



Fondation hospitalière reconnue d'utilité
publique par décret du 8 Juillet 1928



L'intérêt cognitif de la stimulation tactile par les ergothérapeutes dans les PASA

Mémoire d'initiation à la recherche

FONTAINE Marion

Promotion 2013-2016

STEFANIAK Pascale

Maître de mémoire

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement :

- Mme Pascale STEFANIAK, maître de mémoire, pour sa grande disponibilité, ses conseils et ses encouragements tout au long de la réalisation de ce travail.
- L'équipe pédagogique pour m'avoir guidée dans des moments de doute.
- Une ergothérapeute et cadre de santé, pour m'avoir donnée des pistes de réflexion quant à la finalisation de ce mémoire.
- Ma famille pour avoir été présente et m'avoir accompagnée depuis le début de ma formation jusqu'à la réalisation du mémoire.
- Mes amies et futures collègues pour leur soutien et le partage de nos idées, de nos expériences et de nos connaissances.
- Les ergothérapeutes qui ont contribué, à ce mémoire, en répondant à mon questionnaire.

Sommaire

Introduction.....	1
Partie théorique	3
1. Vieillesse et maladie d'Alzheimer	3
1.1. Les effets du vieillissement sur les 5 sens	3
1.2. Le vieillissement pathologique : cas de la maladie d'Alzheimer.....	5
1.2.1. La prévalence de la maladie	5
1.2.2. Les facteurs de risque et de protection.....	5
1.2.3. Les lésions et les symptômes de la maladie.....	6
1.2.4. Traitements.....	8
1.3. La maladie d'Alzheimer et l'ergothérapie	8
1.3.1. Définition de l'ergothérapie	8
1.3.2. La prise en charge des personnes Alzheimer.....	9
1.3.3. La pluridisciplinarité et l'importance de l'entourage	9
1.4. Le Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)	10
1.4.1. Définition du PASA	10
1.4.2. Les critères d'entrée en PASA.....	11
1.4.3. Le rôle de l'ergothérapeute en PASA	12
2. Les thérapies sensorielles et cognitives	13
2.1. Le toucher.....	14
2.2. La mémoire.....	15
2.2.1. Le fonctionnement de la mémoire.....	15
2.2.2. La mémoire sensorielle.....	17
2.3. Les thérapies sensorielles et les stimulations sensorielles	18
2.3.1. La stimulation tactile	19
2.4. Les thérapies cognitives et psychosociales	20

Partie méthodologique	22
1. Méthodologie.....	22
1.1. Choix de la population	22
1.2. Choix de l'outil	23
1.2.1. Elaboration du questionnaire	23
2. Résultats et analyse.....	25
3. Discussion.....	36
3.1. A propos des questionnaires.....	36
3.2. A propos de l'hypothèse.....	37
3.3. Propositions d'ouverture sur de nouvelles réflexions	39
4. Limites.....	40
4.1. Réalisation du questionnaire	40
4.2. Réponses aux questionnaires	40
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	45
Glossaire	
Annexes	

Introduction

Le vieillissement de la population est actuellement un enjeu majeur (INSEE, 2016). Aussi, l'augmentation de la longévité engendre des préoccupations, comme par exemple, la hausse du nombre de personnes atteintes de démences, et tout particulièrement de la maladie d'Alzheimer (INSEE, 2011 ; France Alzheimer, 2012). Cette maladie entraîne, dès les premiers stades, des déficits cognitifs et en particulier des troubles de la mémoire (France Alzheimer, 2012). Les ergothérapeutes ont, selon leur référentiel d'activités, des compétences pour rééduquer, réadapter et réhabiliter, et sont habilités à utiliser des techniques de stimulation cognitive. L'objectif de l'ergothérapeute est d'améliorer le potentiel des résidents à réaliser leurs activités de vie quotidienne (AQUINO et FREMONTIER, 2011). Avec la mise en place du plan Alzheimer 2008-2012, des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ont été créés pour répondre au besoin particulier de ces malades. Dans ces structures les ergothérapeutes sont interviennent, avec un rôle privilégié.

Dans les PASA sont menées de nombreuses activités, qui peuvent être réalisées par les ergothérapeutes, mais aussi par des assistants de soins en gérontologie formés à cet effet. Avec les troubles cognitifs engendrés par la maladie, certaines activités de stimulation cognitive n'ont plus de sens pour les résidents. Cela conduit à se demander si d'autres stimulations, telle que la stimulation sensorielle, peuvent permettre une meilleure stimulation cognitive que dans les stimulations cognitives habituelles.

Cette étude s'appuie essentiellement sur les résultats d'un questionnaire, envoyés à des ergothérapeutes, qui vont déterminer si la stimulation tactile permet un ancrage et une facilitation à récupérer les souvenirs pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en PASA.

Le thème de cette étude a été choisi parce que l'espérance de vie augmente, et par conséquent, les ergothérapeutes travailleront, de plus en plus, avec des personnes âgées. Après avoir lu « *Groupe mémoire et groupe cuisine thérapeutique*

en gériatrie intérêts et enjeux » (CHAUDERON, 2000), où il est expliqué que la personne âgée souhaite rester autonome, le sujet s'est affiné et a été axé sur les troubles cognitifs. Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il est recommandé d'intervenir le plus précocement possible pour ralentir l'évolution troubles engendrés par la maladie. Les PASA, encore peu connus, sont adaptés à cette population et permettent d'agir au profit cette population de différentes manières, tel qu'au moyen de stimulations sensorielles.

La première partie sera consacrée à l'aspect théorique sur le vieillissement physiologique et sensoriel, la maladie d'Alzheimer, l'ergothérapie et les stimulations tactiles et cognitives. La deuxième partie sera consacrée à l'étude, où sera développée la méthodologie choisie, avec les résultats et leur analyse. Ceux-ci seront ensuite discutés. Enfin, les limites de cette étude seront évoquées.

Partie théorique

1. Vieillesse et maladie d'Alzheimer

1.1. Les effets du vieillissement sur les 5 sens

L'Homme se sent vivant grâce à ses sens, c'est pourquoi il les utilise quotidiennement (BAILLY, 2014). Les cinq sens permettent à l'Homme de prendre des informations provenant de l'environnement (DE LA PORTE DES VAUX, MENU et HOLZSCHUCH, 1995). Ils sont le lien entre l'individu et le monde extérieur (GOURDON et OLLER, 2006). En effet, si nous n'avions aucun de nos sens, nous ne pourrions pas agir avec l'environnement. La place des sens est donc primordiale dans le fonctionnement humain. Mais avec le vieillissement, chez les personnes âgées, comment les sens évoluent-ils ?

Le vieillissement est un processus physiologique qui aboutit à des modifications de la structure et des fonctions de l'organisme. Les organes des sens se modifient inévitablement lors du vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique (LAFARGUE-CAUCHOIS et ROGEZ, 2006). « *La baisse significative d'un des sens entraîne une modification importante de la qualité de prise des informations et donc, une perturbation dans la vie de la personne* » (DE LA PORTE DES VAUX, MENU et HOLZSCHUCH, 1995). Le vieillissement sensoriel est une source de difficulté principale pour les personnes âgées, car il induit une altération de leur qualité de vie. (RASCHILLAS, 2006). Comment les sens sont-ils modifiés par le vieillissement ?

Tout d'abord, le vieillissement auditif : chez les personnes âgées, il entraîne la plupart du temps une presbyacousie, c'est-à-dire une détérioration de l'audition (RASCHILLAS, 2006). La presbyacousie commence par une diminution ou une disparition de la perception des hautes fréquences (les sons aigus). Puis elle se traduit par une difficulté à suivre les discussions dans les atmosphères bruyantes (FONTAINE, 2007). Cette presbyacousie augmente avec l'âge : 40% des personnes de plus de 60 ans en sont atteintes.

Le vieillissement visuel, quant à lui, est un problème de santé publique. En effet, un tiers des personnes de plus de 65 ans présente des problèmes d'acuité visuelle (RASCHILAS, 2006). La cataracte et la Dégénérescence Liée à l'Âge (DMLA) sont deux des problèmes visuels les plus fréquents. De plus, à partir de 60 ans, il apparaît une difficulté dans la perception des couleurs (FONTAINE, 2007).

Et le vieillissement gustatif ? Selon Roger FONTAINE (FONTAINE, 2007), il a été peu étudié et les études qui ont été faites ont révélé des résultats contradictoires. Quant à Franck RASCHILAS, il explique qu'il y a une diminution gustative qui concerne les seuils de détection et de perception, pour toutes les saveurs (RASCHILAS, 2006). L'atteinte des saveurs commence par le salé, ensuite l'amer et l'acide pour finir par le sucré.

En ce qui concerne le vieillissement olfactif, il est souvent atteint. En effet, les trois quarts des personnes âgées de plus de 80 ans ont des difficultés majeures à identifier les odeurs (FONTAINE, 2007). Les seuils de sensibilité des odeurs commenceraient à décliner légèrement à partir de 60 ans (FONTAINE, 2007).

Contrairement à l'odorat, le sens du toucher est peu affecté par le vieillissement. Les seuils de températures sont modifiés : ceux du froid rencontrent une faible augmentation et ceux de chaleur augmentent significativement. Aussi, une baisse de sensibilité au niveau de la paume de la main a été constatée (FONTAINE, 2007).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), cette atteinte des sens peut engendrer, chez les personnes démentes atteintes d'un handicap cognitif ou physique, une fragilité et des difficultés d'adaptation (HAS, 2009).

1.2. Le vieillissement pathologique : cas de la maladie d'Alzheimer

1.2.1. La prévalence de la maladie

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence, elle représenterait 60 à 70% des cas (OMS, 2015). La démence se définit selon l'OMS, comme « *un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, et de l'aptitude à réaliser les activités de la vie quotidienne* » (OMS, 2015). En effet, la maladie d'Alzheimer est une conséquence anormale du vieillissement (OMS, 2015). C'est une affection neurodégénérative, puisqu'elle engendre une destruction neuronale progressive (France Alzheimer, 2012). Elle entraîne une perte des repères spatio-temporels, ainsi qu'une réduction de l'autonomie fonctionnelle, sociale et relationnelle (ANESM, 2009).

La population touchée par la maladie d'Alzheimer est de 15% à 80 ans (INSERM, 2014). En 2012, il y avait 850 000 personnes atteintes de la maladie, et en 2020, 1,3 millions de personnes seraient touchées en raison de l'augmentation de l'espérance de vie (France Alzheimer, 2012). Les femmes sont plus touchées par la maladie : sur 25 malades, 15 sont des femmes (INSERM, 2014). Cette différence pourrait être liée à l'écart de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes (INSERM, 2014).

1.2.2. Les facteurs de risque et de protection

Le facteur de risque principal est l'âge. Mais il existe d'autres facteurs encore mal connus tels que la susceptibilité individuelle, la génétique, l'environnement, les facteurs de risques cardio-vasculaires, le tabagisme ou encore la sédentarité. A contrario, avoir des capacités intellectuelles élevées ainsi qu'une vie sociale et professionnelle stimulante réduiraient l'apparition des premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer ainsi que leur sévérité. La consommation de caféine permettrait, elle aussi, de réduire l'apparition de la maladie (INSERM, 2014).

1.2.3. Les lésions et les symptômes de la maladie

La maladie d'Alzheimer est due à 2 types de lésions dans le cerveau : la dégénérescence neurofibrillaire et les plaques séniles. Les symptômes de la maladie apparaissent dix à quinze ans après que la dégénérescence neurofibrillaire ait débutée (INSERM, 2014). Les lésions dans le cerveau débutent au niveau de l'hippocampe, région de la mémoire et de l'apprentissage. Ces lésions engendrent alors les symptômes tels que les troubles de la mémoire, du langage, de la reconnaissance, d'exécution du geste et de l'organisation. Les troubles mnésiques et autres troubles cognitifs peuvent alors impacter sur la confiance en soi et entraîner de l'anxiété, une dépression, et une réduction des activités (BAHAR-FUCHS, CLARE et WOODS, 2013).

DESGRANGES et EUSTACHE ont écrit que la mémoire épisodique est la plus touchée, dans la maladie d'Alzheimer, et que ce sont les déficits de cette mémoire qui entraînent les symptômes principaux de la maladie. Ils définissent la mémoire épisodique comme étant la « *capacité de "voyager mentalement dans le temps"* » (DESGRANGES et EUSTACHE, 2003). L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) quant à lui, souligne que les activités de vie quotidienne, plus particulièrement la vie sociale et les loisirs, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer deviennent difficiles dès le début de la maladie. Il explique que c'est un des premiers signes d'alerte, tout comme le déficit de la mémoire (INSERM, 2007).

Il s'avère que la maladie ne se développe pas de la même manière pour chaque personne, et évolue à un rythme différent. Les signes et les symptômes des démences peuvent néanmoins être classés en trois stades : initial, intermédiaire et sévère (OMS, 2015).

- Le stade initial est révélé par les symptômes qui sont : l'oubli, la perte de conscience du temps et la désorientation spatiale. Ce stade passe souvent inaperçu, notamment parce que les symptômes sont légers et apparaissent progressivement.

- Lors du stade intermédiaire, les symptômes sont plus visibles : des oublis d'évènements récents, une désorientation spatiale importante (tel que se perdre dans sa propre maison), des difficultés de communication, des difficultés dans la vie quotidienne (telle que la gestion de l'hygiène corporelle), et des modifications du comportement.
- Le stade sévère entraîne une dépendance importante et une inactivité. Les symptômes sont évidents : une désorientation spatio-temporelle importante, une prosopagnosie (c'est-à-dire l'incapacité à reconnaître les personnes), une dépendance quasi-totale pour les activités de vie quotidienne, des troubles de la marche et des troubles du comportement importants.

A un stade avancé, on retrouve notamment chez les malades une aphasie (des troubles du langage), des apraxies (des troubles des mouvements), une dysorthographe (des troubles de l'écriture).

1.2.3.1. Les troubles sensoriels et la maladie d'Alzheimer

Dans la maladie d'Alzheimer, il a été observé une altération de certains sens. Certaines altérations des sens peuvent être précoces et révéler une maladie d'Alzheimer, tandis que d'autres peuvent être des conséquences de cette maladie. En effet, le vieillissement physiologique du goût et de l'odorat est l'un des signes les plus précoces de cette maladie (ROTROU in Principe de santé, 2011). Plus tardivement, la maladie d'Alzheimer peut entraîner une acuité visuelle très déficitaire ou une dégénérescence du nerf optique. La prise en charge des sens dans la maladie d'Alzheimer peut alors avoir son importance. L'ergothérapeute conçoit et mène des activités sensorielles. Ces dernières doivent être adaptées à la personne, et tenir compte de ses troubles qu'ils soient sensoriels, cognitifs ou comportementaux. Les activités sensorielles font partie des traitements médicamenteux des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

1.2.4. Traitements

D'après l'INSERM, la maladie d'Alzheimer, à cause de ses symptômes et ses conséquences, diminue l'espérance de vie d'un individu (INSERM, 2007). Or, actuellement, aucun traitement ne permet de guérir ou de diminuer l'évolution de la maladie (OMS, 2015). En revanche, certaines interventions non-médicamenteuses sont efficaces pour diminuer la fréquence et l'intensité des troubles du comportement présents lors de l'évolution de la maladie (HAS, 2011), ce qui améliore la qualité de vie des malades. Parmi les interventions non-médicamenteuses, les orthophonistes réalisent des activités portant sur le langage, les psychologues sur la cognition, les psychomotriciens sur l'image corporelle, etc. Les ergothérapeutes quant à eux, réalisent de nombreuses activités variées.

1.3. La maladie d'Alzheimer et l'ergothérapie

1.3.1. Définition de l'ergothérapie

Tout d'abord, qu'est-ce qu'un ergothérapeute ? L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), le définit comme « *un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». L'objectif de l'ergothérapeute est que l'individu qu'il prend en charge puisse réaliser ses activités quotidiennes de manière sécurisée, autonome et efficace. L'ergothérapeute « *prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement* » (ANFE, 2015). Pour cela, l'ergothérapeute évalue les difficultés rencontrées lors des activités de vie quotidienne, au moyen de questionnaires, de bilans et de mises en situations. En gériatrie, selon la fiche de poste l'ergothérapeute a pour objectif de maintenir les activités physiques et psychosociales, et de prévenir les complications liées aux pathologies du grand âge, dans le but de maintenir l'autonomie de la personne (AFEG, 2007) (Annexe I : Fiche de poste de l'ergothérapeute en EHPAD selon l'AFEG). Selon M. CHAUDERON, la personne âgée souhaite, en effet, rester autonome. Pour elle, l'autonomie dépend des facultés cognitives, sensorielles, et sensitivo-motrices, ainsi que du contexte socio-familial (CHAUDERON, 2000). Elle affirme qu'une prise en charge de groupe est nécessaire dans le maintien de cette

autonomie. Plus spécifiquement, que fait un ergothérapeute avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

1.3.2. La prise en charge des personnes Alzheimer

L'ergothérapeute, comme d'autres professionnels, contribue au maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles, des fonctions sensorielles et cognitives, ainsi qu'au maintien du lien affectif des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ANESM, 2009). L'intervention de l'ergothérapeute a pour but, pour cette population, d'améliorer ou de permettre la réalisation des activités de la vie quotidienne, en apprenant à la personne des moyens de compensation pour pallier ses handicaps (AQUINO et FREMONTIER, 2011). Pour cela, l'ergothérapeute peut réaliser des prises en charge individuelles ou collectives. Les activités réalisées en groupe sont parfois comparées à de l'animation. Or, ce n'est pas le cas. L'animateur réalise des activités occupationnelles en poursuivant des buts généraux, tels que distraire ou de briser l'isolement de la personne âgée (MEEUS, 2009). Alors qu'un ergothérapeute prend en compte les incapacités et les déficiences de chaque personne et détermine des objectifs individuels. L'intervention ergothérapique se fait en lien avec le projet de la personne et celui de l'institution. La prise en charge de la personne doit être globale et multidisciplinaire (AMIEVA, ANDRIEU, BERR et al, 2007). En effet, l'ergothérapeute collabore au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

1.3.3. La pluridisciplinarité et l'importance de l'entourage

Lors de sa prise en charge, l'ergothérapeute ne tient pas uniquement compte de la personne malade, mais aussi de son entourage, qu'il soit familial et professionnel (NOUVEL in AQUINO et FREMONTIER, 2011). En effet, la famille a son importance car elle connaît l'histoire et les habitudes de leur proche qui est malade, ce peut guider l'ergothérapeute dans le choix des activités qui seront les plus appropriées. L'entourage est également amené à solliciter le malade et par conséquent, contribue au maintien des ses capacités restantes. Pour cela, l'ergothérapeute peut conseiller à l'entourage d'attirer l'attention de la personne âgée

par le toucher, de manière à ce qu'elle comprenne mieux que l'on veut interagir avec elle. Ce conseil peut aussi être transmis aux autres professionnels de santé. La collaboration entre les différents professionnels est, en effet, importante afin que la prise en charge soit la plus optimale possible et permette le maintien et/ou l'amélioration de l'autonomie et de l'indépendance de la personne au quotidien (ANESM, 2009). Par exemple, les infirmiers et aides-soignants contribuent à stimuler les fonctions cognitives des malades lors des activités de vie quotidienne (par exemple lors des repas, de la toilette, ou de l'habillage). Ils peuvent être conseillés par l'ergothérapeute sur la gravité des troubles cognitifs perçue lors des activités, mais aussi sur la façon de stimuler leurs fonctions cognitives (NOUVEL in AQUINO et FREMONTIER, 2011).

La stimulation quotidienne chez la personne âgée, notamment celle atteinte de la maladie d'Alzheimer, est importante. Moins une personne est sollicitée, moins elle a envie de faire des activités. De ce fait, le manque de stimulation peut entraîner un repli sur soi et engendrer l'apparition de troubles du comportement (LAFARGUE-CAUCHOIS et ROGEZ, 2006). Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée, avec des troubles du comportement, il existe des unités et des pôles dédiés tels que les Unités d'Hébergement Renforcés et les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés.

1.4. Le Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)

1.4.1. Définition du PASA

Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) sont des structures qui accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles du comportement modérés. Ils ont été créés au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012. Les EHPAD sont des structures médicalisées, autrefois appelées « maisons de retraite ». Ils accueillent des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans. Selon le Service Public, une personne dépendante signifie qu'elle est en perte d'autonomie (Service Public, 2014). Quant à l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economique, il explique que la dépendance n'est pas

directement liée à l'état de santé mais dépend du degré de limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité (INSEE, 2016).

Souvent, chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, c'est l'apparition des troubles du comportement qui entraînent une institutionnalisation, du fait de la nécessité d'avoir une présence constante auprès de la personne âgée (Plan Alzheimer 2008-2012). La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 indique que 80 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent à un moment donné de l'évolution de leur maladie, des symptômes psychologiques et comportementaux ou des troubles du comportement. Parmi ces personnes, 25% présentent des troubles du comportement modérés, et 10% présentent des troubles du comportement importants (Plan Alzheimer 2008-2012).

1.4.2. Les critères d'entrée en PASA

Seuls les résidents de l'EHPAD, atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, peuvent bénéficier de l'accueil du PASA. Le résident doit être volontaire pour y participer et avoir l'aval du médecin coordonateur (ANESM, 2009). De plus, ses troubles du comportement doivent être préalablement évalués grâce à une échelle internationale validée. Cette échelle est l'Inventaire NeuroPsychiatrique - version Equipe Soignante (NPI-ES). L'échelle NPI-ES a pour but de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement des personnes démentes en institution. Cette évaluation est réalisée par l'un des membres de l'équipe soignante impliqué dans la prise en charge du résident. Cette échelle comprend dix domaines comportementaux et deux variables neurovégétatives. Le score du NPI-ES doit être supérieur à trois, dans au moins un des dix items comportementaux, et l'ampleur du retentissement dans la vie quotidienne doit être entre 2 et 4, pour que la personne soit intégrée au PASA (SAETTEL Lisenn, 2011). La prise en charge de ces personnes au sein des PASA permet de réduire de 20% ces troubles du comportement ainsi que l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention (Plan Alzheimer 2008-2012).

Comme cela est noté dans le cahier des charges des PASA, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un Assistant de Soins en Gériatrie (ASG) doit être présent en permanence sur la structure.

1.4.3. Le rôle de l'ergothérapeute en PASA

Les PASA 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* » (Plan Alzheimer 2008-2012). La création des PASA doit intégrer des professionnels qui ont des compétences dans ces champs d'intervention que sont les activités sociales et thérapeutiques, et l'environnement. Les professionnels de santé habilités à gérer ces trois domaines sont les ergothérapeutes et/ou les psychomotriciens. Il est recommandé que la présence d'un ergothérapeute ou d'un psychomotricien soit renforcée, tout comme celle des psychologues et des assistants de soins en gériatrie, ce qui montre l'importance de la présence de ces professionnels (ANESM, 2009). L'assistant de soin en gériatrie est un professionnel qui intervient auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, pour les aider et les soutenir dans les actes de la vie quotidienne, en fonction de leurs besoins (DEL ALAMO, 2014).

Selon la HAS, les objectifs généraux pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, avec un comportement perturbateur sont : améliorer la qualité de vie, maintenir une communication, stimuler les fonctions cognitives, favoriser l'activité motrice et l'activité occupationnelle, et limiter la perte d'autonomie (HAS, 2009). Les activités proposées dans les PASA, pour répondre aux objectifs recherchés, peuvent notamment être d'ordre physique, sensoriel et nutritionnel (Plan Alzheimer 2008-2012). D'après le cahier des charges des PASA, elles peuvent être réalisées en individuel ou en groupe homogène en fonction des troubles du comportement : s'ils sont perturbateurs ou non. Les activités de groupe favorisent également le maintien du lien social. Il faut savoir qu'une même activité peut répondre à plusieurs objectifs, c'est d'ailleurs le cas dans la plupart des activités (SAETTEL, 2011). La rééducation de l'orientation, les thérapies cognitives et les démarches comportementales peuvent contribuer à limiter l'apparition de troubles comportementaux et à améliorer la qualité de vie (Plan Alzheimer 2008-2012).

L'ergothérapeute, d'après son référentiel de compétences, est habilité à mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale ; élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil ; et organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs (Arrêté du 5 juillet 2010). De ce fait, il peut mettre en place l'ensemble des activités proposées dans les PASA, et établit des objectifs pour chaque activité et pour chaque résident. L'ergothérapeute peut être amené à effectuer des thérapies cognitives, des stimulations multi-sensorielles, des interventions psychosociales et corporelles (SATTEL, 2011). D'autres thérapies, comme la thérapie par empathie, développée par Naomi Feils, peuvent être utilisées (SATTEL, 2011). Les interventions non-médicamenteuses visent à obtenir une stabilisation voire une amélioration des troubles comportementaux, tout en prenant en compte l'environnement. En effet, selon la HAS, ces interventions non-médicamenteuses permettent de réduire la fréquence et l'intensité des troubles comportementaux chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (HAS, 2011). Les stimulations sensorielles et cognitives participent donc à la réduction ou à la stabilisation des troubles du comportement.

2. Les thérapies sensorielles et cognitives

Les troubles du comportement chez la personne âgée, tels que la survenue d'un délire ou d'hallucinations, peuvent être induits par un trouble de reconnaissance, une confusion, mais aussi par les troubles de la mémoire (HAS, 2009). L'altération de la mémoire et de toutes les fonctions cognitives entraîne une dépendance, mais elle n'est pas la seule cause. En effet, d'autres facteurs entrent en jeu, par exemple les déficits sensoriels (GALASKO et al. in INSERM, 2007). Pour pallier les troubles de la personne démente, les interventions non-médicamenteuses, principalement celles portant sur l'aspect cognitif, sont de plus en plus reconnues comme étant une complémentarité ou/et une alternative aux médicaments (BAHAR-FUCHS, CLARE et WOODS, 2013). Certaines de ces thérapies sont réalisées par les ergothérapeutes, qui font le lien entre l'activité et la vie quotidienne actuelle et passée du résident. Par exemple, l'ergothérapeute peut réaliser des stimulations sensorielles, en particulier avec le toucher, en utilisant des aliments pour faire le lien avec la vie quotidienne.

2.1. Le toucher

Pourquoi s'intéresser particulièrement au toucher ? Le toucher, comme le goût et l'odorat, est un sens de proximité. Les sens de proximité permettent de sentir et de ressentir, contrairement aux sens de distance qui sont la vue et l'ouïe (HERVY, 2006). Aussi, il est qualifié de « matériel », c'est-à-dire qu'il prouve l'existence des objets avec lesquels nous sommes en contact (BAILLY, 2014). Le sens du toucher inclut la différenciation et la reconnaissance de la température, la douleur, et la position du corps dans l'espace, c'est-à-dire la proprioception (SCHMID, 2009). Le toucher prend une grande importance suite aux conséquences du vieillissement des autres organes des sens, en particulier la vue et l'ouïe (RASCHILAS, 2006). En effet, la perte ou la baisse d'un sens, quel qu'il soit, nécessite une nouvelle organisation dans la prise d'information par rapport à l'environnement et un développement des autres sens pour compenser celui déficitaire (DE LA PORTE DES VAUX, MENU et HOLZSCHUCH, 1995).

Le toucher peut avoir un but thérapeutique. Il peut avoir un rôle de réparation affective, du fait qu'il fournit un bien-être, une meilleure estime de soi et permet à la personne âgée de mieux prendre conscience de l'environnement (Principe de santé, 2011). De plus, il peut être thérapeutique dans la relation de communication. En revanche, il peut avoir des effets négatifs sur la personne, c'est pourquoi il est nécessaire de prêter attention à la communication non-verbale que peuvent avoir les résidents, en termes d'émotions et de comportements (VOZZELLA, 2007).

Le toucher est le premier sens développé au cours de la vie et est celui qui reste intact jusqu'à la fin de la vie, excepté dans certaines pathologies dermatologiques (ACHARD et SUBLON, 2012). De manière générale, la peau peut se déshydrater, s'assécher, devenir plus fine et fragile mais sa sensibilité reste la même. C'est pour cela que les personnes âgées sont réceptives au toucher (ACHARD et SUBLON, 2012). Stimuler les personnes âgées par le toucher permet d'entrer en relation avec elles autrement que par la communication verbale étant donné que le langage est souvent défaillant chez une personne ayant la maladie d'Alzheimer (GOURDON et OLLER, 2006). Ce toucher permet de développer une

communication non-verbale, ce qui contribue à l'amélioration de son état général, en diminuant les troubles du comportement (Principe de santé, 2011). En ce qui concerne la communication, c'est l'orthophoniste qui intervient pour la rééduquer. L'orthophoniste n'a pas que ce rôle de rééducation de la communication, mais il peut aussi par exemple, intervenir dans la rééducation de la mémoire. En général, en EHPAD, c'est l'ergothérapeute qui agit en faveur d'un maintien de la communication non-verbale par la rééducation gestuelle (ANAES, 2003). Pour cela, l'ergothérapeute utilise les activités de vie quotidienne, tel que la toilette et l'habillage. Par cette activité, l'ergothérapeute stimule les capacités physiques du résident pour qu'il réalise sa toilette seul en totalité ou en partie, mais sollicite également le sens du toucher avec le contact du gant de toilette, de l'eau, du savon, des différents vêtements, etc. Le toucher peut être utilisé dans de nombreux domaines, que ce soit au travers d'activités quotidiennes, de rééducation ou de soins (VOZZELA, 2007).

Toutes les sensations et les stimulations tactiles sont des stimulations cérébrales, puisque l'information perçue provient du cerveau (SCHMID, 2009). Les informations reçues dans le cerveau peuvent être enregistrées au niveau de la mémoire.

2.2. La mémoire

Comment un souvenir est-il enregistré dans notre cerveau ? L'ergothérapeute, pour réaliser des thérapies cognitives, doit connaître le fonctionnement de la mémoire.

2.2.1. Le fonctionnement de la mémoire

Les informations reçues par le cerveau sont stockées, encodées et récupérées. La formation du souvenir se fait entre l'encodage et la récupération (FONTAINE, 2007). Les informations sont stockées en mémoire. Mais il existe plusieurs types de mémoires. Dans la maladie d'Alzheimer, trois mémoires sont touchées dès le stade initial : la mémoire épisodique, la mémoire sémantique et la mémoire de travail (AMIEVA, ANDRIEU, BERR et al, 2007).

- Tout d'abord, la mémoire épisodique regroupe plusieurs dimensions. Elle permet de faire appel aux processus de changement et permet de se souvenir des événements vécus dans le temps et dans l'espace ; cette dernière est appelée mémoire autobiographique (MAHIEUX, 1996). Le déficit de la mémoire épisodique engendre des difficultés d'acquisition d'informations portant sur les faits récents.
- La mémoire sémantique permet le stockage des mots, des concepts et des connaissances : elle fait appel au savoir (MAHIEUX, 1996 ; AMIEVA, ANDRIEU, BERR et al, 2007). Selon MAHIEUX, elle ne serait pas associée au souvenir des apprentissages (MAHIEUX, 1996). Ce déficit de mémoire sémantique peut entraîner un manque du mot (difficultés à trouver les mots) ou des difficultés à évoquer des connaissances générales, comme citer les noms des capitales, donner la définition d'un mot.
- Enfin, la mémoire de travail permet le stockage et la manipulation de faibles quantités d'informations sur un temps court. Ce déficit de mémoire de travail génère des difficultés à effectuer plusieurs tâches en même temps (AMIEVA, ANDRIEU, BERR et al, 2007).

Un oubli peut provenir soit de la disparition du souvenir, soit de la non-accessibilité au souvenir, à cause d'interférences (MAHIEUX, 1996). La récupération d'un souvenir, qui provient de la mémoire épisodique, dépend du contexte dans lequel le souvenir a été intégré (MAHIEUX, 1996). En effet, il est lié au moment de la journée où il a été stocké, aux modalités sensorielles utilisées, etc. (FONTAINE, 2007). Les souvenirs peuvent revenir par différentes entrées : ce que l'on pense et ce que l'on perçoit est médiatisé par notre cerveau, mais aussi par nos sens (MAZÔ-DARNÉ, 2012). C'est pourquoi la relation entre les sens et la mémoire est étroite et importante (LE DANSEURS in ACHARD et SUBLON, 2012). La mise en jeu des cinq sens est pertinente, notamment pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, puisque l'accès à leur mémoire va devenir de plus en plus difficile (HEAVY, 2006).

Pour faire appel à la mémoire, il doit y avoir eu une réception ainsi qu'une sélection d'informations par les organes des sens, pour ensuite qu'il y ait un codage et un stockage des informations. Aussi, pour parvenir à récupérer les informations stockées en mémoire, il faut que les capacités de rappel et de reconnaissance soit préservées (ACHARD et SUBLON, 2012).

2.2.2. La mémoire sensorielle

La mémoire contient beaucoup d'informations liées aux cinq sens (ACHARD et SUBLON, 2012). Les informations les mieux enregistrées sont celles qui ont été encodées par répétition ou grâce à d'intenses émotions. De ce fait, la récupération d'un souvenir peut se faire involontairement si un même stimulus sensoriel est sollicité (ACHARD et SUBLON, 2012). La mémoire sensorielle est un processus qui se fait en 3 phases. Selon FONTAINE, ces trois phases sont la phase d'acquisition, la phase d'élaboration et la phase de récupération (FONTAINE, 2007).

- La phase d'acquisition se fait grâce aux modalités sensorielles, à la vitesse de présence des informations, à la quantité d'information, à leur structure, ainsi qu'au moment de la journée où il est acquis.
- La phase d'élaboration est variable selon le délai et s'il existe en parallèle une autre tâche réalisée.
- La phase de récupération se fait grâce à la mémoire explicite, qui est la récupération intentionnelle, ou à la mémoire implicite qui est la récupération non-intentionnelle.

En ce qui concerne la mémoire tactile, elle répertorie la matière et les sensations assurées par le toucher. La sensibilité tactile a été peu utilisée alors qu'elle permet la récupération des souvenirs. En effet, diverses études ont montré que l'évocation de souvenirs passés par le toucher d'objet est très efficace (DEVEVEY et MORYOUSSEF in ACHARD et SUBLON, 2012).

La mémoire sensorielle, quelque soit le sens utilisé, est l'une des mémoires qui se dégrade en dernier, c'est pourquoi faire de la stimulation sensorielle est intéressant (Principe de santé, 2011). Aussi, RASCHILLAS dit que « *redonner de la vie au sens, c'est aussi redonner du sens à la vie* » (RASCHILLAS, 2006).

2.3. Les thérapies sensorielles et les stimulations sensorielles

La mise en jeu des sens est adaptée aux capacités notamment cognitives et sensorielles, de tous les participants à l'activité. En gérontologie, l'utilisation des sens est pertinente, surtout dans la maladie d'Alzheimer, puisque la mémoire est défectueuse et que le raisonnement est restreint (HERVY, 2006). De plus, la stimulation sensorielle provoque une sensation de plaisir, du fait d'un lien fondamental entre les cinq sens et le plaisir (HERVY, 2006). En effet, chez les personnes âgées, la privation de stimulation tactile engendre un sentiment d'anxiété et d'angoisse, puis un repli sur soi, qui peut parfois provoquer une agressivité (LAFARGUE-CAUCHOIS et ROGEZ, 2006). Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce manque de stimulation provoque également une aggravation de la confusion, de l'errance nocturne et des autres troubles du comportement. L'objectif de la stimulation sensorielle est la réduction des troubles du comportement, mais aussi l'amélioration de la qualité de vie (ANAES, 2003). Les stimulations sensorielles permettraient d'améliorer l'humeur et la vigilance, et de diminuer les troubles comportementaux (Principe de santé, 2011). La HAS souligne que les bénéfices de la stimulation sensorielle sont d'ordres neuropsychiatriques et sont limités à l'activité (HAS, 2009). Selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes, la stimulation sensorielle est meilleure lorsqu'un seul sens est sollicité (WEGERER, 2014). L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) précise que l'utilisation de stimulations sensorielles doit se faire avec précautions, car ces stimulations peuvent avoir des effets négatifs si elles sont trop vives ou trop bruyantes pour les personnes âgées atteintes de démences (ANAES, 2003). Le thérapeute doit prêter attention à la manière dont la personne perçoit la stimulation tactile, pour l'ajuster et trouver celle qui favorise des effets positifs (VOZZELLA, 2007).

Plusieurs thérapies existent dans le domaine sensoriel, tels que l'aromathérapie, la luminothérapie, la musicothérapie, la méthode Snoezelen, les massages, la balnéothérapie, la cuisine, etc. L'aromathérapie fait appel à l'odorat et utilise principalement des huiles essentielles. La luminothérapie repose sur l'utilisation de lumière reproduisant la lumière naturelle. La musicothérapie porte sur l'utilisation de musique ou d'éléments musicaux. La méthode Snoezelen s'appuie sur

la mise en jeu des cinq sens. Dans cette méthode, le toucher est sollicité par des surfaces tactiles. Cette méthode Snoezelen est utilisée pour diminuer ou stabiliser les troubles du comportement et améliorer l'humeur ; et elle serait également bénéfique pour des personnes ayant des capacités cognitives et de communication limitées (ANDRIEU, COLEY, GRADETTE et al, 2010).

2.3.1. La stimulation tactile

Tout contact tactile engendre une stimulation. Ces stimulations sont perçues par la forme, la texture ou la température d'une chose (SCHMID, 2009). D'après une pré-étude de MOSER, les stimulations tactiles font davantage appel à l'intellectualisation (MOSER, 2013). SCHMID, quant à lui, différencie les stimulations tactiles passives des stimulations actives. Il sous-entend que la stimulation passive se définit comme l'action d'être touché, par exemple les massages, et que la stimulation active est l'action de toucher quelque chose ou autrui (SCHMID, 2009).

Les stimulations tactiles peuvent se faire par de multiples objets de la vie quotidienne (WEGERER, 2014), mais aussi par tout ce que l'on peut trouver dans la nature (SCHMID, 2009). L'Association Canadienne des Ergothérapeutes considère que la stimulation sensorielle est meilleure lorsqu'elle se fait avec des objets du quotidien (WEGERER, 2014). Les aliments sont aussi utilisés lors des stimulations tactiles. SCHMID, dans son article, évoque principalement la stimulation tactile avec les éléments naturels. Il explique par exemple que les arbres peuvent être reconnus par le toucher du fait que les feuilles et les écorces de ces derniers soient différentes (SCHMID, 2009).

Selon des chercheurs, la stimulation tactile permet une amélioration de la mémoire, de l'humeur, et de la participation chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (SCHMID, 2009). Aussi, cela atténuerait les troubles du comportement et aurait un impact positif sur le sommeil ce qui favorise une meilleure qualité de vie. Toutefois, il a été perçu une diminution de ces améliorations après plusieurs semaines (SCHMID, 2009).

L'intervention d'un ergothérapeute, dans les activités de stimulations tactiles, au sein des PASA, permet l'adaptation de ces activités en fonction des intérêts et des besoins de la personne. C'est une des particularités du métier d'ergothérapie (WEGERER, 2014). L'ergothérapeute s'adapte à la personne, en prenant en compte ses réactions face à l'activité, et ajuste sa façon de réaliser l'activité. Par exemple, dans le cas où la stimulation tactile ne donnerait pas de réponse, l'ergothérapeute peut choisir d'utiliser un autre sens pour permettre à la personne de parvenir à ses souvenirs, ou bien de changer de support en gardant la stimulation par le toucher (WEGERER, 2014). L'ergothérapeute doit sans cesse évaluer l'activité pour l'ajuster au mieux aux capacités du résident, bien que les stimulations sensorielles puissent parfois avoir de faibles exigences cognitives.

2.4. Les thérapies cognitives et psychosociales

Avant toute stimulation ou thérapie cognitive, il faut évaluer les capacités cognitives de la personne, afin d'avoir des objectifs précis (AMIEVA, ANDRIEU, BERR et al, 2007). Pour cela, dans les PASA, l'ergothérapeute et/ou le neuropsychologue peuvent évaluer les troubles. Le neuropsychologue recherche le niveau de dysfonctionnement cognitif, tandis que l'ergothérapeute souhaite évaluer les répercussions des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne du résident. L'ergothérapeute cherche ensuite à rendre la personne, atteinte de la maladie d'Alzheimer, la plus autonome et indépendante possible en compensant ses troubles et en restant centré sur ses besoins, ses intérêts et ses envies (AQUINO et FREMONTIER, 2011 ; DE SANT'ANNA et MORAT, 2013).

Plusieurs thérapies cognitives existent, et sont généralement réalisées en groupe. Par exemple, la stimulation cognitive, fondée sur l'hypothèse que le déclin cognitif augmenterait du fait d'un manque d'activité cognitive (ANDRIEU, COLEY, GRADETTE et al, 2010), aurait des bénéfices reconnus pour les personnes démentes (BAHAR-FUCHS, CLARE et WOODS, 2013).

Parmi les thérapies psychosociales, qui ont pour objectif d'améliorer les aptitudes sociales et communicationnelles, l'estime de soi, le bien-être ; de stimuler les capacités mnésiques restantes ; et de diminuer les troubles du comportement, il existe la thérapie par évocation du passé (ANDRIEU, COLEY, GRADETTE et al, 2010). Cette thérapie, aussi appelée thérapie de réminiscence, est basée sur l'évocation d'anciens souvenirs autobiographiques (AMIEVA, ANDRIEU, BERR et al, 2007). Elle est souvent réalisée en groupe et repose sur des médias : photos, objets personnels familiers, musiques et enregistrements sonores, etc. (HAS, 2009 ; ANDRIEU, COLEY, GRADETTE et al, 2010). Selon WEGERER, la remémoration de souvenirs agréables peut aider les personnes âgées à se sentir mieux, ce qui contribue à améliorer leur qualité de vie (WEGERER, 2014).

L'ensemble de ces informations portant sur la maladie d'Alzheimer, le PASA, l'ergothérapie et le toucher conduit à la question de recherche suivante : En quoi la stimulation du toucher, au sein d'un PASA peut-elle être bénéfique dans la rééducation de la mémoire chez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade débutant ou modéré ?

L'hypothèse est que la stimulation par le toucher facilite l'ancrage et la récupération des souvenirs chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade débutant ou modéré, dans les PASA, car c'est le sens qui reste le plus longtemps intact au cours du vieillissement.

Partie méthodologique

Dans cette partie sera tout d'abord développée la méthodologie avec le choix de population et de l'outil pour répondre à l'hypothèse. Ensuite seront exposés les résultats et l'analyse de l'outil choisi, suivis d'une discussion. Et enfin, les limites de l'étude seront évoquées.

1. Méthodologie

Pour répondre à la question de recherche et vérifier l'hypothèse qui y est associée, un questionnaire a été réalisé, à destination des ergothérapeutes travaillant dans un ou plusieurs Pôle d'Activité et de Soins Adaptés.

1.1. Choix de la population

En raison du sujet, il convient que les ergothérapeutes soient les destinataires des questionnaires réalisés. Le questionnaire, qui porte sur la question de recherche, et donc sur les stimulations tactiles et leurs répercussions cognitives, est destiné aux ergothérapeutes, plus qu'à d'autres professionnels. En effet, les ergothérapeutes ont des connaissances et des compétences dans ces deux domaines. Les psychomotriciens ont des compétences en ce qui concerne les stimulations tactiles, mais n'en ont pas ou peu, en ce qui concerne l'aspect cognitif. En effet, la compétence 3 des psychomotriciens, selon leur référentiel d'activité est de « *mettre en œuvre des interventions d'éducation psychomotrice, d'accompagnement et de soins en psychomotricité, de réadaptation, d'activités contribuant au bien-être, à la réinsertion, aux soins palliatifs et au traitement de la douleur* ». Celle du référentiel des ergothérapeutes est de « *mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie* ». Cette compétence comprend l'adaptation des activités en fonctions des capacités et des réactions de la personne mais aussi le maintien et l'amélioration des gestes fonctionnels par le biais de techniques d'entraînement, notamment sensitives et sensorielles, cognitivo-sensorielle, et enfin la facilitation neuro-motrice, les techniques cognitivo-comportementales et la stimulation cognitive.

Les critères d'inclusion :

La population retenue est constituée d'ergothérapeutes travaillant au sein d'un PASA. Aucune expérience particulière n'est nécessaire pour répondre à ce questionnaire, d'autant que la création des PASA est relativement récente, en 2008, lors du plan Alzheimer 2008-2012 ; obligatoirement, l'expérience en PASA est inférieure à 10 ans.

Les ergothérapeutes qui ont répondu au questionnaire, l'ont fait de manière libre, sans contrepartie.

1.2. Choix de l'outil

L'outil choisi dans cette étude est le questionnaire (Annexe II). L'entretien avait été envisagé mais il permet un recueil d'informations moins important que le questionnaire. En effet, l'entretien a un objectif plus qualitatif que quantitatif. Le questionnaire a l'avantage d'avoir une visée à la fois quantitative, mais aussi qualitative. Les questions fermées (dichotomiques et à choix multiples) permettent de recueillir les données quantitatives. Ces questions fermées facilitent l'exploitation des données et permettent ainsi un traitement statistique. Au contraire, les questions ouvertes, qui permettent d'obtenir des résultats qualitatifs, autorisent la personne à exprimer son point de vue et son ressenti. Elles permettent ainsi, un complément de réponse afin de justifier des choix sur les questions précédentes.

1.2.1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire comprend deux parties : une courte introduction et le questionnaire en lui-même. L'introduction permet au lecteur de savoir à qui il répond et dans quel cadre. Cela lui permet également de situer le sujet et de savoir que les réponses sont anonymes et confidentielles. Dans cette introduction un délai est donné pour permettre au destinataire de prendre le temps de répondre au questionnaire et pour fixer la date de début de l'analyse des résultats. Pour ce questionnaire, le destinataire dispose de plusieurs moyens de renvoi : par e-mail ou

par la poste. En cas de doute ou d'incompréhension à propos du questionnaire, un numéro de téléphone est également transmis au destinataire. A la fin du questionnaire se trouve une phrase de remerciement.

Le questionnaire est composé de 9 questions. Il alterne des questions fermées (dichotomiques et à choix multiples) et ouvertes. Les questions fermées, sont souvent suivies d'une question ouverte : cela permet à la personne d'expliquer, de justifier son choix concernant la question fermée.

Les premières questions permettent de recueillir des informations concernant la pratique des stimulations tactiles au sein du PASA. Ces questions ont pour objectifs d'appuyer les réponses qui valideront ou non l'hypothèse de la question de recherche. Les questions suivantes prennent en compte le point de vue des ergothérapeutes concernant les répercussions cognitives des stimulations tactiles. Enfin, la dernière question concerne la durée d'exercice professionnel au sein de l'établissement. Cette dernière information permet de déterminer si la personne est expérimentée ou non dans le domaine.

1.2.1.1. Envoi et réception des questionnaires

L'envoi par voie postale avait été choisi lors de la réalisation du questionnaire. Cependant, en raison de sa finalisation tardive, a été préférable de les envoyer e-mail. En effet, si le questionnaire avait été envoyé par voie postale, le délai de réception par les ergothérapeutes aurait été trop long. De plus, le nombre de questionnaires imprimés et d'enveloppes utilisées aurait été conséquent ; ce qui ne participe pas à la préservation de l'environnement. La transmission du questionnaire par e-mail, a également permis un réajustement plus facile et plus rapide, car de nombreux établissements ciblés ne disposaient pas d'ergothérapeutes.

Les questionnaires ont été envoyés par e-mail à environ 75 EHPAD disposant d'un PASA, selon le site du plan-Alzheimer (<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>). Au début, seuls les PASA situés dans les départements de la Normandie devaient être ciblés, mais en raison des vacances scolaires, des EHPAD d'autres départements ont été contactés, afin que les ergothérapeutes ciblés ne soient pas tous en congés.

Les adresses mails à disposition sur le site internet étaient celles du secrétariat ou de la direction. Il était demandé aux destinataires de transmettre le

questionnaire aux ergothérapeutes qui travaillent dans le PASA. Dans le cas où il n'y a pas d'ergothérapeute ou qu'il n'y a pas de PASA, il est demandé à la personne de renvoyer un mail, afin de savoir qu'il n'y aura pas de retour d'un ergothérapeute de l'établissement ciblé.

Plus de vingt questionnaires n'ont pas été reçus par les destinataires, une petite dizaine a eu pour réponse : l'absence d'ergothérapeute ou de PASA, et seulement 5 questionnaires ont été réceptionnés. Suite à ce retour peu conséquent, et la date fixée pour le délai de réponse, un second mail a été envoyé à une vingtaine d'établissements.

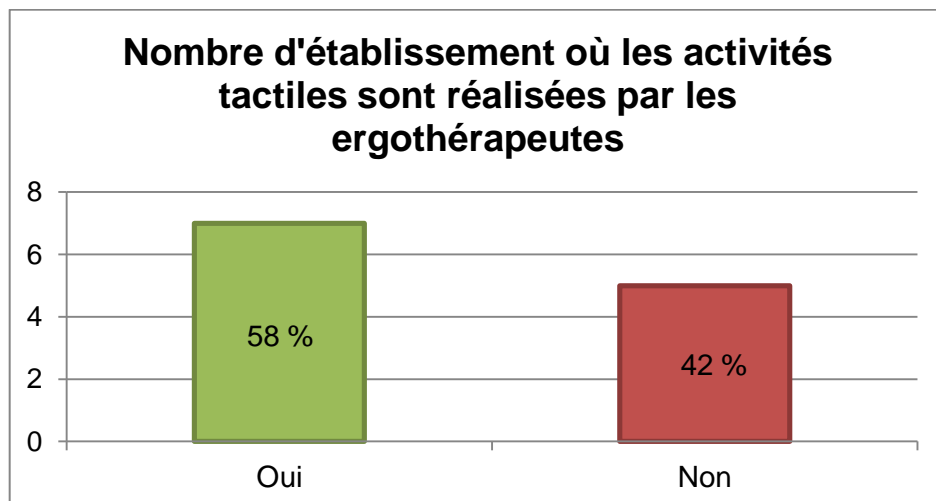
Au final, 12 questionnaires ont été retournés. Un des répondants a transmis son questionnaire par voie postale, deux ont été rendus en main propre, et les 9 autres questionnaires ont été reçus par mail.

2. Résultats et analyse

Dans cette partie sont exposés les résultats et l'analyse de chaque question du questionnaire. Les résultats sous forme de tableau sont disponibles en Annexe III.

Question 1 : « Réalisez-vous des activités tactiles au sein du PASA ? »

Dans environ 58% des cas, les ergothérapeutes réalisent des activités tactiles, ce qui représente 7 des ergothérapeutes.

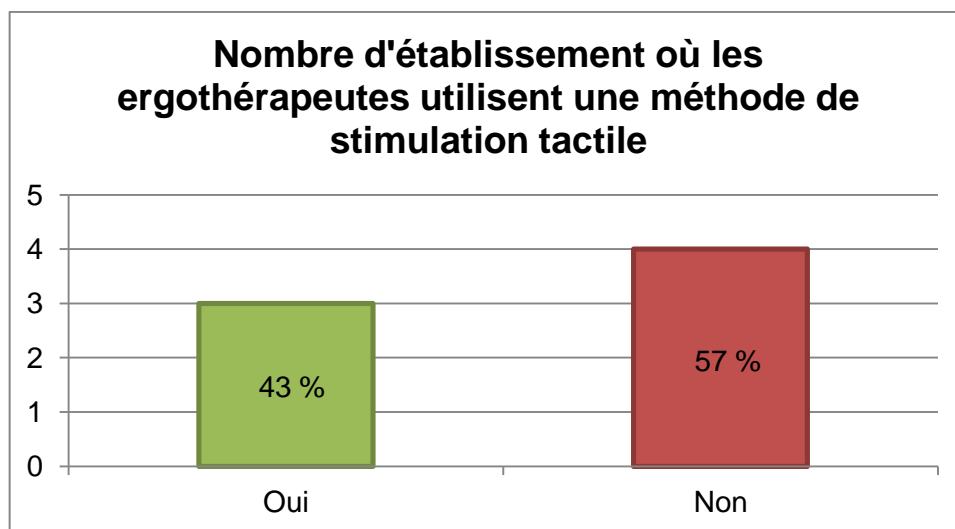


Les quatre raisons pour lesquelles les ergothérapeutes ne réalisent pas d'activités tactiles sont les suivantes :

- La stimulation tactile n'est pas une activité en elle-même car elle est constamment mobilisée lors des autres activités telles que le repas, activités manuelles, jeux, cuisine
- Le PASA est ancien et est centré sur le cognitif donc les activités sensorielles sont très peu réalisées.
- Aucun atelier spécifique n'est mené excepté pendant la gym.
- Aucune prise en charge n'est réalisée au PASA : l'ergothérapeute est dans un ou plusieurs autres services. Au PASA, l'ergothérapeute a un rôle de coordonnateur, d'organisation et de synthèse des plans de soins adaptés. Cette explication a été donnée par deux ergothérapeutes.

Question 2 : « Utilisez-vous une méthode pour les stimulations tactiles ? »

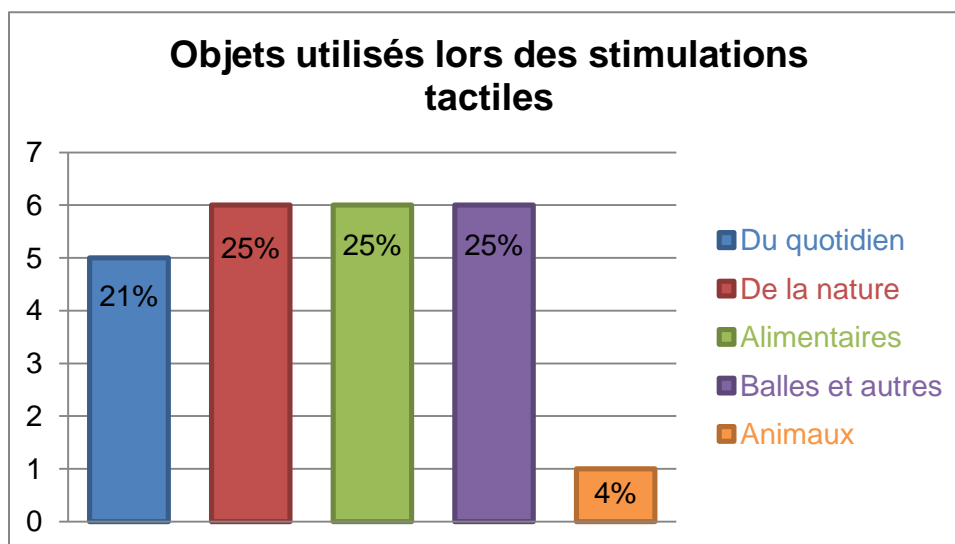
Trois ergothérapeutes utilisent une méthode de stimulation tactile. Deux personnes n'ont coché aucune case, mais ont laissé un commentaire similaire en expliquant que les stimulations étaient incluses au travers des activités de vie quotidienne en permanence. Ces deux personnes ont été comptées comme n'utilisant pas de méthode. Donc dans 57% des cas, les ergothérapeutes n'utilisent pas de méthode de stimulation tactile dans leur établissement.



Un des trois ergothérapeutes avait répondu ne pas utiliser de méthode de stimulation, cependant, il dit utiliser Snoezelen, c'est pourquoi il a été inclus dans les personnes réalisant des stimulations tactiles. Un autre des répondants utilise également la méthode Snoezelen. Le troisième ergothérapeute qui utilise une méthode, réalise la stimulation basale d'Andréas Frolich. L'ergothérapeute explique que c'est une méthode à laquelle il faut être formé, et qui est habituellement utilisée pour des personnes polyhandicapées. Il explique que, selon lui, cette méthode est une réussite avec les personnes âgées.

Question 3 : Avec quoi réalisez-vous les activités de stimulations tactiles ?

Il était demandé aux ergothérapeutes d'ordonner les réponses par ordre de fréquence. Or, 4 des répondants aux questionnaires ont simplement coché leurs réponses sans les ordonner. Les résultats ne seront pas analysés comme cela était souhaité.



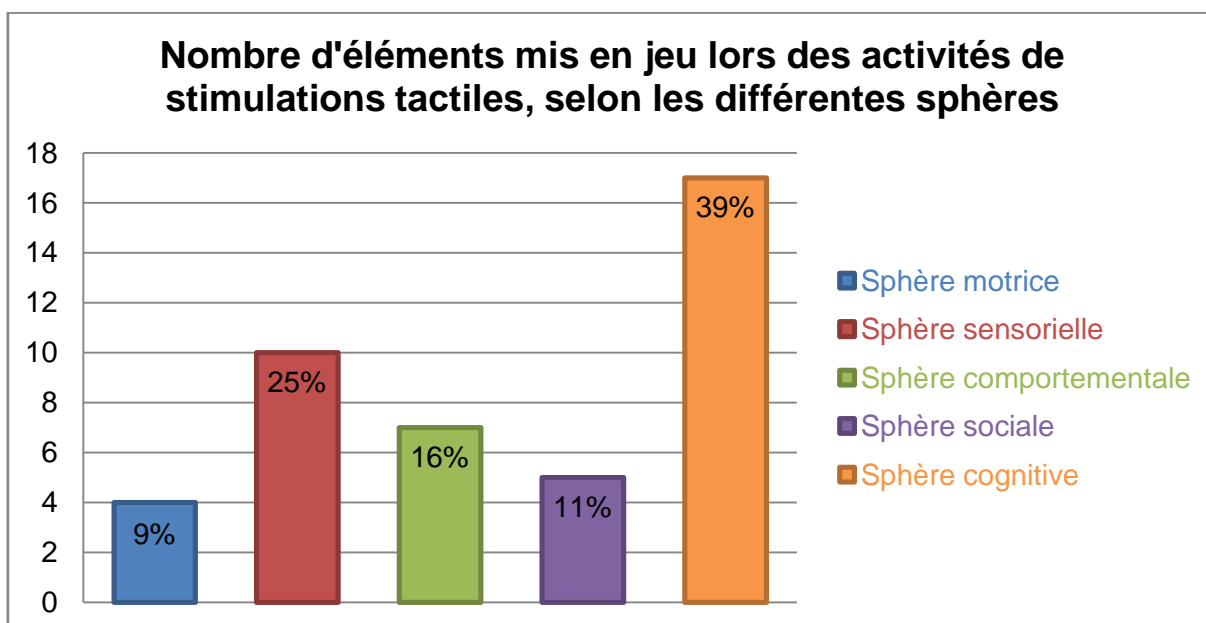
Dans 21% des cas, les objets utilisés dans les établissements sont des objets du quotidien. Dans 25% des cas, les professionnels utilisent soit des objets de la nature, soit des objets alimentaires, soit des balles ou autres objets sensoriels. Un ergothérapeute a répondu utiliser des animaux (chiens à poils longs, souris, oiseaux), cela représente 4% des stimulations tactiles.

Les moyens utilisés sont variables selon les établissements, mais globalement il n'y a pas d'objets plus utilisés que d'autres. En revanche, il est possible de dire que l'utilisation de la médiation animale est peu utilisée au sein des PASA.

Il est à noter que l'utilisation d'objets se rapportant à la vie quotidienne représente 75% puisque toutes les catégories d'objets citées, excepté celle des balles et autres objets similaires, font appel à des éléments signifiants et significatifs.

Question 4 : « Quels objectifs avez-vous (ou auriez-vous) lors des activités de stimulations tactiles ? »

Les objectifs cités par les ergothérapeutes ont été classés selon les sphères motrice, sensorielle, comportementale, sociale et cognitive. Spontanément, les ergothérapeutes ont donné 39% d'objectifs concernant la sphère cognitive et 25% de la sphère sensorielle. Les ergothérapeutes ont ensuite donné des objectifs concernant la sphère comportementale (16%), puis de la sphère sociale (11%). Les objectifs les moins cités spontanément concernent la sphère motrice (9%).



Ci-dessous sont détaillés les objectifs cités par les ergothérapeutes. Les numéros inscrits entre-parenthèse représentent le nombre d'ergothérapeutes qui ont mentionné l'objectif.

Au niveau de la sphère motrice, 4 ergothérapeutes ont évoqué un objectif : maintenir les capacités sensori-motrices (2) (avec le travail de la coordination et de la motricité fine), favoriser les réflexes posturaux (1), et favoriser le renforcement musculaire (1).

En ce qui concerne la sphère sensorielle, 10 réponses ont été données par les ergothérapeutes. Ces réponses regroupent les objectifs suivants : stimuler le toucher (6) et les autres sens (3), maintenir les capacités de discrimination de proprioception et de sensibilité (1).

Les ergothérapeutes ont donné au total 7 réponses se rapportant aux objectifs concernant la sphère comportementale : favoriser le bien-être (1), la détente (3), le plaisir (1), et apaiser/diminuer les angoisses (2).

L'objectif de favoriser le lien social, qui fait partie de la sphère comportementale a été évoqué par 5 ergothérapeutes.

Pour la sphère cognitive, 10 des ergothérapeutes ont donné au moins un élément. Au total 17 éléments ont été donnés avec différents niveaux de précisions selon les ergothérapeutes. L'objectif le plus cité est la stimulation de la mémoire (6), notamment les mémoires sensorielle (3), tactile (1) et autobiographique (2), et la réminiscence (3). Les ergothérapeutes ont également répondu que cela stimule les fonctions cognitives et exécutives, en particulier par la mise en jeu des gnosies (2) et du langage (2), avec l'expression du ressenti (5) et la verbalisation (1). Un ergothérapeute a répondu que cela permet de favoriser la concentration (1).

De plus, un ergothérapeute a répondu que deux des objectifs recherchés dans l'activité sensorielle et tactile est l'un d'adapter les activités proposées pour permettre à des résident malvoyants de participer et l'autre de répondre aux besoins de manipulations de malades Alzheimer.

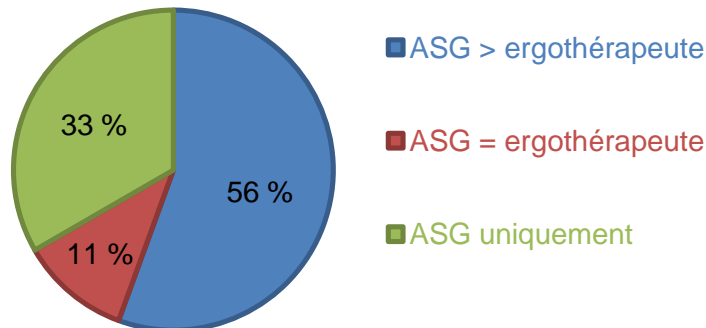
Question 5 : « Quels sont le ou les professionnels qui réalisent les stimulations sensorielles dans le PASA ? »

5 des ergothérapeutes répondants n'ont pas ordonné leurs réponses, ce qui ne permet pas de classer l'ensemble des questionnaires.

Concernant tout d'abord les 12 établissements : 9 ont une intervention de l'ergothérapeute pour les activités de stimulation tactile et 12 (soit tous les établissements) ont une intervention par les assistants de soins en gérontologie pour ces mêmes activités tactiles. Parmi les autres professionnels pouvant intervenir, seul un neuropsychologue a été cité.

Concernant ensuite les questionnaires exploitables : parmi ceux qui n'ont pas classé leur réponse par ordre de fréquence, plusieurs ont coché une seule case, ce qui permet tout de même de classer les résultats. Seulement quatre des questionnaires n'ont pas pu être analysés avec les autres. Les résultats en pourcentages cités ci-dessous ont été obtenus à partir de 9 questionnaires.

Réalisation des activités tactiles par les professionnels selon les établissements*



*Résultats obtenus avec 9 questionnaires

Pour cette question, il ressort que les ergothérapeutes réalisent moins souvent des activités tactiles que les assistants de soins en gérontologie (ASG). En effet, 56% des répondants ont dit que les ergothérapeutes réalisent moins souvent les activités tactiles que les assistants de soins en gérontologie. 22% ont répondu qu'il n'y a que les assistants de soins en gérontologie qui réalisent les activités tactiles. Et dans 11% des cas, soit dans un établissement donné, l'ergothérapeute et l'assistant de soin en gérontologie réalisent les activités à la même fréquence. L'ergothérapeute a précisé que les activités spécifiques sont menées conjointement.

En ce qui concerne les quatre questionnaires où les réponses ne sont pas ordonnées, dans tous les établissements l'ergothérapeute et l'assistant de soin en gérontologie réalisent les activités tactiles. Dans un de ces quatre établissements, le neuropsychologue intervient également pour ces activités tactiles. L'ergothérapeute précise que ce sont l'ergothérapeute, l'assistant de soins en gérontologie et le neuropsychologue qui réalisent les activités tactiles car ce sont eux qui sont formés à la méthode Snoezelen.

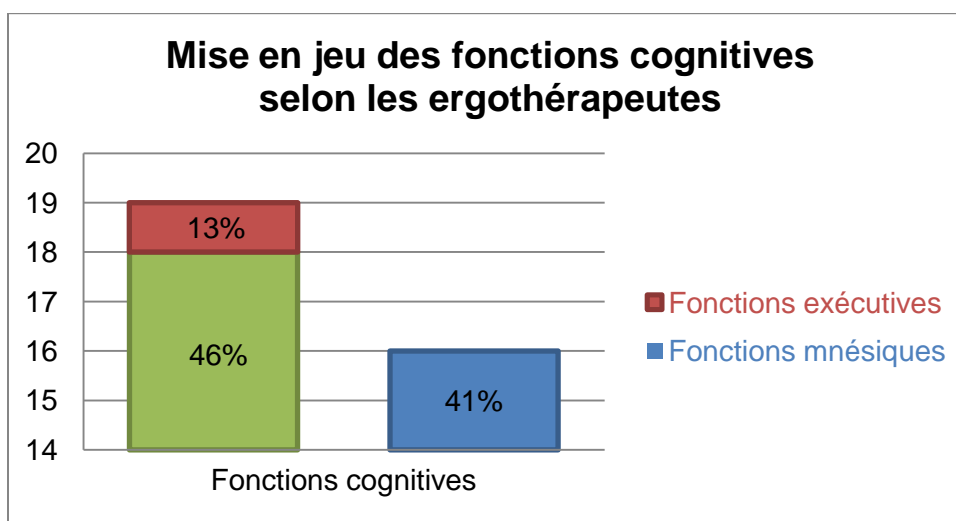
La raison pour laquelle les assistants de soins en gérontologie réalisent plus les activités que les ergothérapeutes a été la même pour tous les ergothérapeutes (hormis pour l'ergothérapeute qui réalise les activités avec l'ASG, et pour celui qui les réalise parce qu'il est formé au même titre que les autres, à la méthode Snoezelen, dont les explications ont été précisées ci-dessus). Au total, 85% des

ergothérapeutes ont justifié que soit les ASG sont plus présents sur le PASA que l'ergothérapeute car ce dernier n'est pas à temps plein sur le PASA ; soit qu'il y a plus d'ASG que d'ergothérapeutes. Parmi eux, 3 ont ajouté qu'ils ont principalement un rôle de coordination et d'organisation du PASA.

Question 6 : « Selon vous, quels sont les bénéfices cognitifs et mnésiques retirés lors des activités tactiles ? »

Comme pour la question 4, le nombre de réponse donné pour chaque item est inscrit entre-parenthèse.

Parmi tous les éléments cités par les ergothérapeutes, 41% concerne les fonctions mnésiques, 13% se rapporte aux fonctions exécutives et les 46% restants concernent les fonctions cognitives qui ne sont pas regroupées dans des catégories à part entière.



Les réponses récoltées concernant les 13% des fonctions exécutives sont la stimulation des praxies (2) et des gnosies (3).

Parmi les 46% qui ont évoqué les fonctions cognitives, 4 personnes ont parlé du maintien des capacités cognitives restantes sans développer leur réponse. Les précisions que les autres ergothérapeutes ont apportées sur les bénéfices cognitifs généraux sont : l'amélioration de la concentration et de l'attention (2), l'émergence d'émotions (1), les stéréotypies (1) et la représentation mentale (1). Le langage (9) a

été la réponse la plus évoquée. Les 9 éléments comptabilisés sont ceux parmi les objectifs suivants : favoriser les échanges et le partage avec les autres résidents (4), s'exprimer autour du ressenti et évoquer le vocabulaire sensoriel (2), et favoriser la verbalisation des expériences (3).

Pour les 41% des objectifs cités se rapportant aux bénéfices mnésiques apportés par la stimulation tactile, les ergothérapeutes ont cité : le réveil de la mémoire sensorielle (2), et la stimulation de la mémoire antérograde (1). Les ergothérapeutes qui ont répondu que cela stimule la mémoire autobiographique (2), ont précisé que cela permet de faire écho à l'histoire de vie de la personne et à l'identité de soi. En ce qui concerne la mémoire procédurale (2) : un ergothérapeute a précisé que celle-ci facilite l'engagement dans l'activité, et un autre a dit qu'elle permet de déclencher des réflexes et de faire revenir des automatismes. Enfin, les derniers objectifs cités par les ergothérapeutes concernant l'aspect mnésique sont que la stimulation tactile fait appel aux souvenirs (3) (et particulièrement sensoriel) et permet un travail de réminiscence (3).

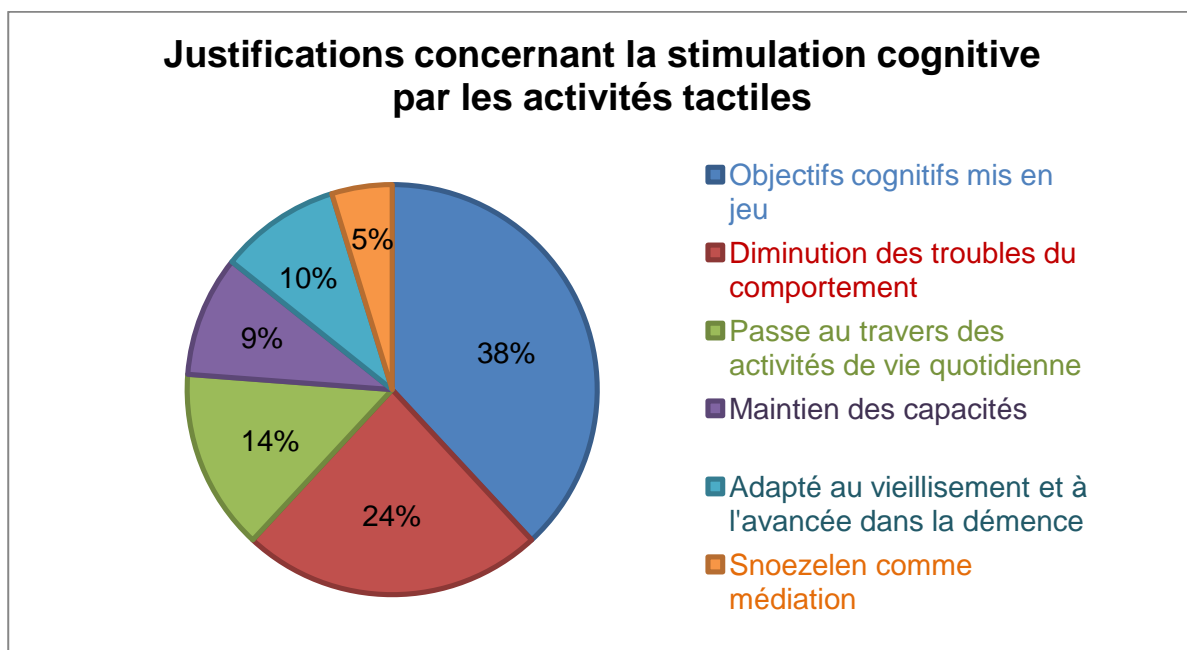
Question 7 « Pensez-vous que la stimulation sensorielle, en particulier la stimulation tactile, peut avoir une visée cognitive au sein des PASA ? »

Parmi les 12 répondants, 8 des ergothérapeutes sont tout à fait d'accord pour dire que la stimulation tactile peut avoir une visée cognitive, soit 73%. Les 4 autres répondants sont d'accord, ce qui représente 36%. Aucun ergothérapeute n'est pas d'accord, ni sans opinion.

Les réponses sont globalement identiques pour l'ensemble des ergothérapeutes répondants. Pour cela, aucune distinction n'est faite entre ceux qui sont d'accord et ceux qui sont tout à fait d'accord.

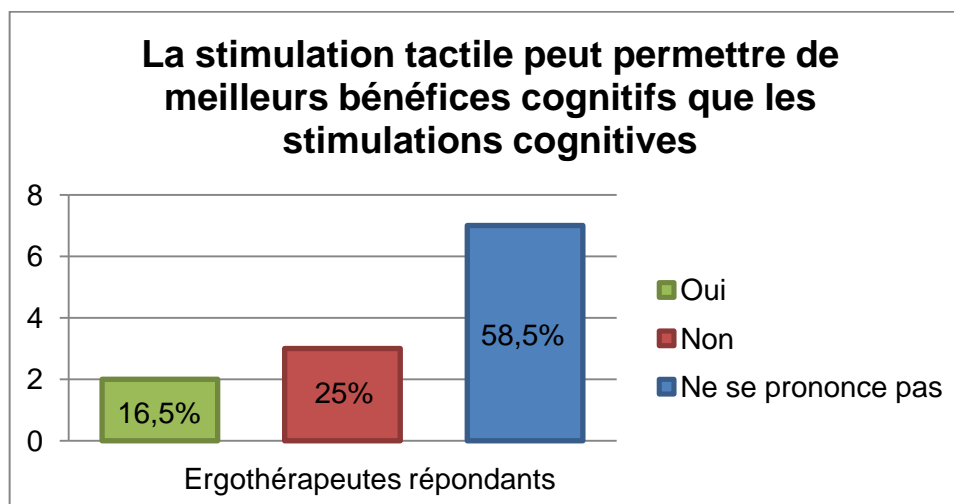
La justification principale qui est donnée par les ergothérapeutes, est, qu'en raison de la mise en jeu des fonctions cognitives, et donc des objectifs cités précédemment, la stimulation tactile a une visée cognitive. En effet, 7 personnes (38%) ont donné une justification portant sur les fonctions cognitives, mnésiques et exécutives. Un des ergothérapeutes a précisé que toutes les fonctions cognitives sont liées. 5 personnes (23%) ont justifié que cette approche diminue les troubles du comportement et

permet de valoriser les résidents. Cette justification peut être liée au fait que l'objectif principal des PASA est de limiter les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. 3 ergothérapeutes (15%) ont précisé que la stimulation tactile peut avoir une visée cognitive à condition qu'elle passe par une activité de vie quotidienne qui soit signifiante (qui a du sens) pour la personne, et non par une activité tactile en tant que telle. 2 ergothérapeutes (9,5%) ont avancé que cela permet le maintien des capacités restantes notamment dans les activités de vie quotidienne. A nouveau, 2 ergothérapeutes ont justifié que l'activité tactile avec des objectifs cognitifs, est adaptée au vieillissement des personnes mais surtout à l'avancée dans la démence. Enfin, l'un des deux ergothérapeutes qui utilise la méthode Snoezelen, explique que cette méthode apporte un support de médiation entre le soignant et le résident en phase avancée de la maladie d'Alzheimer.



Question 8 : « Pensez-vous que la stimulation tactile, au sein des PASA, peut permettre de meilleurs bénéfices cognitifs que les stimulations cognitives ? »

Deux ergothérapeutes pensent que la stimulation tactile peut avoir de meilleurs bénéfices, trois ne sont pas d'accord, et sept ne se sont pas prononcés.



Concernant les deux personnes qui ont répondu favorablement l'un n'a pas souhaité apporté de précisions et l'autre a expliqué que sachant qu'il est « de plus en plus compliqué de pratiquer des activités cognitives de type questions, rébus,... par rapport à l'état d'avancement dans la démence, la perte d'audition, de vue... La stimulation tactile avec des objets du quotidien, de la nature, permettent une communication plus facilement. »

Pour les ergothérapeutes qui ont répondu non : un ergothérapeute pense que cela apporte des bénéfices cognitifs mais pas forcément les meilleurs. Un deuxième ergothérapeute explique que la stimulation cognitive ne profite pas à certaines personnes, et que c'est à ce moment que la stimulation tactile intervient pour solliciter les fonctions cognitives (par un passage du verbal vers le non-verbal). Un dernier ergothérapeute explique que tout est lié, et qu'il faut que l'activité soit complète et signifiante pour la personne afin qu'elle puisse être valorisée et bénéfique.

Enfin, parmi les ergothérapeutes qui n'ont pas souhaité émettre un choix, deux ont dit que cela dépend de l'histoire de vie, de la réceptivité et de l'état des personnes sur l'instant. Deux autres ergothérapeutes expliquent que ce sont deux approches différentes qui fonctionnent selon la réceptivité des personnes et le niveau

d'évolution de la maladie, alors qu'un dernier a dit que ce sont deux approches qui s'entremêlent et se complètent. Ce dernier ajoute que l'approche par la stimulation tactile permet de faciliter l'approche cognitive.

Question 9 : « Depuis quand exercez-vous dans cet établissement ? »

83% des ergothérapeutes ont répondu avoir moins de 5 ans d'expérience. Les deux autres ergothérapeutes ont dit avoir entre 5 et 15 ans d'expérience.

3. Discussion

Les résultats et l'analyse réalisée, une discussion est alors effectuée pour valider ou invalider l'hypothèse suivante : la stimulation par le toucher facilite l'ancrage et la récupération des souvenirs chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade débutant ou modéré, dans les PASA, car c'est le sens qui reste le plus longtemps intact au cours du vieillissement.

3.1. A propos des questionnaires

Les questionnaires ont pu facilement être analysés en ce qui concerne les questions fermées. Certaines questions n'ont pas pu être analysées ou ont été analysées différemment, en raison d'une non-prise en compte des consignes. En ce qui concerne les questions ouvertes, l'analyse a été plus compliquée, mais les résultats qui en ressortent sont exploitables.

Il est possible de dire, pour les questionnaires obtenus, que l'expérience professionnelle au sein de l'établissement n'est probablement pas en lien avec la pratique, car la plupart ont une expérience de moins de 5 ans dans l'établissement. L'expérience au sein de l'EHPAD aurait pu être plus ancienne, mais elle n'aurait probablement pas joué sur la pratique en PASA, puisque les PASA ont été créés suite au plan Alzheimer 2008-2012.

3.2. A propos de l'hypothèse

L'analyse des résultats permet de dire que les ergothérapeutes n'ont pas nécessairement un rôle dans les activités mais qu'ils ont surtout un rôle de supervision des activités. Certains ergothérapeutes ont expliqué former les ASG à la réalisation des activités. Globalement, les ergothérapeutes ne réalisent pas ou peu les stimulations tactiles car ils n'ont pas le temps nécessaire au sein du PASA puisqu'ils sont sur plusieurs structures.

Il en découle que la pratique en PASA ne dépend pas que de l'ergothérapeute mais aussi de la direction de l'établissement, des moyens et des missions inscrites sur la fiche de poste. En effet, un même ergothérapeute n'a pas nécessairement la même pratique dans deux établissements différents du fait de ces différents critères. Le temps dispensé sur l'établissement joue aussi un rôle considérable. En effet, un ergothérapeute qui n'est pas à temps plein sur un établissement passera nécessairement moins de temps au PASA, puisque les priorités porteront sur l'ensemble des résidents et non pas sur un groupe restreint.

Les stimulations tactiles, lorsqu'elles ne sont pas réalisées par les ergothérapeutes, au sein du PASA, sont tout de même réalisées par les ASG ; ce qui montre que ces stimulations ont une importance dans la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il est vrai que plusieurs ergothérapeutes ont souligné que les stimulations tactiles sont sollicitées au cours de toutes les activités, quelle qu'elle soit, ce qui ne nécessite pas toujours l'utilisation d'activités tactiles en elle-même. Cependant, une activité quelconque peut être choisie comme activité de stimulation tactile. Comme l'a sous-entendu un ergothérapeute, une activité quotidienne peut devenir une activité qui a pour objectif la stimulation tactile. Une activité cuisine, n'est pas nécessairement choisie pour maintenir les habitudes, mais peut être l'être pour stimuler les sens et plus particulièrement, le toucher, lorsque l'activité utilise peu d'ustensiles ou d'outils et met en avant le toucher. Par exemple, si le choix de la stimulation du toucher est choisi au travers de l'activité cuisine, une pizza peut être réalisée car le nombre d'ustensile utilisé est très restreint : il faut pétrir la pâte avec les mains et ajouter des ingrédients de textures et de formes différentes. A l'inverse,

la réalisation d'une pâte à crêpe, au cours d'une activité cuisine, a peu d'intérêt si l'objectif est de stimuler le toucher.

Il ne faut pas oublier que l'activité choisie doit faire sens pour la personne et, avec l'avancée de la maladie, une activité de vie quotidienne qui fait appel aux habitudes antérieure est plus adaptée. C'est probablement pour cela que les ergothérapeutes ne réalisent pas de méthode de stimulation tactile avec les personnes âgées, atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les activités de stimulations tactiles sont importantes pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, afin de stimuler leurs fonctions cognitives. En effet, les ergothérapeutes ont spontanément cité plus d'objectifs à visée cognitive que sensorielle. Pour rappel : 39% des objectifs se rapportaient à la sphère cognitive. De plus, les ergothérapeutes sont tous soit d'accord soit tout à fait d'accord pour dire qu'il y a un rôle cognitif des stimulations tactiles. Or, d'après les quelques ergothérapeutes qui ont souhaité donner leur avis, les stimulations tactiles n'ont pas de meilleurs résultats cognitifs au sein des PASA avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il a cependant été mis en avant que les activités dépendent de la motivation et de l'engagement dans l'activité. En effet, il n'est pas possible de généraliser pour tous les résidents, mais pour des personnes qui sont plus actives manuellement qu'intellectuelles, il est possible que cela apporte des bénéfices cognitifs. Seulement 3 des 12 ergothérapeutes ont dit que la stimulation tactile permet d'évoquer des souvenirs ; la deuxième partie de l'hypothèse « la stimulation par le toucher facilite la récupération des souvenirs » n'est pas vérifiée.

Aucun ergothérapeute, dans ses réponses, n'a cité que l'activité peut favoriser l'ancrage des souvenirs, l'acquisition de nouveaux souvenirs. Cette réponse est sans doute liée au fait que, dans la maladie d'Alzheimer, notamment à partir du stade intermédiaire, les individus ne peuvent plus intégrer de nouvelles choses, puisque leur mémoire de travail et leur mémoire antérograde sont atteintes. Aussi, la mémoire explicite n'est plus présente, or, c'est grâce à elle que les souvenirs sont récupérés de manière intentionnelle, comme cela était dit précédemment.

En ce qui concerne la justification dernière de l'hypothèse « car c'est le sens qui reste le plus longtemps intact au cours du vieillissement », elle n'est pas vérifiée. En effet, la plupart des ergothérapeutes évoquent stimuler l'ensemble des sens et non le toucher en particulier. Or, la plupart des activités réalisées au sein des PASA passent par le toucher (couture, tricot, fabrications manuelles selon les événements de l'année, cuisine,...).

3.3. Propositions d'ouverture sur de nouvelles réflexions

L'hypothèse de départ n'est pas validée. En effet, les activités de stimulations tactiles ne peuvent pas faciliter l'ancrage des souvenirs et en ce qui concerne la récupération des souvenirs, elle est variable selon les résidents en PASA.

Il est toutefois possible de se demander si l'approche sensorielle favorise plus la communication (verbale et non-verbale) que la stimulation cognitive chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade intermédiaire, et au stade avancé, car d'après un des ergothérapeutes, les approches sensorielles et cognitives sont différentes et fonctionnent selon la réceptivité des personnes et leur niveau d'évolution de la maladie. Si au stade avancé de la maladie les stimulations sensorielles sont plus efficaces, peut-être faudrait-il « remplacer » les activités de stimulation cognitive par les activités de stimulation sensorielle, en particulier par la stimulation tactile.

Du fait que les résultats de cette étude tendent à dire que les activités, au sein des PASA, doivent tenir compte des habitudes de vie et des activités de vie quotidienne pour être efficaces ; la réalisation des activités doit-elle exclusivement se faire au moyen d'activité de vie quotidienne ou d'activités significatives pour la personne ?

En général, dans chaque activité menée, la stimulation sensorielle est réalisée, et ne tient pas compte que du toucher. En effet, l'ensemble des activités utilisent également la vue. Il serait intéressant de modifier la population cible, en sélectionnant un groupe de personnes qui présente des troubles visuels importants et d'effectuer une étude pour savoir s'ils ont de meilleurs bénéfices cognitifs en stimulant le toucher.

4. Limites

4.1. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire a été finalisé tardivement, ce qui a laissé un temps de réponse limité aux ergothérapeutes, et qui a retardé la rédaction de la partie de résultats et d'analyse. Un pré-questionnaire aurait pu être réalisé pour se rendre compte de la redondance de certaines questions et du non respect des consignes. Aussi, le choix de la transmission des questionnaires aux ergothérapeutes, n'a pas été le mieux choisi : une sélection des ergothérapeutes correspondant aux critères aurait pu être réalisée préalablement pour favoriser un lien direct avec l'ergothérapeute, plutôt qu'avec la direction de l'établissement. Cependant, au vu de l'avancée de ce travail, cette option n'a pas été retenue.

Le questionnaire, qui est axé sur le toucher, ne permet pas de dire que c'est parce que le sens du toucher est le dernier atteint au cours du vieillissement, que c'est grâce à lui que la stimulation cognitive est la plus aisée. Une question telle que « Si un seul sens devait être choisi pour effectuer des stimulations sensorielles dans le but de stimuler les fonctions cognitives, lequel faudrait-il choisir ? » aurait pu être posée. Cependant, il se pourrait que les résultats de cette question soient faussés, étant donné que le reste du questionnaire porte sur le sens du toucher.

4.2. Réponses aux questionnaires

L'échantillon d'ergothérapeute qui a répondu au questionnaire n'est assez conséquent pour permettre une analyse quantitative fiable et réelle de l'étude. En effet, la recherche ne peut pas être validée : en tant que mémoire de recherche d'étudiant, il n'est pas possible de valider une étude à grande échelle. Aussi, le nombre de témoignages ne regroupe pas les pratiques des ergothérapeutes de la France entière, et le nombre d'envoi des questionnaires n'a pas été fait équitablement entre les établissements privés et publics.

Le manque d'expérience, en termes de confection d'un questionnaire, a conduit à des questions pas assez explicites. Les consignes ont été mal respectées : lorsque les consignes sont consécutives à la question, les répondants ne les ont pas ou peu prises en compte.

Certaines des réponses n'ont pas pu être exploitées comme souhaitées ; cela a constitué des biais aux résultats. Aussi, certaines justifications apportées aux questions fermées ne correspondaient pas à la réponse cochée, ce qui a été gênant dans l'analyse des réponses, et il a été nécessaire d'analyser chacun des éléments des réponses aux questionnaires, pour qu'elles soient en cohérence. De plus, certaines réponses provenant de la question 1 ne correspondent pas à celles données à la question 5 : certains ergothérapeutes ont dit ne pas réaliser d'activités sensorielles, alors qu'ils ont ensuite répondu qu'ils en font simplement moins que les assistants de soins en gérontologie. S'il fallait établir un nouveau questionnaire, une seule question serait posée sur la pratique.

Pour la question 3, les objets, employés pour les stimulations tactiles devaient être classés par ordre de fréquence utilisée, mais les ergothérapeutes n'ont pas respecté cette consigne, ce qui fait que les résultats sont exprimés en tenant compte uniquement, du fait qu'ils ont été utilisés ou non.

Aussi, ce qui concerne la question 8, moins de la moitié des ergothérapeutes ont souhaité donner leur opinion, ce qui ne permet pas réellement d'obtenir des résultats fiables. De plus, la différence entre le nombre de réponse positive et négative est assez faible, ce qui veut dire qu'à plus grande échelle, le résultat peut ne pas être le même.

Conclusion

Le vieillissement et la prise en charge des démences sont actuellement des enjeux majeurs. Les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses continuent de se développer afin d'améliorer la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Avec le Plan Alzheimer 2008-2012, un accompagnement spécialisé est possible dans les PASA pour toutes les personnes présentant également des troubles du comportement légers à modérés.

Une attention particulière a été attribuée au toucher dans ce mémoire du fait qu'il soit le moins affecté par le vieillissement que les autres sens, et qu'il apporte un sentiment de sécurité pour les personnes âgées. Ce mémoire a pour but de prouver que la stimulation par le toucher facilite l'ancrage et la récupération des souvenirs, chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade débutant ou modéré dans les PASA. L'étude réalisée dans les PASA, montre que ce n'est pas le cas.

Tout d'abord, seulement la moitié des ergothérapeutes réalisent des activités de stimulation tactile. En effet, les résultats ont mis en évidence que la prise en charge par un ergothérapeute n'est pas toujours possible, en raison d'un manque de temps de travail sur le pôle ou sur l'ensemble de la structure. De ce fait, la réalisation des activités se fait par les assistants de soins en gérontologie, qui n'ont pas les mêmes compétences pour réaliser ces activités. Les ergothérapeutes approuvent néanmoins que la stimulation tactile apporte des bénéfices cognitifs. En effet, spontanément, ils ont cités plus d'objectifs portant sur la sphère cognitive que sur les autres sphères mises en jeu. En revanche, pour la question qui porte sur l'hypothèse de ce mémoire, beaucoup n'ont pas souhaité se prononcer, et le résultat conduit à dire que l'hypothèse n'est pas vérifiée. Il a été évoqué que la stimulation tactile n'est pas une activité en elle-même car elle est constamment mobilisée dans la vie quotidienne et au sein de presque toutes les autres activités.

Les activités tactiles menées sont pour beaucoup utilisées avec des objets se rapportant à la vie quotidienne. En effet, les ergothérapeutes ont affirmé que les activités menées dans les PASA, doivent être des activités signifiantes pour la personne. Cela permet une approche centrée sur la personne et un ajustement de l'activité selon ses capacités et selon l'évolution de sa maladie.

Cette étude confronte les points de vue de différents ergothérapeutes et permet une meilleure future prise en soin des personnes au sein des PASA. Elle montre qu'un travail collaboratif entre les différents ergothérapeutes travaillant en PASA peut être réalisé pour adapter au mieux sa pratique. Ce travail a également contribué à développer des connaissances sur la maladie d'Alzheimer, sur de nouvelles structures de prise en soin et sur les autres professionnels de santé gravitant autour des résidents atteints par la maladie d'Alzheimer, mais aussi sur la pratique réelle en ergothérapie dans les PASA.

Ce mémoire d'initiation à la recherche a permis une étude à petite échelle, et, pour qu'elle soit fiable et reconnue, il faudrait qu'elle soit réalisée sur l'ensemble des PASA de France. Dans une étude scientifique, il serait intéressant de comparer deux groupes, l'un pratiquant des activités de stimulation tactile à visée cognitive, et l'autre réalisant uniquement des ateliers cognitifs, car actuellement, l'intérêt de réaliser des ateliers cognitifs en PASA n'est pas démontré. Il serait également intéressant de rechercher si pour des personnes à un stade avancé de la maladie, et de savoir si les stimulations sensorielles peuvent remplacer les activités de stimulation cognitive. Avant tout, la question qui se pose est : la réalisation des activités doit-elle exclusivement se faire au moyen d'activité de vie quotidienne ou d'activités signifiantes pour la personne au sein des PASA ? Aussi, lorsque les résidents ne sont plus en capacité de réaliser des activités, comment est il possible de les intégrer dans des prises en soins en ergothérapie ?

Bibliographie

Ouvrages :

AMIEVA Hélène, ANDRIEU Sandrine, BERR Claudine et al. *Prise en charge non pharmacologique*. In AMIEVA Hélène, ANDRIEU Sandrine, BERR Claudine et al. *Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. Expertise collective INSERM. Paris : 2007, p. 315 à 336

BAILLY Jean-Christophe. *Les petites conférences : Les cinq sens*. Montrouge, Bayard, 2014, 92p.

DESGRANGES Béatrice et EUSTACHE Francis, *L'évaluation classique de la mémoire épisodique*. In ADAM Stéphane, DESGRANGES Béatrice, EUSTACHE Francis et al. *Evaluation et prise en charge des troubles mnésiques*, Marseille : SOLAL, 2003, p. 123-140

FONTAINE Roger. *Psychologie du vieillissement*. (2^{ème} édition). Paris : DUNOD, 2007, 223p.

MAZÔ-DARNÉ Nicole. *Mémoriser grâce à nos sens* [en ligne]. In ALBUS Jean-Claude, AITCHISON Jean, CYRULNIK Boris et al. *Cahiers de l'APLIUT : Mémoire et mémorisation dans l'apprentissage des langues*, Toulon, vol. XXV, n° 2, 2006, p. 28-38. Disponible sur : <https://apliut.revues.org/2456> (consulté le 01/11/2015)

MAHIEUX F. *Les modèles psychologiques de la mémoire*. In MICHEL B., DE ROTROU J. et VERDUREAU F. *La stimulation cognitive*. Marseille : Solal, 1996, p. 59 - 70

MEEUS Philippe. *Ergothérapie et animation en institution pour personnes âgées*. In TROUVE Eric. *Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques*. Marseille : Solal, 2009, p.-365-370

SAETTEL Lisenn. *Nouveaux dispositifs d'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, les PASA et les UHR : un nouveau champ d'application de l'ergothérapie*. In TROUVE Eric. *ErgOTHérapie : Maladie d'Alzheimer : l'ergothérapeute apporte sa contribution*. Marseille : Solal, mars 2011, p. 27-32.

Articles :

ANAES. *Prise en charge non-médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. Service évaluation technologique. Saint-Denis : 2003, 50p.

ANESM. *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Nancy : Avril 2009, 44p.

AQUINO Jean-Pierre et FREMONTIER Michèle. Ergothérapeutes et maladie d'Alzheimer. *La lettre de l'observatoire : Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*. Avril 2011, n°19, p.1-12.

BAHAR-FUCHS Alex, CLARE Linda et WOODS Bob. Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type: a review [en ligne]. *Alzheimer's Research & Therapy*. 2013, p 1-14. Disponible sur : <http://alzres.biomedcentral.com/> (consulté le 15.02.2016)

CHAUDERON M. *Groupe mémoire et groupe cuisine thérapeutique en gériatrie intérêts et enjeux*. In IZARD Marie-Hélène, MOULIN Marielle et NESPOULOUS Richard. *Expériences en ergothérapie : treizième série*. Sauramps médical. Montpellier : 2000, p. 113-117

DE LA PORTE DES VAUX C., MENU J-P. et HOLZSCHUCH C. *Rééducation des fonctions multisensorielles*. In IZARD Marie-Hélène, MOULIN Marielle et NESPOULOUS Richard. *Expériences en ergothérapie : huitième série*. Sauramps médical. Montpellier : 1995, p. 190 - 196

DE SANT'ANNA Martha et MORAT Brune. *Prise en charge non-médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer*. *Soins gériatrie*. 2013, vol 18, n°102, p. 15-18

DEL ALAMO Simona. *Prise charge de la maladie d'Alzheimer par l'assistant de soins en gériatrie*. *L'aide soignante*. 2014, n°160, p. 27-29.

GOURDON Marie-Thérèse et OLLER Brigitte. *Un atelier des sens pour maintenir la communication*. *Soins gériatrie*. Février 2006, vol 11, n°57, p.35

HERVY Bernard. *Les sens de la vie*. *Soins gériatrie*. Février 2006, vol 11, n°57, p.28-30

LAFARGUE-CAUCHOIS Sandrine et ROGEZ Elisabeth. Communiquer dans et par tous les sens. *Soins gérontologie*. Février 2006, vol 11, n 57, p. 13

RASCHILAS Franck. Le vieillissement sensoriel. *Soins gérontologie*. Février 2006, vol 11, n 57, p. 14-15

VOZZELLA Stephen. Sensory Stimulation in dementia care why it is important and how to implement it. *Topic in geriatric rehabilitation*. April 2007, vol 23, n 2, p102-113.

Autres références :

ACHARD Christelle et SUBLON Gwennaëlle. *La stimulation multisensorielle comme outil de prise en charge orthophonique des troubles spatio-temporels et communicationnels de la maladie d'Alzheimer*. Orthophonie. Université de Lorraine, faculté de médecine de Nancy, 2012, 84 pages

AFEG. Rubrique Accueil [en ligne]. Disponible sur : <http://www.afeg.asso.fr/> (consulté le 31.12.2015)

Alzheimer plan 2008-2012. Rubrique : 44 mesures [en ligne]. Disponible sur : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/> (consulté le 06.11.2015)

ANFE. Rubrique la profession [en ligne]. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/> (consulté le 31.12.2015)

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute [en ligne]. BO Santé-Protection sociale-solidarité n 2010/7 du 15 août 2010, p. 163-289. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/> (consulté le 11.01.2016)

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 [en ligne]. Direction générale de l'action sociale, Ministère des affaires sociales et de la santé, 16 pages. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/> (consulté le 05.11.2015)

France Alzheimer. Rubrique comprendre la maladie. Disponible sur : <http://www.francealzheimer.org/> (consulté le 14.10.2015)

HAS. *Recommandation de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. [en ligne]. 2009, 44p. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/> (consulté le 01.12.2015)

HAS. *Recommandation de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. [en ligne]. 2011, 49p. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/> (consulté le 11.01.2016)

INSEE. Rubrique décès, mortalité, espérance de vie [en ligne] Disponible sur : <http://www.insee.fr/> (consulté le 25.09.2015)

INSEE. Rubrique évolution et structure de la population [en ligne] Disponible sur : <http://www.insee.fr/> (consulté le 25.09.2015 et le 03.05.2016)

INSERM. Rubrique neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/> (consulté le 15.11.2015)

MOSER Alizé. Étude de l'influence d'un atelier à médiation sensorielle stimulant la mémoire sur l'expression identitaire chez les personnes âgées souffrant de démence de type Alzheimer. *Etudes et pratiques en psychologie, la revue du département recherche de l'école de psychologues praticiens. Psychologie Clinique* : 2013 : Paris. Vol 1, n°2. p. 74-93

OMS. Rubrique centre de médias : Aide mémoire [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/> (consulté le 24.10.2015)

Principe de Santé. Rubrique thérapie [en ligne]. Disponible sur : <http://www.principes-de-sante.com/> (consulté le 06.12.2015)

Service Public. Rubrique hébergement des personnes âgées [en ligne]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/> (consulté le 15.11.2015)

SCHMID John. Sensory stimulation for Alzheimers [en ligne]. Disponible sur : <http://www.best-alzheimers-products.com/> (consulté le 15.02.2016)

SCHMID John. Tactile stimulation for Alzheimer's and Dementia [en ligne]. Disponible sur : <http://www.best-alzheimers-products.com/> (consulté le 15.02.2016)

WEGERER Jennifer. Sensory stimulation Alzheimers patients [en ligne]. Disponible sur : <http://www.alzheimers.net/> (consulté le 15.02.2016)

Glossaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ASG : Assistant de Soins en Gériologie

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

Annexes

Annexe I : Fiche de poste de l'ergothérapeute en EHPAD selon l'AFEG	1
Annexe II : Questionnaire	2
Annexe III : Résultats des questionnaires	6



afeg
Association Française des
Ergothérapeutes en Gériatrie
French Association of Occupational Therapy in Geriatrics

FICHE 1

**Ergothérapeute DE
en Etablissement
Hébergeant des Personnes Agées
Dépendantes
[EHPAD]**

IDENTIFICATION DU POSTE

**Emploi type Ergothérapeute DE
Filière Soins
Position 2
Niveau 1 (Technicien)**

PRÉSENTATION

L'objectif de l'ergothérapie en gériatrie est le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge.

Ses techniques prennent en charge les différents facteurs intervenant dans la perte d'autonomie et le handicap, l'entraînement fonctionnel, l'apprentissage de compensations, l'aide aux aidants, les modifications de l'environnement, les aides techniques.

L'ergothérapie repose sur une démarche scientifique, fait appel à des techniques éprouvées, ainsi, l'ergothérapeute peut mettre sa méthode et son savoir au service d'une démarche qualité de l'établissement.

L'ergothérapie en gériatrie est une spécialité.

Missions

- / Améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents.
- / Mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité.

Missions spécifiques

Autonomie dans les activités de la vie quotidienne

- / Renforcer, stimuler la participation aux activités de la vie quotidienne (rééducation, stratégies de compensation, aides techniques, aménagements de l'environnement).
- / Accompagner les équipes soignantes dans la prise en charge des activités de la vie quotidienne (outils de communication, formations).

Réadaptation de la mobilité et des transferts

- / Améliorer, maintenir les schémas moteurs par des techniques de réactivation ergomotrices, des aménagements, des aides techniques, des ateliers d'activité physique.

Réadaptation des troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et apparentées)

- / Renforcer, stimuler les capacités cognitives restantes, développer les stratégies de compensation lors des activités de la vie quotidienne (aides techniques, modification des activités et de l'environnement, ateliers de stimulation de groupe).

Prévention et traitement des risques de chute

- / Préconisation d'aménagements de l'environnement et d'aides techniques.
- / Rééducation, réadaptation posturale et des stratégies sécuritaires lors des activités de la vie quotidienne, ateliers équilibre et prévention des chutes.
- / Programmes d'alternatives aux contentions.

Positionnement, installation des troubles posturaux assis et allongés

- / Préconisation, réglage et adaptation des fauteuils roulants.
- / Préconisation, réalisation d'aides techniques à la posture.
- / Préconisation, réalisation de dispositifs d'aides à la prévention et au traitement des escarres.

Aides techniques

- / Préconisation et entraînement à l'utilisation d'aides techniques pour la mobilité, l'équilibre, les repas, la toilette, l'habillement, les loisirs, la cognition...
- / Aménagement de la chambre et des lieux de vie.

Assurer la formation, le conseil, l'éducation

- / Des soignant(e)s : ergomotricité, prévention des troubles musculo-squelettiques, accompagnement des sujets Alzheimer et maladies apparentées, accompagnement des troubles sensoriels et moteurs.
- / Des stagiaires : assurer l'accueil et l'encadrement pédagogique des étudiants et stagiaires.

Participer à une démarche qualité

- / Assurer la continuité des soins, rendre compte de son intervention et de ses résultats aux différents intervenants.
- / Assurer une veille professionnelle, appliquer les connaissances actualisées en gériatrie.

FICHE 1

afeg.asso.fr > afeg.ergo@aliceadsl.fr

**Questionnaire à destination des ergothérapeutes
travaillant dans un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés**

Bonjour, je m'appelle Marion Fontaine et suis en 3^{ème} année à l'institut de formation en ergothérapie de La Musse.

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je me permets de m'adresser à vous, car je suis intéressée par votre point de vue et votre pratique en Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA). Mon sujet porte sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en PASA et sur les thérapies tactiles.

Le questionnaire ne vous prendra pas plus de 10 minutes. Il est anonyme et les résultats resteront confidentiels.

Je vous remercie par avance de remplir ce questionnaire de manière sincère et de me le renvoyer au plus tard le 08/04/2016 à l'adresse e-mail suivante : marion.fontaine1994@laposte.net ou bien par voie postale au 152 rue Paul Verlaine, 76360 Barentin. Vous pouvez également me contacter au : 06.01.29.76.30.

1. Réalisez-vous des activités sensorielles tactiles au sein du PASA ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ? Puis allez à la question 4.

.....
.....
.....

2. Utilisez-vous une méthode pour les stimulations tactiles ?

- Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

.....
.....

3. Avec quoi réalisez-vous les activités de stimulations tactiles ?

(Plusieurs réponses possibles, numérotez en commençant par le plus fréquent)

- Des objets du quotidien (peigne, brosse à dent, tube de crème,...)
- Des objets de la nature (feuille, gland, écorce, sable, plume...)
- Des objets alimentaires (fruits, légumes, boîte de conserve, bouteille, fourchette,...)
- Des balles, cubes et autres objets de stimulation de formes, de taille et de textures différentes (dures, molles, à picots,...)
- Autres :

4. Quels objectifs avez-vous (ou auriez-vous) lors des activités de stimulations tactiles ?

.....

.....

.....

.....

.....

5. Quels sont le ou les professionnels qui réalisent les stimulations sensorielles dans le PASA ? (Numérotez en commençant par le plus fréquent)

- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Assistant de soin en gérontologie
- Autres :

Pourquoi ?

.....

.....

.....

6. Selon vous, quels sont les bénéfices cognitifs et mnésiques retirés lors des activités tactiles ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Pensez-vous que la stimulation sensorielle, en particulier la stimulation tactile, peut avoir une visée cognitive au sein des PASA ? (Cochez la case)

Tout à fait d'accord	D'accord	Moyennement d'accord	Pas d'accord	Totalement pas d'accord

Expliquez votre choix.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Pensez-vous que la stimulation tactile, au sein des PASA, peut permettre de meilleurs bénéfices cognitifs que les stimulations cognitives ?

- Oui Non Ne se prononce pas

Pourquoi ?

.....
.....
.....

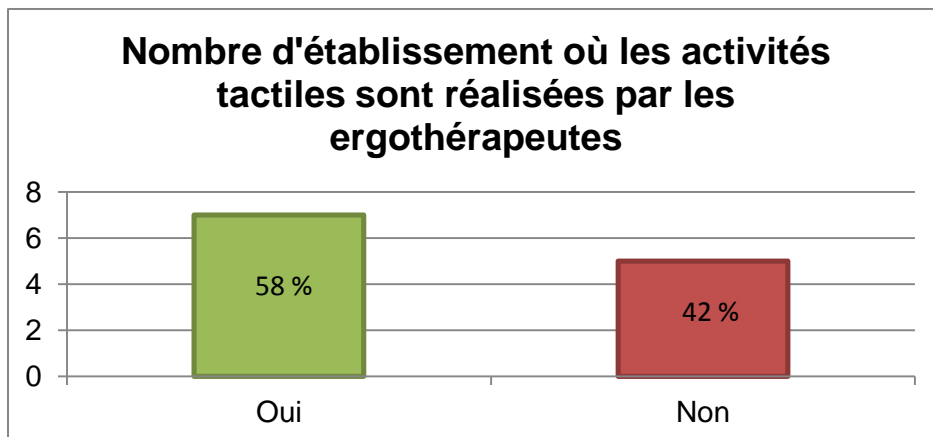
9. Depuis quand exercez-vous dans cet établissement ?

- Moins de 5 ans
 Entre 5 et 15 ans
 Entre 16 et 30 ans
 Plus de 31 ans

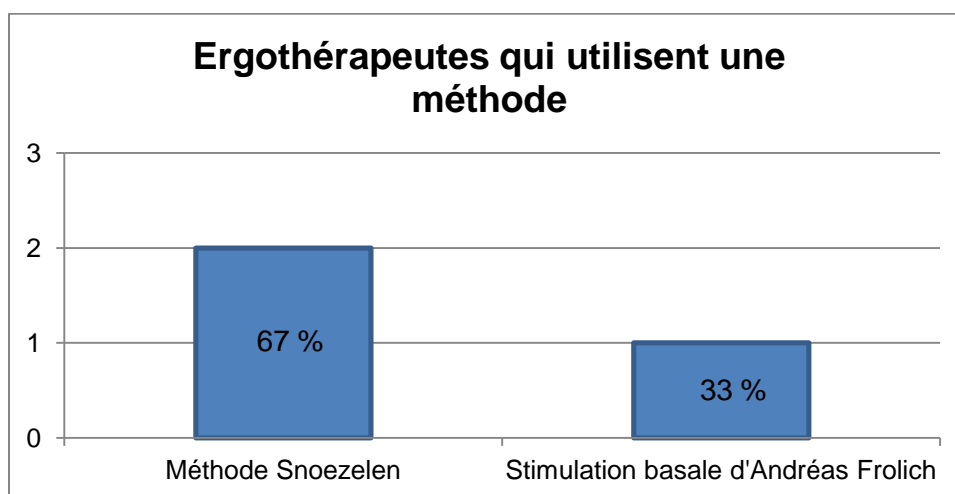
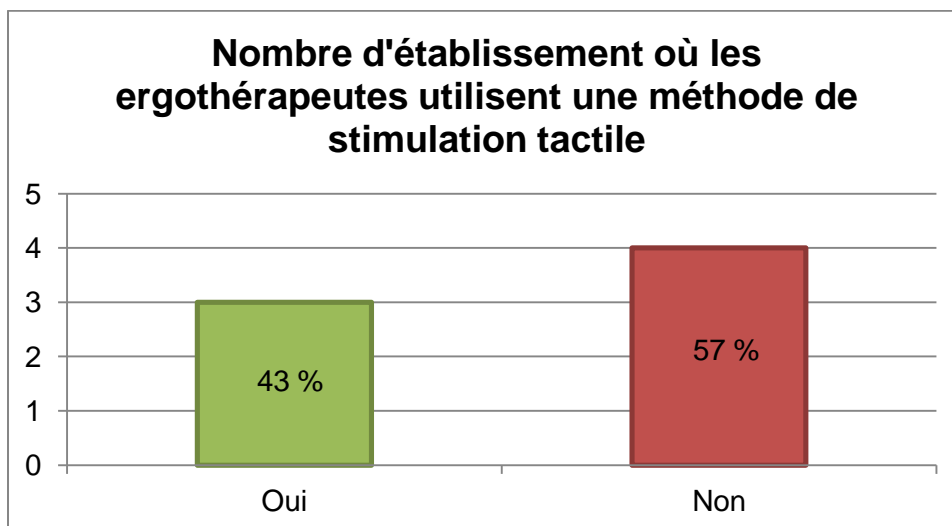
Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe III : Résultats des questionnaires

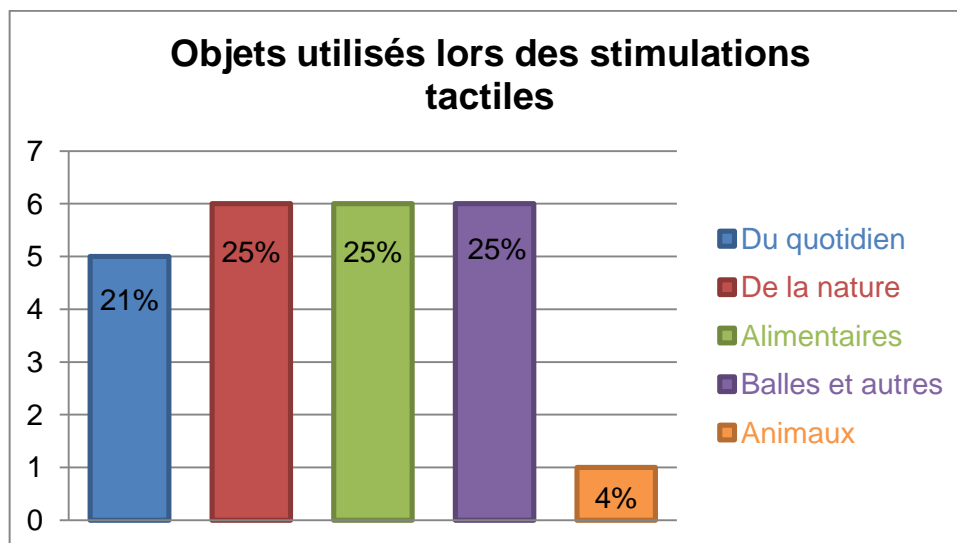
Question 1 : « Réalisez-vous des activités tactiles au sein du PASA ? »



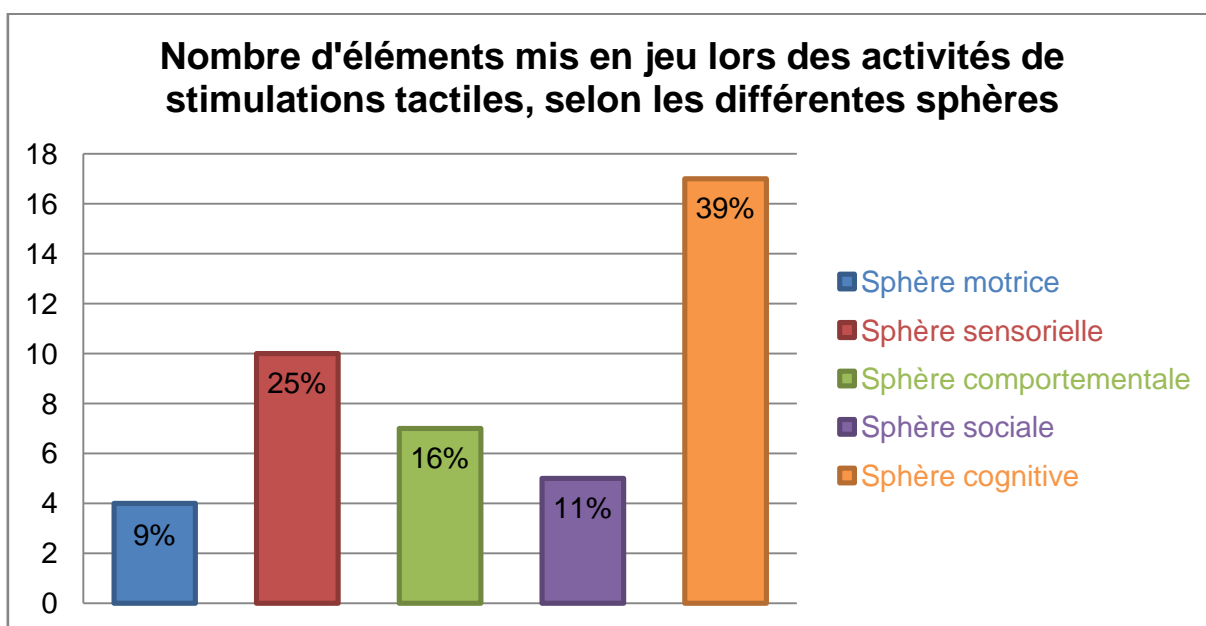
Question 2 : « Utilisez-vous une méthode pour les stimulations tactiles ? »



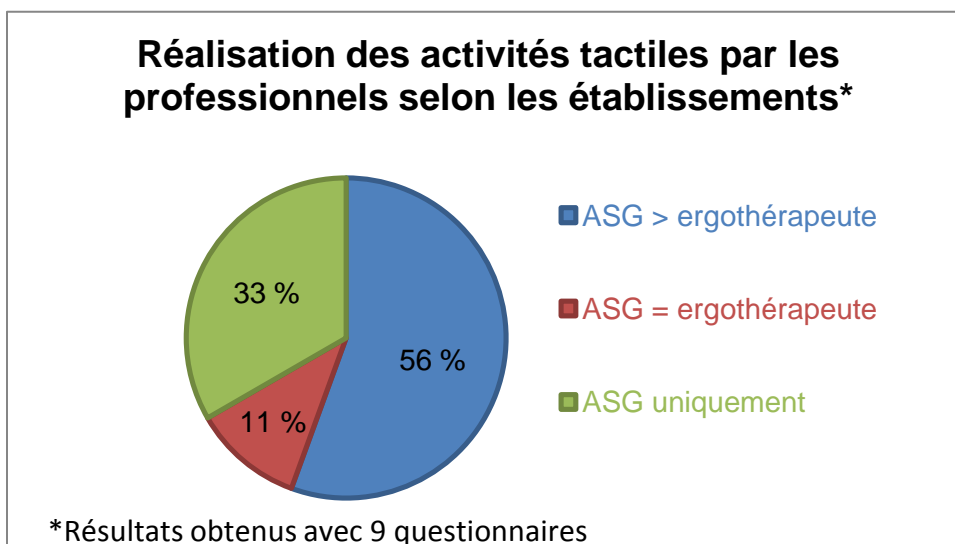
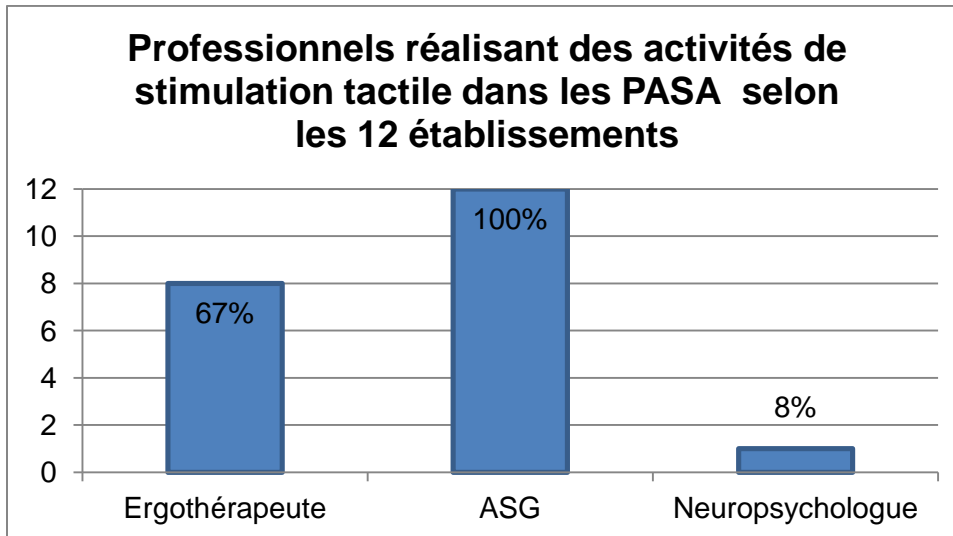
Question 3 : Avec quoi réalisez-vous les activités de stimulations tactiles ?



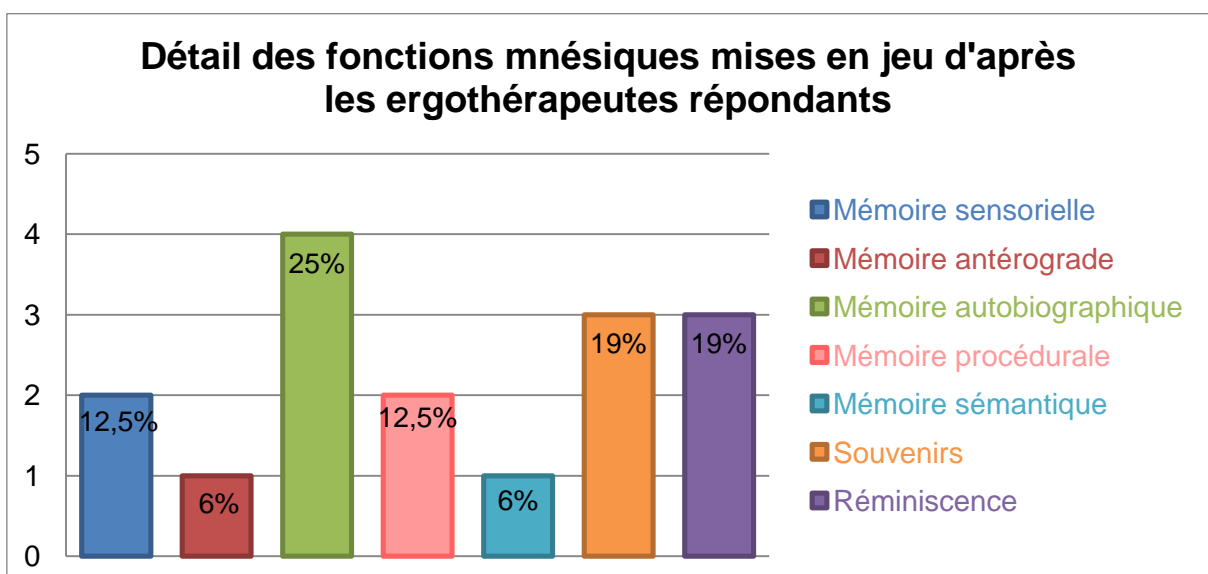
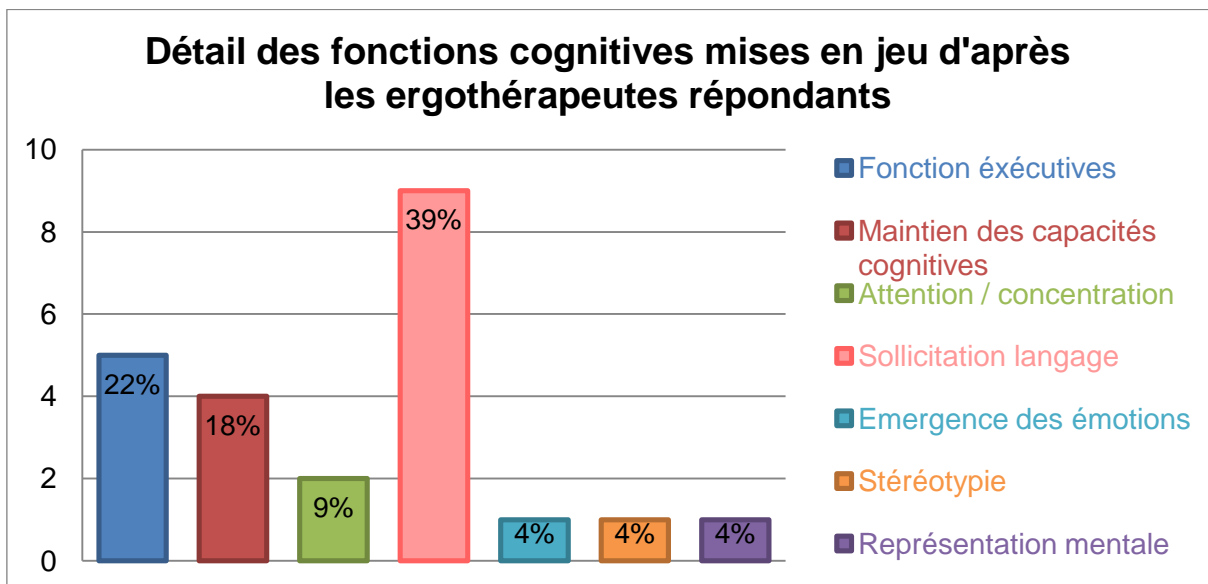
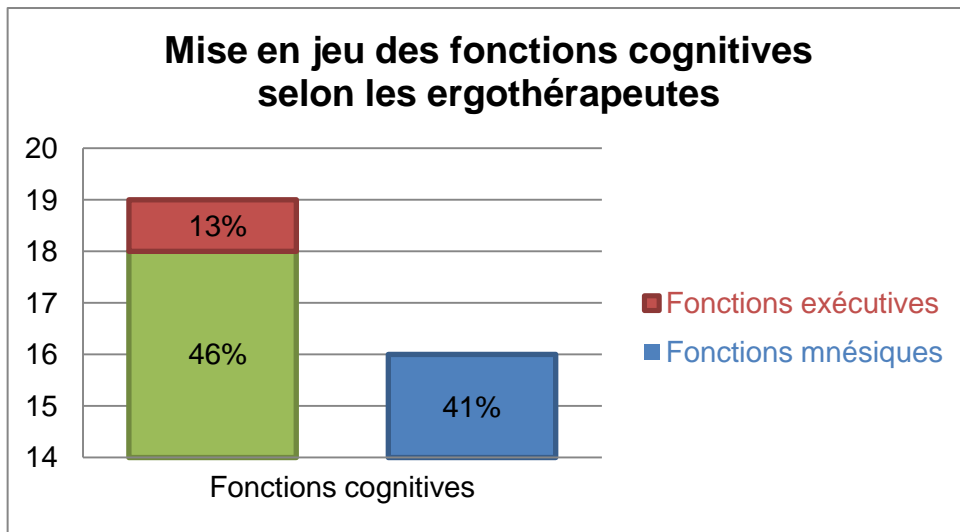
Question 4 : « Quels objectifs avez-vous (ou auriez-vous) lors des activités de stimulations tactiles ? »



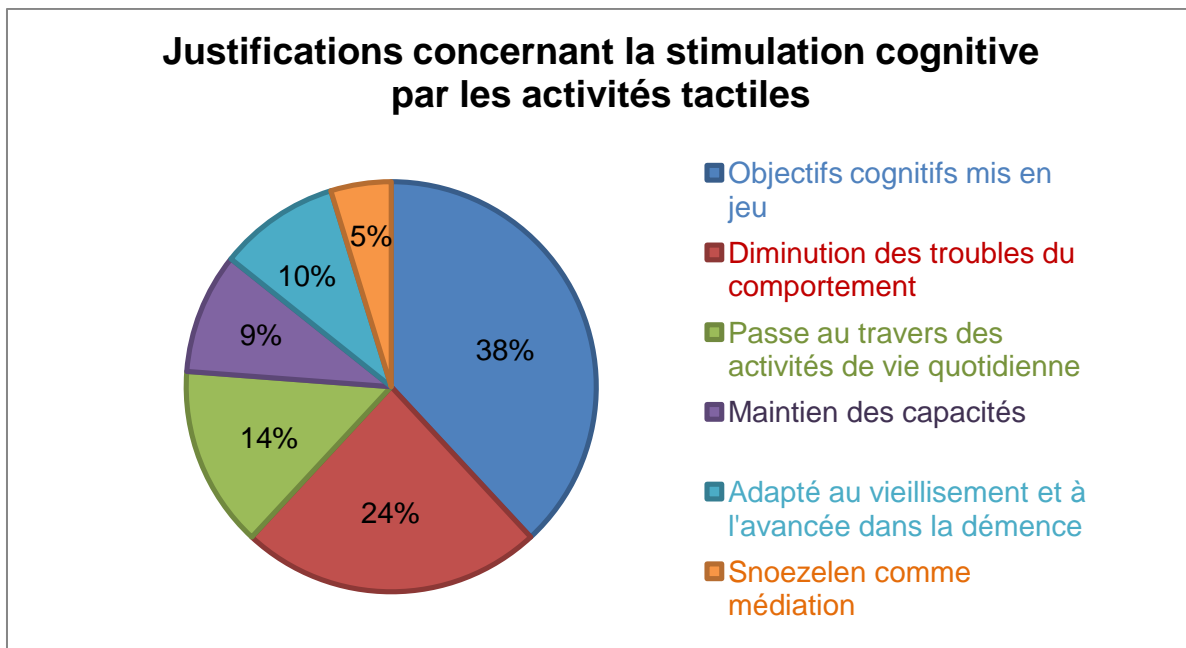
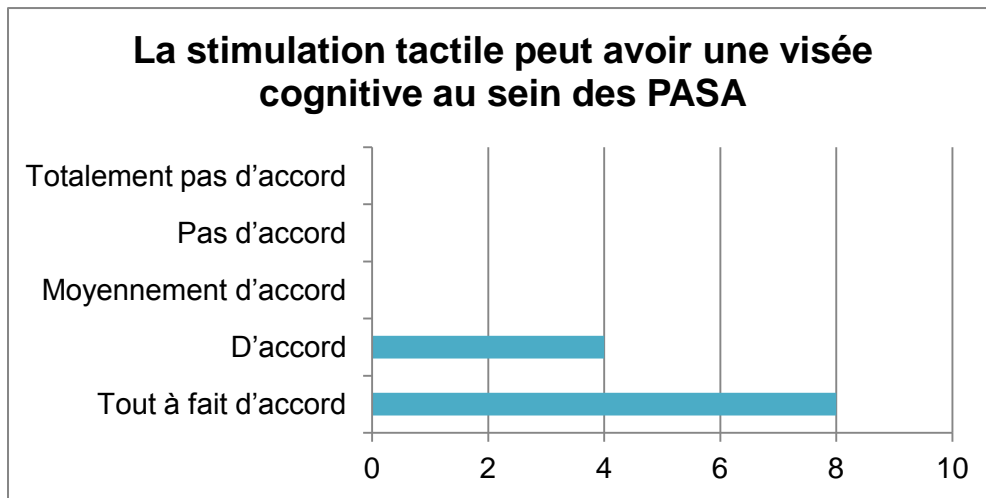
Question 5 : « Quels sont le ou les professionnels qui réalisent les stimulations sensorielles dans le PASA ? »



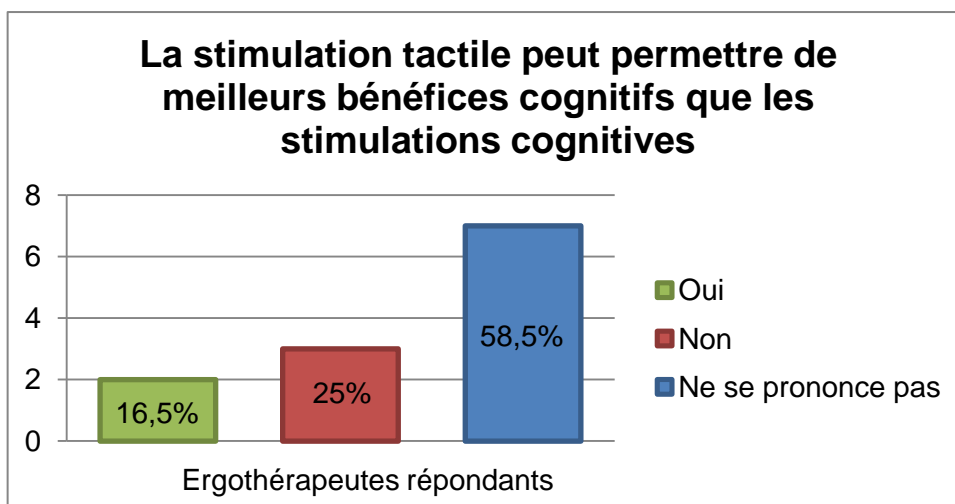
Question 6 : « Selon vous, quels sont les bénéfices cognitifs et mnésiques retirés lors des activités tactiles ? »



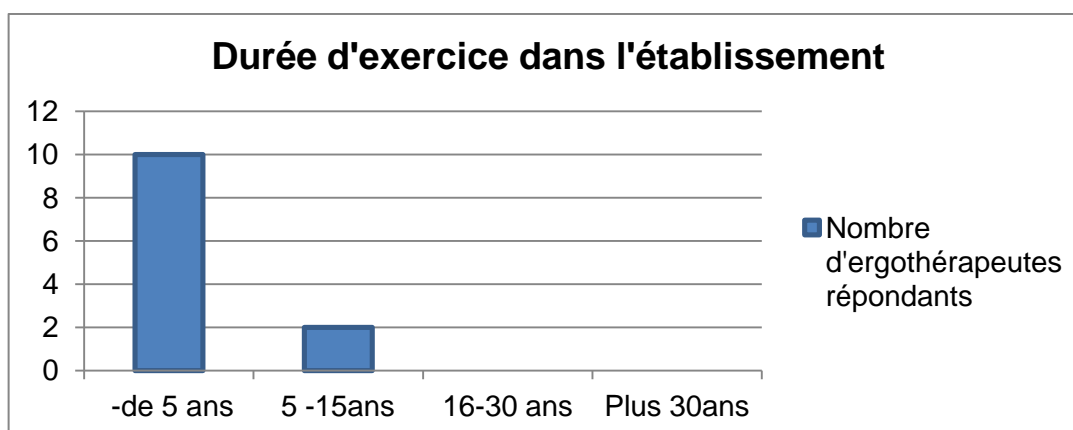
Question 7 « Pensez-vous que la stimulation sensorielle, en particulier la stimulation tactile, peut avoir une visée cognitive au sein des PASA ? »



Question 8 : « Pensez-vous que la stimulation tactile, au sein des PASA, peut permettre de meilleurs bénéfices cognitifs que les stimulations cognitives ? »



Question 9 : « Depuis quand exercez-vous dans cet établissement ? »



TITRE : L'intérêt cognitif de la stimulation tactile par les ergothérapeutes dans les PASA

AUTEUR : Marion FONTAINE

MOTS CLEFS : Ergothérapie, Alzheimer, PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, stimulation tactile, fonctions cognitives

RESUME

Le vieillissement est aujourd'hui un problème de santé publique. En France, presque 900 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer et ce nombre tend à augmenter. Cette maladie entraîne des troubles cognitifs mais aussi des modifications du comportement qui ont des répercussions sur leur quotidien. Les ergothérapeutes sont des professionnels dotés de compétences dans le domaine cognitif, qui permettent notamment d'améliorer leur quotidien. Ils sont amenés à travailler au sein des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) qui ont été créés dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012.

Ce mémoire a pour but de savoir si les activités de stimulation tactile ont un intérêt, sur le plan cognitif, dans les PASA. Douze ergothérapeutes ont été interrogés au moyen d'un questionnaire pour répondre à cette étude.

Title: The cognitive interest of tactile stimulation by occupational therapists in activities and care unit.

Key words: Occupational Therapy, Alzheimer, activities and care unit, tactile stimulation, cognitive functions

ABSTRACT

Actually, aging is a public health issue. In France, 900 000 people being affected by Alzheimer disease. Occupational therapists (OT) are health professional who have competences to take care these people. OTs are trying to improve the daily life of elderly people. OTs can work in activities and care unit, which have been created through the 2008-2012 Alzheimer plan.

In this dissertation, twelve occupational therapists answered to a questionnaire in order to know if tactile stimulation activities have an interest in cognitive domain.

OTs explain that tactile activities are most efficient when they are meaningful for the resident, but they don't allow better cognitive benefits.