L. et al. Ergothérapie en milieu ordinaire de vie pour des patients atteints de démence et pour les aidants : essai contrôlé randomisé. Revue ergothérapies. 2011 ; revue n°41 ; 5-16.
- [5] France Alzheimer.(page consultée le 22/08/2015). Les symptômes. Disponible sur : <http://www.francealzheimer.org/sympt%C3%B4mes-et-diagnostic/sympt%C3%B4mes>
- [6] Société Alzheimer Canada.(page consultée le 6/12/2015). Les stades de la maladie d'Alzheimer. Disponible sur : <http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Stages-of-Alzheimer-s-disease#stade-leger>
- [7] Fondation Recherche Alzheimer. (page consultée le 6/12/2015). Causes, symptômes et stades. Disponible sur : <http://www.alzh.org/fr/maladie-dalzheimer/causes-sympt%C3%B4mes-stades>
- [8] HAS. (page consultée le 23/08/2015). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prise\\_en\\_charge.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf)
- [9] HAS. (page consultée le 09/12/2015). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_suivi\\_medical\\_des\\_aidants\\_naturels.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_suivi_medical_des_aidants_naturels.pdf)

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie\\_dalzheimer -  
suivi medical des aidants naturels - argumentaire 2010-03-31 15-38-54 749.pdf](http://sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/maladie_dalzheimer_-_suivi_medical_des_aidants_naturels_-_argumentaire_2010-03-31_15-38-54_749.pdf)

[10]HAS. (page consultée le 09/12/2015). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics\\_alzheimer\\_suivi\\_medical.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_alzheimer_suivi_medical.pdf)

[11]ANFE. (page consultée le 19/05/2015). L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

[12] France Alzheimer. (page consultée le 09/12/2015). MAIA, un dispositif encore méconnu des familles. Disponible sur : <http://www.francealzheimer.org/maia-dispositif-encore-m%C3%A9connu-familles/710#sthash.ZKGwuvkv.dpuf>

[13] Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 09/12/2015). Rapports d'activités 2011, Équipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA), Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)(Mesures 6 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012). Disponible sur : [http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Alzheimer\\_activite\\_2011\\_ESA-PASA-UHRdef\\_18102012\\_2.pdf](http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Alzheimer_activite_2011_ESA-PASA-UHRdef_18102012_2.pdf)

[14] Direction générale de l'action sociale. (page consultée le 09/12/2015). Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesPASA\\_et\\_UHR-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesPASA_et_UHR-2.pdf)

[15]AFEG.(page consultée le 25/08/2015). Ergothérapeute DE en Equipe Spécialisée Alzheimer [ESA] au sein des Services de Soins Infirmiers à Domicile. Disponible sur : [http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche\\_poste/Fiche\\_AFEG\\_ESA.pdf](http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche_poste/Fiche_AFEG_ESA.pdf)

[16]AFEG.(page consultée le 25/08/2015).Ergothérapeute DE au sein d'une Unité Cognitivo-Comportementale. Disponible sur : [http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche\\_poste/Fiche\\_AFEG\\_UCC.pdf](http://www.afeg.asso.fr/doc/fiche_poste/Fiche_AFEG_UCC.pdf)

[17]LECOURT, Edith (2005) : La musicothérapie. Paris : Editions Eyrolles.

[18] Raglio A, Gianelli MV. Music therapy for individuals with dementia: areas of interventions and research perspectives. Curr Alzheimer Res. 2009; 6: 293-301.

[19] Réseau international sur le Processus de production du handicap. (page consultée le 10/02/2016). Le MDH-PPH. Disponible sur : <http://www.ripph.qc.ca/fr/mdh-pph/mdh-pph>

[20] Canadian Interprofessional Health Collaborative. (page consultée le 15/02/2016). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Disponible sur : [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)

[21]Gérontologie en institution. (page consultée le 15/02/2016). Maslow, Henderson, Soins. Disponible sur : <http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.html>

[22] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (page consultée le 25/05/2016). Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives\\_def.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf)

Annexe I : Revue de littérature

Annexe II : Questionnaire destiné aux musicothérapeutes

Annexe III : Questionnaire destiné aux ergothérapeutes

Annexe IV: Questionnaire destiné aux ergothérapeutes travaillant en PASA

Annexe V : Schéma de la composante PPH du MDH-PPH (1998)

Annexe VI : Schéma du MDH-PPH 2 (2010)

Annexe VII : Schéma de la collaboration interprofessionnelle

Annexe VIII : Pyramide des besoins de Maslow (1943)

Annexe IX : Matrices conceptuelles

Annexe X : Grille d'entretien semi-directive

## Annexe II : Questionnaire destiné aux musicothérapeutes

1. Quels sont les principaux objectifs du musicothérapeute avec les patients Alzheimer ?
2. Quels moyens utilise-t-il pour répondre à ces objectifs ? ( musicothérapie active et/ou passive ?...)
3. La prise en charge est -elle personnalisée ? La prise en charge se fait plutôt en individuel ou en groupe ?
4. Le musicothérapeute peut-il agir plus spécifiquement sur les troubles du comportement et de la communication ?
5. Connaissez-vous le métier d'ergothérapeute ? Avez-vous déjà travaillé en collaboration avec un ergothérapeute ? Si oui, quel type de travail avez-vous réalisé ensemble ?
6. Dans quel contexte pensez-vous qu'un ergothérapeute et un musicothérapeute pourraient collaborer (dans le cadre de la maladie d'Alzheimer) ?
7. Pensez-vous qu'il y a des points communs entre la pratique de l'ergothérapeute et celui du musicothérapeute ?

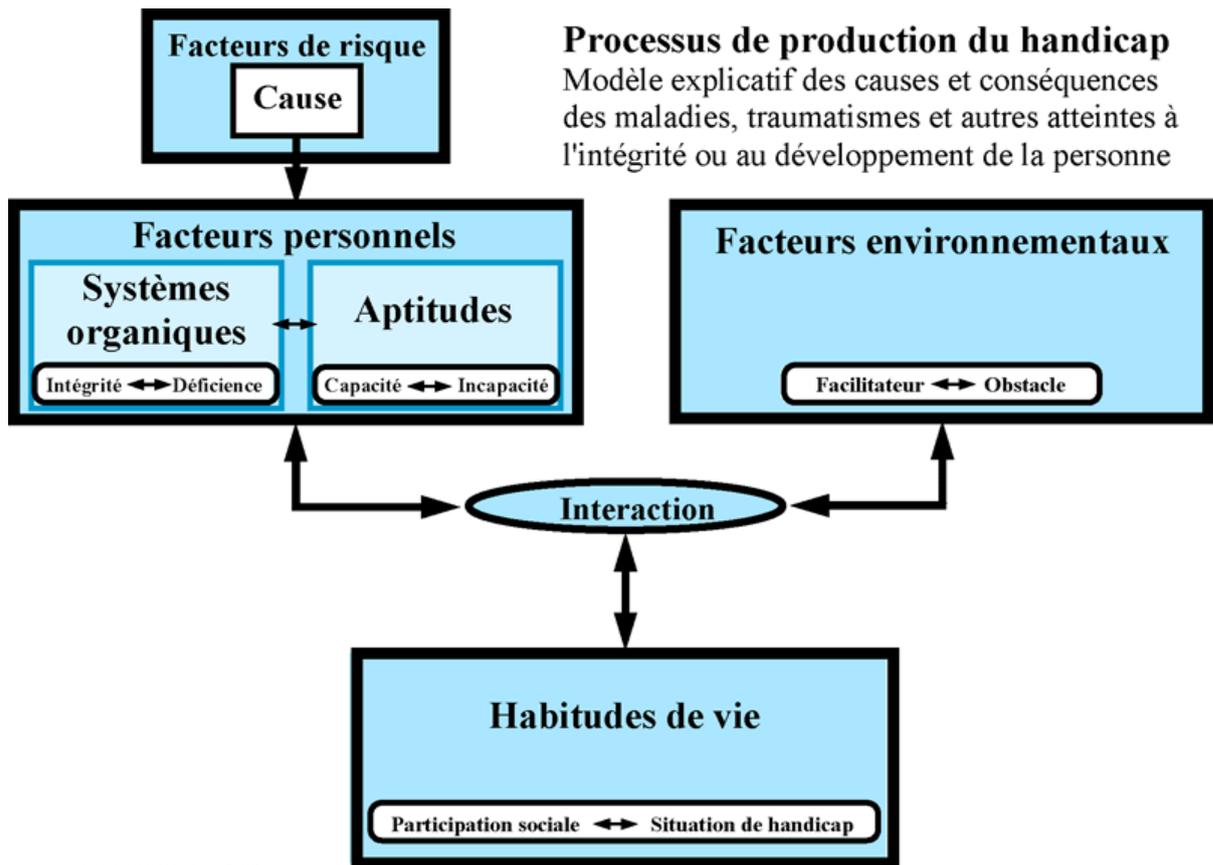
### Annexe III : Questionnaire destiné aux ergothérapeutes

1. Quels sont vos principaux objectifs avec les patients Alzheimer ?
2. Quels moyens utilisez-vous pour répondre à ces objectifs ?
3. Votre prise en charge est-elle personnalisée? Est-elle plutôt en individuel ou en groupe ?
4. Comment agissez-vous plus spécifiquement sur les troubles du comportement et de la communication ?
5. Connaissez-vous le métier de musicothérapeute ? Avez-vous déjà travaillé en collaboration avec un musicothérapeute ? Si oui, quel type de travail avez-vous réalisé ensemble ?
6. Dans quel contexte pensez-vous qu'un ergothérapeute et un musicothérapeute pourraient collaborer (dans le cadre de la maladie d'Alzheimer) ?
7. Pensez-vous qu'il y a des points communs entre la pratique de l'ergothérapeute et celui du musicothérapeute ?

#### Annexe IV : Questionnaire destiné aux ergothérapeutes travaillant en PASA

1. Quels sont les critères d'admission des personnes âgées en PASA ?
2. Quels sont les troubles cognitifs, comportementaux ou autres les plus prépondérants chez les patients Alzheimer en PASA ?
3. Quelles sont les activités proposées en ergothérapie avec les patients Alzheimer ?

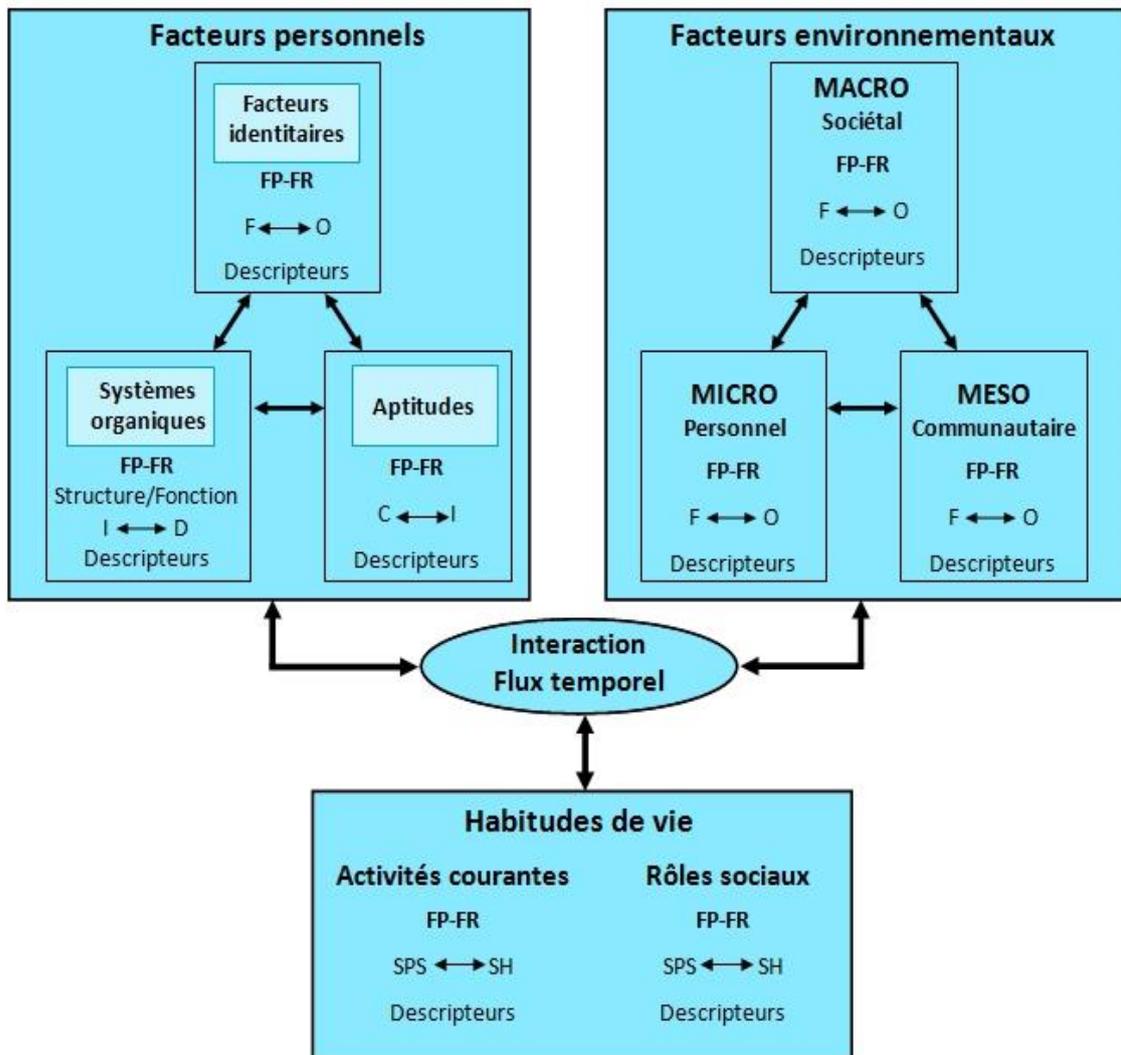
Annexe V : Schéma de la composante PPH du MDH-PPH (1998)



© RIPPH/SCCIDIH 1998

Annexe VI : Schéma du MDH-PPH 2 (2010)

**Modèle de développement humain  
et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2)  
(Fougeyrollas, 2010)**



**Légende:**  
 FP-FR : Facteur protecteur-Facteur de risque  
 F ↔ O : Facilitateur ↔ Obstacle  
 I ↔ D : Intégrité ↔ Déficience  
 C ↔ I : Capacité ↔ Incapacité  
 SPS ↔ SH : Situation de participation sociale ↔ Situation de handicap

Annexe VII : Schéma de la collaboration interprofessionnelle

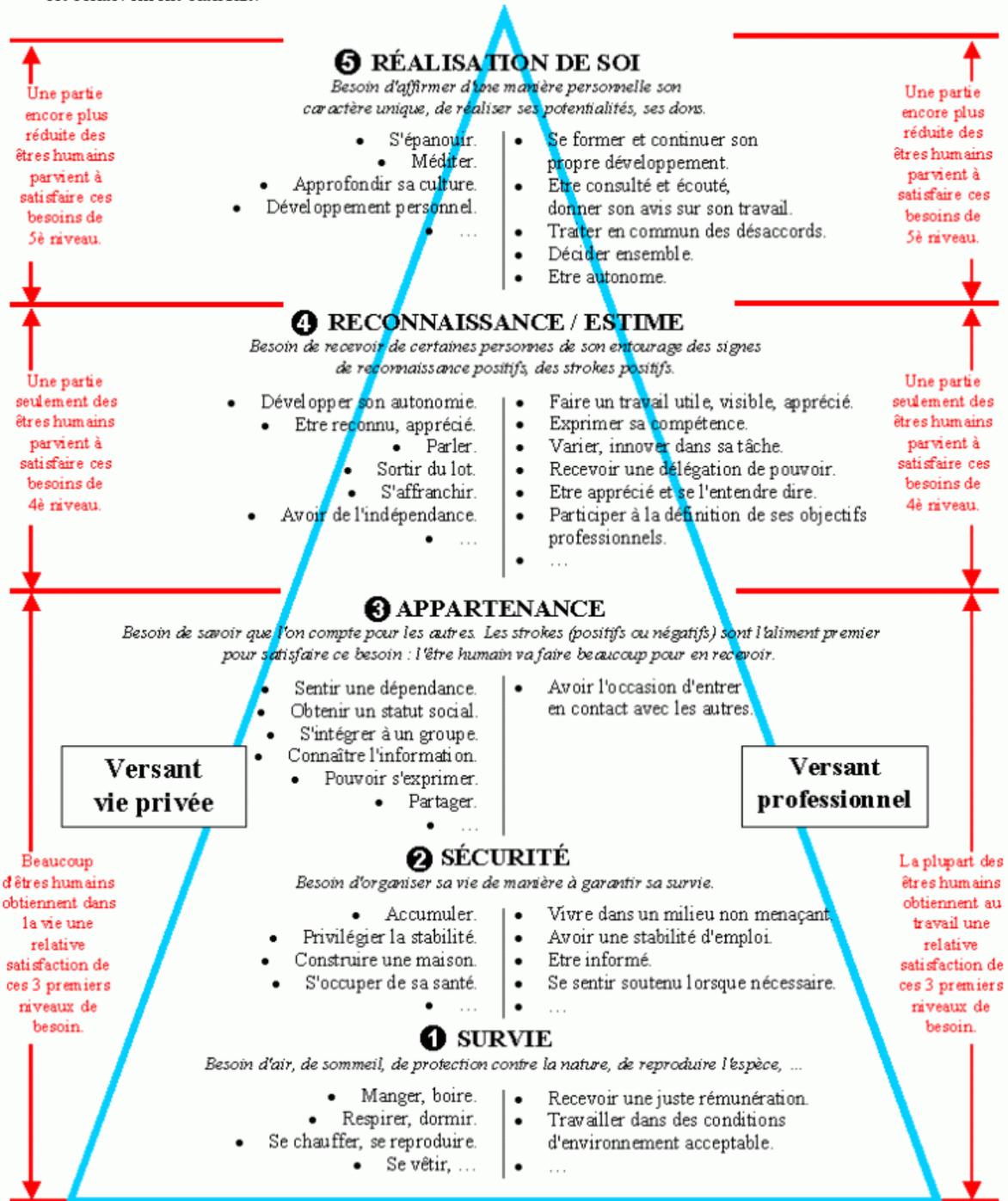
Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme



## Annexe VIII : Pyramide des besoins de Maslow (1943)

Besoins propres au monde occidental.

1. pyramide particulièrement intéressante pour le monde du travail
2. les humains ne ressentent l'apparition d'un besoin supérieur que lorsque le besoin actuel est relativement satisfait.



Annexe IX : Matrices conceptuelles

MODELE CONCEPTUEL	CRITERES	INDICATEURS	INDICE
----------------------	----------	-------------	--------

MDH-PPH2 (Fougeyrollas,2010)	Facteurs personnels	Facteurs identitaires	Nom, prénom, âge, sexe, Statut socioéconomique : profession antérieur, parcours scolaire, contexte familial...etc. Lieu de vie antérieur
	Facteurs environnementaux	Systemes organiques	Antécédents médicaux Pathologie(s) actuelle(s)
		Aptitudes	Capacités et incapacités : motrices, cognitives, sensibles, de communication...etc.
		MACRO sociétal (politiques, lois, organisation des services, orientation des décideurs et définition des priorités, budgets de santé et développement social, mouvements associatifs, défense des droits)	Lois : Décrets/articles relatifs au milieu hospitalier et à l'exercice professionnel en PASA Le fonctionnement et l'organisation du PASA. Les projets de développement du PASA. Existence d'associations de soutien (ex : France Alzheimer...)
Habitudes de vie	MESO sociétal (commerces, transports, rôles sociaux, infrastructures...)	La personne peut ou ne peut pas sortir à l'extérieur du PASA. Le rôle social de la personne Alzheimer à ce jour. Agencement architectural du PASA.	
	MICRO sociétal (domicile, proches, travail,...)	Le domicile familial de la personne, les aidants naturels, la famille, les proches.	
		Activités courantes	- Communication : La personne Alzheimer communique verbalement et/ou non verbalement. - Déplacements : la personne est autonome ou

		Rôles sociaux	<p>dépendante pour les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du PASA. La personne déambule ou pas dans le PASA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrition : la personne est autonome ou dépendante pour prendre ses repas. Elle présente une dénutrition ou pas.</li> <li>- Conditions corporelles : la personne est autonome ou dépendante pour l'habillement.</li> <li>- Soins personnels : la personne est autonome ou dépendante pour la toilette.</li> <li>- Habitation : participation de la personne dans la vie, l'entretien du domicile, du PASA.</li> <li>- Responsabilités : les professionnels et les aidants ont des responsabilités envers la personne Alzheimer.</li> <li>- Relations interpersonnelles : les relations que la personne entretient avec les professionnels, les aidants, les proches, les autres patients.</li> <li>- Vie communautaire : les différents acteurs se respectent entre eux et ont chacun un rôle social dans le PASA.</li> <li>- Travail : le PASA est le lieu d'exercice des professionnels</li> <li>- Loisirs antérieurs de la personne Alzheimer.</li> </ul> <p>Activités proposées PASA.</p>
--	--	---------------	--

<b>CONCEPT lié à la personne Alzheimer en PASA</b>	<b>CRITERE ( 5 niveaux)</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>INDICES</b>
<p>Pyramide des besoins de Maslow, 1943</p> <p>Versant de la vie privée</p>	<p>1) La survie (besoins vitaux)</p>	<p>Manger/boire, respirer, dormir, se chauffer, se vêtir, environnement sécurisant</p>	<p>Les professionnels du PASA font preuve de bienveillance, d'écoute et d'empathie envers la personne Alzheimer. Les professionnels respectent et écoutent les besoins nutritionnels, de sommeil...etc. de la personne.</p>
	<p>2) La sécurité (organiser sa vie pour garantir sa survie)</p>	<p>Privilégier la stabilité</p>	<p>L'environnement est spacieux et chaleureux, il permet la déambulation dans le PASA</p>
		<p>Lieu de vie</p>	<p>L'environnement est contenant et rassurant. Les professionnels respectent les habitudes de vie de la personne.</p> <p>Les lieux de vie de la personne Alzheimer : PASA, EHPAD, autres...etc.</p>
	<p>3)L'appartenance (besoin de savoir que l'on compte pour les autres : les strokes positifs et</p>	<p>Santé</p> <p>Sentir une dépendance</p>	<p>L'état de santé est surveillé par les professionnels de santé : suivis médicaux et paramédicaux réguliers. Avec la personne Alzheimer, il faut souvent prévenir les risques de fugue.</p> <p>La personne présente une diminution de l'autonomie. Le ressenti de la personne concernant son</p>

	<p>négatifs sont l'aliment)</p>		<p>autonomie est positif ou plutôt négatif. L'équipe de professionnels favorise l'autonomie dans les AVQ (Actes de la Vie Quotidienne): l'ergothérapeute joue un rôle prépondérant dans cette stimulation de l'autonomie dans les AVQ)</p> <p>Le statut socioéconomique de la personne : la profession, le parcours scolaire, la famille, ...etc. Le ressenti actuel de la personne concernant son statut social.</p>
	<p>4) Reconnaissance, estime ( besoin de recevoir de son entourage des signes de reconnaissance positifs, des strokes positifs)</p>	<p>Statut social</p> <p>Intégrer un groupe</p>	<p>La personne peut communiquer ou pas avec les autres. Elle a conscience de l'autre et le respecte. Les relations que la personne entretient avec les professionnels et les autres patients du PASA.</p>
		<p>S'exprimer, partager</p> <p>Favoriser/maintenir une autonomie, une indépendance</p>	<p>La communication verbale est altérée ou pas. Si elle est altérée, la personne, les professionnels et son entourage utilisent la communication non verbale pour pouvoir échanger.</p> <p>Travail avec l'ergothérapeute sur les AVQ et application des autres professionnels</p>

	<p>5) La réalisation de soi (besoin d'affirmer son caractère, de réaliser ses potentialités)</p>	<p>Etre reconnu, apprécié</p> <p>S'épanouir, méditer</p>	<p>(ex : inciter la personne à faire des choix, à exécuter une tâche seule...)</p> <p>Les professionnels sont à l'écoute, encouragent la personne et respectent sa dignité humaine (ex : respect du refus de soins, bienveillance). Le patient est une personne avec une histoire de vie.</p> <p>La personne peut exprimer ses volontés, ses besoins, ses idées...etc.</p> <p>La personne peut participer à la vie quotidienne du PASA : elle peut montrer ses habilités, se rendre utile.</p> <p>Les professionnels doivent respecter les convictions religieuses de la personne.</p>
--	--	--	--

CONCEPT	CRITERES 6 Domaines de compétences	INDICATEURS	INDICE
<p>Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme</p> <p>FÉVRIER 2010</p> <p>CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé)</p>	<p>1) Communication interpersonnelle</p>	<p>Mettre en place des principes de communication adaptés au travail en équipe</p> <p>Ecouter activement les autres membres de l'équipe, les personnes et leurs proches</p> <p>Communiquer de manière à ce que tous aient une même compréhension des décisions relatives aux soins et services</p> <p>Développer des relations de confiance avec les personnes, leur proches, les autres membres de leur équipe</p> <p>Utiliser les technologies de l'information et des communications de manière efficace</p>	<p>Utilisation de moyens de communication les plus efficaces et formels possibles par tous les professionnels du PASA : outil informatique, supports écrits, réunions...etc.</p> <p>Capacité d'écoute de l'ergothérapeute et du musicothérapeute</p> <p>Outils de communication accessibles et compréhensibles pour tous les professionnels</p> <p>L'ergothérapeute et le musicothérapeute construisent des liens solides avec le patient, ses proches et les autres professionnels pour un prise en soin optimale</p> <p>Pour cela, les professionnels doivent : identifier des objectifs partagés; élaborer de manière concertée les plans de soins partagés; soutenir la prise de décisions partagée; partager les responsabilités de soins entre les membres de l'équipe; respecter les membres de l'équipe, y compris la personne et ses proches.</p>

	<p>2) Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté</p> <p>1) et 2) soutiennent les autres</p>	<p>Soutenir la participation des personnes, de leurs proches et de la communauté (partenaires du personnel qui aide à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins ou des services)</p> <p>Partager l'information avec les personnes (ou les proches et la communauté) de façon respectueuse et de manière à ce qu'elle soit compréhensible, qu'elle encourage la discussion et qu'elle favorise la participation à la prise de décision</p> <p>S'assurer que la personne, les proches et les autres personnes participant aux soins ou aux services prodigués reçoivent de l'information et un soutien approprié de la part des apprenants et des professionnels</p> <p>Ecouter avec respect les besoins exprimés par toutes les parties concernées tout au long de la planification et de la prestation des soins ou des services.</p>	<p>Inclusion des aidants naturels, proches...etc au plan de soin</p> <p>L'ergothérapeute, le musicothérapeute et les autres professionnels informent la personne, avec un langage adapté, sur la pathologie, les traitements médicamenteux ou non médicamenteux, les modalités de prise en soin...etc.</p> <p>Les professionnels échangent verbalement avec les proches, fournissent des écrits simples (ex : plaquettes sur la maladie d'Alzheimer), proposent un accompagnement de soutien et de conseils.</p> <p>Notions de respect et d'empathie envers le patient, ses proches, les autres professionnels.</p> <p>Description du rôle de l'ergothérapeute, musicothérapeute et des autres professionnels dans le PASA</p>
	<p>3) Clarification des rôles</p>	<p>Décrire leur propre rôle et celui des autres</p>	

		<p>Reconnaitre et respecter la diversité des autres rôles, des responsabilités et des compétences en matière de santé et de services sociaux</p> <p>Assumer leur propre rôle tout en respectant la culture d'autrui</p> <p>Communiquer dans un langage approprié (leur rôle, leur savoir, leurs habiletés et leurs attitudes)</p> <p>Recourir aux habiletés et au savoir des autres</p> <p>Tenir compte du rôle des autres pour définir leur propre rôle professionnel et interprofessionnel</p> <p>Intégrer les rôles et compétences de manière continue et cohérente dans les modèles de prestation de soins et de services</p> <p>Comprendre les processus de développement des équipes</p>	<p>Reconnaissance et respect de tous les professionnels du PASA</p> <p>L'ergothérapeute et le musicothérapeute assument leur rôle et respectent les convictions/croyance des autres professionnels et des patients (Déontologie/Ethique)</p> <p>Capacités d'adaptation du mode de communication, du langage de l'ergothérapeute et du musicothérapeute en fonction du public</p> <p>Demander l'intervention d'un autre professionnel du PASA pour répondre à un besoin du patient lorsque l'ergothérapeute et/ou le musicothérapeute ne peuvent y répondre</p> <p>L'ergothérapeute et le musicothérapeute n'effectuent pas des tâches qui ne sont pas les leurs (Loi, compétences)</p> <p>Chaque professionnel a un rôle bien défini tout au long de la prise en soi personnalisée de la personne Alzheimer</p> <p>Comprendre qu'un développement continu du fonctionnement des équipes de professionnels est nécessaire dans le PASA</p>
--	--	--	---

	<p>4) Travail d'équipe</p>	<p>Etablir un ensemble de principes régissant le travail en collaboration de manière à respecter les valeurs éthiques des membres de l'équipe</p> <p>Améliorer l'efficacité des discussions et des interactions entre les membres d'une même équipe</p> <p>Participer à la prise de décisions en collaboration et respecter la participation de tous les membres de l'équipe</p> <p>Réfléchir à la manière dont ils interagissent avec les apprenants, les professionnels de l'équipe, les personnes et leurs proches</p> <p>Etablir et entretenir des relations de travail saines et efficaces avec les apprenants et les professionnels de l'équipe ainsi qu'avec la personne et les proches, qu'une équipe formelle existe ou non</p> <p>Respecter l'éthique du groupe, les questions de confidentialité, d'allocation des ressources et de professionnalisme.</p>	<p>Respect de la loi éthique dans le milieu hospitalier</p> <p>Moyens de communication entre les professionnels : Planifier régulièrement des temps de réunion, d'échanges formels, fournir des comptes-rendus écrits et accessibles à tous...etc.</p> <p>Participation de tous les professionnels à la prise de décisions en collaboration lors de réunions concernant le plan de soin, l'organisation des équipes...etc.</p> <p>Définition des moyens de communication les plus adaptés avec le professionnels, les patients, les proches</p> <p>Notions de respect de l'autre, de communication</p> <p>Respect de la loi, l'éthique (secret professionnel), la déontologie</p>
	<p>5) Leadership collaboratif</p>	<p>Collaboration visant à produire des résultats optimaux pour la personne</p>	<p>Objectif d'une prise en soin la meilleure possible</p>

	6) Résolution de conflits interprofessionnels	<p>Promotion de relations de travail fondées sur l'interdépendance entre tous les participants</p> <p>Adoption de méthodes efficaces de travail en équipe</p> <p>Adoption de mesures qui facilitent une prise de décisions efficace</p> <p>Développement d'un climat de travail permettant la collaboration entre tous les participants</p> <p>Co-crédation d'un environnement de travail propice au leadership concerté et à la pratique en collaboration</p> <p>Mise en œuvre de principes de concertation pour la prise de décisions</p> <p>Intégration de principes d'amélioration continue de la qualité aux procédures de travail et aux résultats.</p> <p>Apprécier la nature potentiellement positive des conflits</p> <p>Reconnaître les risques de conflit et prendre des mesures constructives pour y</p>	<p>Chaque professionnel a besoin des compétences des autres professionnels pour atteindre tous les objectifs du plan de soin</p> <p>Exemples : réunions, brainstorming, votes,... mise en commun des connaissances et des idées de chacun</p> <p>Environnement calme, d'écoute et de respect de l'autre,...etc.</p> <p>Choix du/des leader(s) pour aider les professionnels à se centrer ou à travailler plus efficacement ensemble ou à faire le lien entre la personne/ses proches et l'équipe centré (relation d'aide)</p> <p>Exemples de principes : Echanges formels ou informels par différents moyens de communication (oral, écrit, informatique...)</p> <p>Mise en place de protocoles d'amélioration de la qualité des soins, de la collaboration...etc.</p> <p>Capacité de chacun à reconnaître l'éventuel effet positif d'un conflit sur les professionnels et/ou le PASA</p> <p>Identifier les situations courantes susceptibles de mener à des différends ou à des conflits. Connaître et</p>
--	---	--	---

		<p>faire face</p> <p>Etablir des procédures pour résoudre les différends</p> <p>Travailler à la gestion et à la résolution des différends</p> <p>Créer un environnement propice à l'expression d'opinions différentes</p> <p>Atteindre un niveau de consensus entre les tenants d'opinions diverses et en permettant à tous les membres de l'équipe de sentir que leur opinion a été entendue, quel que soit le dénouement.</p>	<p>maîtriser des stratégies de gestion de conflits. Ex : ambiguïté concernant les différents rôles, les contraintes hiérarchiques et des objectifs divergents</p> <p>Ex : mesures de rassemblement des équipes pour échanger au sujet du différend</p> <p>Ex : analyser leurs causes et trouver une solution acceptable</p> <p>Respect de l'autre/des idées/opinions de chacun , libre expression</p> <p>Ecoute et prise en compte des dires de tous les professionnels</p>
--	--	---	---

# Entretien

---

Personne interrogée : profession, date du diplôme, expérience professionnelles, formation(s) complémentaire(s).

## MDH-PPH 2

Quel est le profil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer que vous prenez-vous en charge ?

*Quel est le stade de la maladie ?*

*Quels sont les troubles cognitifs et comportementaux les plus prépondérants ?*

Quel est le fonctionnement du PASA ?

*Quelle est le nombre maximal de patients pouvant être accueillis ?*

*Quels sont les professionnels qui travaillent au sein du PASA ?*

*Quels sont les horaires d'ouverture du PASA ?*

## Pyramide de Maslow

Comment s'organise la vie du patient au sein du PASA ?

*Pourriez-vous me décrire une journée type au PASA ?*

*Quelles activités ou ateliers sont proposés aux patients et par qui sont-ils menés ?*

Quel est le cadre mis en place pour les patients ?

*Les patients sont-ils libres de déambuler à l'intérieur du PASA ? Peuvent-ils faire des sorties à l'extérieur seuls ou accompagnés ?*

*Peuvent-ils participer à la vie quotidienne du PASA ?*

*Comment les professionnels réagissent en cas de troubles du comportement perturbateurs ?*

## Collaboration interprofessionnelle

Comment fonctionne le travail d'équipe au PASA ?

*Quels sont les moyens de communication utilisés entre les professionnels ?*

*Est-ce que les professionnels du PASA connaissent leur rôle est celui de leurs collègues de travail ?*

*Les proches de la personne sont-ils informés et intégrés au plan de soin ?*

*Quels axes d'améliorations pourraient être apportés ?(qualité et efficacité des échanges entre les professionnels)*

**En quoi la collaboration entre un musicothérapeute et un ergothérapeute pourrait être pertinente dans l'amélioration de la prise en soins des troubles cognitifs et comportementaux de la maladie d'Alzheimer en PASA ?**

## Résumé

Introduction : Le plan Alzheimer 2008-2012 a préconisé la création de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) pour prendre en soins les patients atteints la maladie d'Alzheimer (MA). L'ergothérapie (ER) et la musicothérapie (MU) sont recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS). En quoi la collaboration entre un ER et un MU pourrait être pertinente dans l'amélioration de la prise en soins des troubles cognitifs et comportementaux de la MA en PASA ? Méthode : Les professionnels ciblés sont les ER et les MU qui ont travaillé avec des patients Alzheimer en PASA. Trois ER ont accepté de faire un entretien téléphonique. Résultats : Les PASA accueillent jusqu'à 14 patients atteints de démence avec des troubles comportementaux modérés. Les troubles cognitifs et comportementaux les plus courants chez ces patients sont la déambulation, l'apathie, l'agitation, l'anxiété, les pertes de mémoire et d'attention. Les professionnels mettent en place un cadre rassurant. Cependant, il y a un manque de communication entre eux. L' ER et le MU ne connaissent pas vraiment le rôle de chacun mais une collaboration entre eux est tout de même possible. Conclusion : En PASA, les ER et les MU peuvent collaborer ponctuellement en mettant en place des ateliers de musicothérapie active ou passive pour limiter les troubles comportementaux et stimuler les capacités cognitives, motrices et sensorielles des patients atteints de la MA. Mots clés : Ergothérapie, Musicothérapie, Collaboration, Maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs et comportementaux, PASA.

## Abstract

Introduction : The 2008-2012 Alzheimer's plan prescribed the creation of special treatment and activity units (STAU) to take care of Alzheimer's disease (AD) patients. Occupational therapy (OT) and music therapy (MT) are recommended by the High Health Authority. To what extent could the collaboration between an OTs and a MTs be relevant in the improvement of cognitive and behavioral disorders care of AD in STAU ? Methods : The targeted professionals were OTs and MTs who worked with AD patients in STAU. Three OTs accepted to do a telephone interview. Results : STAU welcomed up to 14 dementia patients with moderate behavioral disorders. The most current cognitive and behavioral disorders of these patients were wandering, apathy, restlessness, anxiety, memory and attention loss. Professionals set up a reassuring framework. However, there was a lack of communication between them. MTs and OTs did not really know about each other's roles but a collaboration between them was possible. Conclusion : In STAU, OTs and MTs can occasionally collaborate to set up workshops of active or passive MT to limit behavioral disorders and to stimulate cognitive, motor and sensory skills of AD patients. Key words : Occupational Therapy, Music Therapy, Collaboration, Alzheimer's disease, cognitive and behavioral disorders, STAU.