



**Institut de Formation en
Ergothérapie de Nevers**



**Université de
Bourgogne**

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié

Session 1 – Promotion 2018-2021

**Méthode de recherche qualitative :
Ergothérapie et approche multisensorielle auprès
de personnes âgées**

Étudiant : PINOTEAU Noémie

Directeur de mémoire : GAUTHIER Léa

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Léa GAUTHIER d'avoir su être disponible, à l'écoute et de très bons conseils durant toute la rédaction de ce travail.

Je tiens à remercier les ergothérapeutes avec lesquels j'ai pu échanger sur mon travail et particulièrement les trois ergothérapeutes qui ont donné de leur temps pour réaliser les entretiens et sans qui, ce travail n'aurait pu aboutir.

Je tiens à remercier mes parents de m'avoir donné l'envie de travailler et de me soutenir au quotidien. Je tiens à remercier Baptiste d'être toujours présent.

Je tiens à remercier deux amies : Amélie d'être toujours de bonne humeur et de m'avoir soutenu dans cette folle aventure et Jade, d'être d'une amitié sans faille depuis de nombreuses années maintenant.

Enfin, merci Gaël d'avoir cru en moi et d'avoir fait preuve de compréhension et de réconfort.

GLOSSAIRE

ASG : Assistant de Soins Gériatriques.

AVQ : Activités de Vie Quotidienne.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Sommaire

1 - Introduction	1
1.1 – Situation d’appel	1
1.2 – Question de départ	2
1.3 – Cadre théorique	2
1.3.1 – Ergothérapeute	2
1.3.2 – Vieillesse	6
1.3.3 – Pathologies neurodégénératives chez les personnes âgées	10
1.3.4 – Institutionnalisation des personnes âgées	13
1.3.5 – Stress chez les personnes âgées	15
1.3.6 – Approche multisensorielle de type Snoezelen.....	17
1.4 – Question de recherche.....	21
1.5 - Hypothèses.....	21
2 – Méthode de recueil de données	21
2.1 – Caractéristiques du travail de recherche	22
2.1.1 – Démarche de la recherche	22
2.1.2 – Type de recherche.....	22
2.1.3 – Fonction de la recherche	23
2.1.4 – Limites de la recherche.....	23
2.1.5 – Biais de la recherche.....	23
2.2 – Outils de recueil de données.....	25
2.2.1 – Description de l’outil choisi	25
2.2.2 – Critères d’inclusion	26
2.2.3 – Critère d’exclusion	28
2.3 – Sélection des ergothérapeutes	28
2.3.1 – Questionnaire de sélection.....	28
2.3.2 - Recherches	29
3 - Résultats	30
3.1 – Présentation des personnes interrogées.....	30
3.2 – Analyse longitudinale	31
3.2.1 – Entretien avec l’ergothérapeute E1	31
3.2.2 – Entretien avec l’ergothérapeute E2.....	33

3.2.3 – Entretien avec l’ergothérapeute E3.....	35
3.3 – Analyse transversale	37
3.3.1 – Vision de l’approche.....	37
3.3.2 – Nécessité d’une séance.....	38
3.3.3 – Préparation de la séance, déroulement.....	38
3.3.4 – Compétences ergothérapeutiques.....	38
3.3.5 – Organisation, changements crise sanitaire	39
3.3.6 – Objectifs atteints	39
4 – Discussion.....	39
4.1 – Discussion de la méthode.....	40
4.1.1 – Points forts de la méthode.....	40
4.1.2 – Axes d’amélioration de la méthode	40
4.2 – Discussion du contenu	41
4.3 – Réponse aux hypothèses et à la question de recherche	45
4.4 – Perspectives de recherche	46
Conclusion.....	48
Bibliographie.....	49
Annexes	51
Résumé.....	I
Abstract.....	II

1 - Introduction

Le métier d'ergothérapeute est une pratique du domaine paramédical. Bien que dans d'autres pays, il soit d'avantage reconnu dans le système de santé, en France, il reste peu prescrit par les médecins. Les raisons peuvent être diverses :

- Le manque de connaissance des compétences de l'ergothérapeute,
- La profession n'est, au moment où ce travail est rédigé, pas régie par un ordre.

C'est en ce sens que la recherche est importante pour la pratique. Cette dernière va permettre d'enrichir la littérature existante, d'apporter une réflexion nouvelle sur un sujet et ainsi de faire évoluer la profession.

Ce travail est rédigé selon la méthodologie de rédaction IMRAD. La première partie, « Introduction », permettra d'établir le cadre de la recherche. La seconde partie, « Méthode de recueil de données », décrira le type de méthode choisi et les outils utilisés. La troisième partie, « Résultats » exposera les résultats selon une méthode d'analyse longitudinale puis transversale. Enfin, la quatrième partie, « Discussion » permettra de critiquer la méthode utilisée et de répondre à la question de recherche.

1.1 – Situation d'appel

Afin d'expérimenter le métier d'ergothérapeute, la formation offre la possibilité de faire des stages avec des ergothérapeutes dans les structures de notre choix. Pour mon premier stage, j'ai choisi un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) qui comporte un service dédié à l'accueil des personnes souffrant de pathologies neurodégénératives. Un jour où j'étais avec une Assistante de Soins Gériatriques (ASG) dans un service, elle a constaté que Mme G était stressée. Elle déambulait plus qu'à l'habitude et était agitée. L'ASG m'a dit que l'on allait essayer de l'emmener dans « l'espace Snoezelen » pour l'apaiser. Elle m'a rapidement expliqué ce en quoi consistait cette approche et nous nous sommes rendues dans la salle. Après quelques minutes, Mme G semblait plus sereine et a exprimé quelques mots. Tout au long de la séance, l'ASG était à l'écoute de Mme G.

Elle observait son comportement face à chaque stimulus, pour ne lui proposer que ceux qui l'apaisaient.

J'ai pu constater avec cette séance, que l'atmosphère proposée par l'espace Snoezelen est importante pour créer une situation d'apaisement. La séance s'est déroulée lentement et dans le calme, ce qui a permis à Mme G de se détendre.

1.2 – Question de départ

Suite à cette observation, une question a émergé. Celle-ci portait sur l'impact du stress sur les personnes âgées institutionnalisées et le rôle de l'ergothérapeute dans la diminution du stress. D'où la question de départ suivante :

Quel peut être le rôle de l'ergothérapeute dans la diminution du stress chez les personnes âgées institutionnalisées ?

1.3 – Cadre théorique

Le cadre théorique va permettre de structurer les recherches, à partir de la question de départ, énoncée auparavant. Il a pour but de définir les mots clés et de faire un état des lieux de la recherche sur les différents thèmes impliqués dans ce travail de recherche.

1.3.1 – Ergothérapeute

Les recherches ont débuté par la profession d'ergothérapeute, afin d'en connaître l'origine.

1.3.1.1 – Etymologie

Le mot ergothérapie trouve son origine dans le mot grec « *ergon* » qui signifie « activité » et « *therapia* » qui signifie « soin ». Littéralement, ergothérapie signifie

« soin par l'activité ». Par extension, l'ergothérapeute est donc le professionnel qui exerce l'ergothérapie.

Cette profession naît en Amérique du Nord au vingtième siècle. Des médecins psychiatres vont développer une thérapie via l'utilisation d'une activité quelle qu'elle soit. Elle s'est développée en France, dans les années 50 via un programme de développement mené par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'émergence du concept de handicap dans les années 70 et la vision holistique de la personne qui en découle, donne à l'ergothérapie tout son sens. Le professionnel va prendre en soin une personne, en tenant compte de son environnement physique, social ainsi que de ses Activités de Vie Quotidienne (AVQ). La finalité est de placer la personne au centre de la prise en soin, de la rendre actrice de sa prise en soin (1).

1 3.1.2 – Champs de compétences

L'ergothérapeute possède différents champs de compétences. Une condition primordiale pour exercer l'ergothérapie est la prescription médicale délivrée par un médecin. Elle permet de connaître la raison pour laquelle la personne est adressée en ergothérapie, ainsi que le nombre de séance envisagé.

L'ergothérapeute est un professionnel de l'occupation. Il va prendre en soin des personnes ayant des difficultés à réaliser des activités signifiantes (importantes pour soi) et / ou significatives (importantes aux yeux de la société). Les difficultés peuvent être liées à une déficience des fonctions motrices et / ou cognitives et / ou psychiques. Afin de permettre un recouvrement des capacités et une amélioration de la qualité de vie, l'ergothérapeute va utiliser une activité. Il peut également préconiser des aides techniques, des aménagements de domicile ou de poste de travail, afin de compenser une situation de handicap. L'ergothérapeute a aussi des compétences dans le positionnement, la prévention des troubles musculo-squelettiques, l'éducation thérapeutique ... Avant de pouvoir débiter sa prise en soin, il doit faire passer des bilans pour lui permettre de connaître les besoins de la personne ainsi que ses capacités. Les champs de compétences de l'ergothérapeute varient beaucoup, notamment en fonction de la population auprès de laquelle il exerce et de l'endroit où il exerce (2,3).

1.3.1.3 – Populations rencontrées et lieux d'exercice

L'ergothérapeute peut être amené à travailler avec tous types de personnes dès lors qu'il y a un déséquilibre occupationnel. En plus de prendre en soin tous les âges, l'ergothérapeute peut être amené à rencontrer tous types de pathologies. Il doit donc faire preuve d'adaptabilité et de flexibilité afin de favoriser les chances de recouvrement des capacités et d'améliorer la qualité de vie des personnes qu'il prend en soin (1).

Les lieux d'exercice sont également multiples. Il peut travailler en EHPAD, en centre hospitalier, en centre de rééducation fonctionnelle, en cabinet libéral, dans des structures médico-éducatives, des services pénitentiaires... Cette liste ne peut être exhaustive tant l'ergothérapeute peut intervenir dans diverses structures (1).

1.3.1.4 – Travail en équipe

Peu importe le lieu d'exercice choisi par l'ergothérapeute, la notion de travail d'équipe restera un invariant dans sa pratique. Il doit tout d'abord collaborer avec le médecin pour obtenir une prescription médicale mais aussi pour connaître les antécédents médicaux de la personne. Il peut collaborer avec les équipes de soins, notamment les aides-soignants et les infirmiers. Ces soignants prennent en soin au quotidien les personnes et peuvent faire un retour à l'ergothérapeute sur les difficultés qu'ils ont rencontrées dans leur prise en soin. L'ergothérapeute peut être amené à collaborer avec les autres professionnels de l'équipe pour échanger sur des prises en soin complexes ou pour mettre en place des actions transdisciplinaires par exemple (4). Enfin, l'ergothérapeute peut aussi collaborer avec l'entourage. La prise en soin de l'ergothérapeute étant holistique, il est nécessaire de l'inclure. Il peut être une source d'information importante et un relai nécessaire dans le retour à domicile. Cette intervention en équipe permet d'améliorer la prise en soin.

1.3.1.5 – Démographie des ergothérapeutes

Selon les études menées par le Ministère des Solidarités et de la Santé, en se basant sur les registres ADELI, en 2018, il est dénombré 11 971 ergothérapeutes en

France (Métropolitaine et Départements et Régions d'Outre-Mer). En 2009, il y en avait 7 349. L'ergothérapie étant de plus en plus connue cela augmente le nombre de nouveau professionnel, ce qui forme un cercle vertueux. Cette augmentation peut être expliquée par le développement de l'ergothérapie mais aussi par l'augmentation du nombre d'école proposant la formation. Elles étaient au nombre de 21 en 2020 (5).

1.3.1.6 – Rôles de l'ergothérapeute en institution accueillant des personnes âgées

Les recherches se sont centrées sur la profession d'ergothérapeute en institution accueillant des personnes âgées. Comme il le sera évoqué dans la suite du cadre théorique, la vie en institution apporte une autre dimension dans l'apparition du stress.

Ayant défini les missions principales de l'ergothérapeute, il faut maintenant définir le rôle de l'ergothérapeute en institution afin de faire sens avec le sujet de ce travail de recherche. Avant de débiter une prise en soin, l'ergothérapeute doit réaliser des bilans. Ces bilans doivent cibler les fonctions à évaluer et doivent être validés et normés afin de pouvoir obtenir des résultats fiables, qui peuvent être comparés aux résultats antérieurs et lus par d'autres professionnels. Suite à cela, l'ergothérapeute pourra établir un diagnostic ergothérapique, rédiger un plan de soins, en accord avec la personne et débiter la mise en œuvre des moyens, évoqués dans le plan de soins (2).

L'ergothérapeute peut ensuite intervenir dans la rééducation des fonctions motrices et cognitives avec, pour moyen, l'activité. Cette activité va prendre en compte les capacités de la personne ainsi que ses habitudes occupationnelles. L'activité utilisée peut être créée par l'ergothérapeute, comme les activités manuelles, mais elle peut aussi se faire grâce à un jeu de société par exemple (2).

Si la rééducation n'est plus efficace, l'ergothérapeute va compenser les incapacités et préconiser des aides techniques, humaines ou animalières. En institution, il est retrouvé plus spécifiquement des aides techniques aux déplacements et aux transferts mais également à la prise du repas. Les aides techniques doivent être

adaptées aux besoins de la personne pour lui permettre de maintenir ou retrouver autonomie et indépendance dans la réalisation de ses AVQ (2).

L'une des missions spécifiques à l'exercice de l'ergothérapie auprès des personnes âgées est la prévention et le traitement du risque de chute. Les chutes chez les personnes âgées peuvent avoir de graves conséquences sur leurs organismes. Il est donc important de les prévenir en préconisant des aides techniques, en mettant en place des séances de rééducation des fonctions motrices ou en organisant des ateliers de prévention des chutes et apprentissage du relevé au sol (2).

La dernière mission consiste à former, conseiller, éduquer la famille, pour faciliter le contact avec leur proche, et les soignants pour rendre les transferts moins difficiles et ainsi limiter les troubles musculo-squelettiques (2).

Pour conclure sur cette partie, l'ergothérapeute est un professionnel du domaine paramédical. Il utilise une activité comme médiateur de la rééducation afin de rétablir l'équilibre occupationnel.

1.3.2 – Vieillesse

Maintenant que les missions de l'ergothérapeute auprès des personnes âgées ont été décrites, il est nécessaire de s'intéresser au vieillissement pour en comprendre les causes et les conséquences.

1.3.2.1 – Epidémiologie

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), au 1^{er} janvier 2018, la population française comptait un peu plus de 67 millions d'habitants. Il est observé que la population est vieillissante. En France, les personnes ayant au moins 65 ans représentent 19.6% de la population totale. Si ces chiffres sont analysés sur une période de vingt ans, il est constaté que leur part dans la population française a progressé d'un peu plus de quatre points. Toujours selon l'INSEE, si la progression démographique continue dans ce sens, d'ici 2070, la France comptera

76.5 millions d'habitants. Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans augmenterait fortement, passant à 28.7% de la population totale (6).

1.3.2.2 – Définition du vieillissement

Le vieillissement est un processus physiologique et psychologique qui va modifier l'organisme dans sa structure et son fonctionnement. Il va dépendre de facteurs génétiques et environnementaux qui vont intervenir tout au long de la vie d'une personne. Cependant, c'est un processus indépendant de l'apparition de pathologie (7).

Selon l'OMS, l'âge d'entrée dans la vieillesse est de 65 ans. Socialement, l'entrée dans la vieillesse se fait dès la cessation d'activité entre 55 et 60 ans. Dans les institutions gériatriques, la moyenne d'âge est de 85 ans. La vieillesse est un phénomène variable tant dans ses manifestations que dans sa perception. Dans ce travail de recherche, une personne sera considérée comme âgée à partir de 65 ans, en accord avec la définition de l'OMS.

1.3.2.3 – Caractéristiques du vieillissement

Le vieillissement est un processus constant, de la naissance à la mort d'une personne. Aux yeux de la société, le vieillissement est souvent synonyme de régression. Pourtant, l'être humain apprend toute sa vie. La différence est que, durant le début de la vie, les apprentissages compensent en excédant la perte de certaines fonctions. Or à la fin de la vie, l'équilibre s'inverse et les apprentissages ne permettent plus de compenser cette perte (7).

Le vieillissement est également un processus que l'on peut qualifier de global parce qu'il touche plusieurs niveaux : la physiologie et la cognition. Au niveau de la physiologie, les cellules de tous les tissus de notre corps tendent vers le vieillissement. De même que pour les processus cognitifs, la perte neuronale, que les apprentissages ne peuvent plus compenser, va altérer les fonctions cognitives. Cette altération est propre à chaque être humain. Elle va intervenir plus ou moins tôt, plus ou moins

rapidement en fonction de différents facteurs que peuvent être la génétique, les facteurs environnementaux ou sociaux (7).

Enfin, le vieillissement est aussi un processus complexe et multifactoriel. Tous les facteurs entrant en cause dans le vieillissement ne sont pas encore mis en lumière ce qui le rend délicat à comprendre et à appréhender.

1.3.2.4 - Mécanismes du vieillissement

Bien que tous les facteurs du vieillissement ne soient, à ce jour, pas encore connus, certains ont déjà été découverts.

1.3.2.4.1 - MODIFICATIONS GENETIQUES

Les altérations et anomalies du matériel génétique vont augmenter avec l'âge. Elles peuvent être induites par l'exposition aux radiations ou bien lors de la division cellulaire. Cette altération du matériel génétique va modifier l'expression de certains gènes et par conséquent, l'expression de la protéine qu'il contrôle. Elle peut aussi provoquer la mort de la cellule (7).

1.3.2.4.2 - RADICAUX LIBRES ET STRESS OXYDATIF

Au cours du métabolisme de l'oxygène, l'organisme va produire des radicaux libres. Ce sont des molécules chimiques instables, inoffensives lorsqu'elles sont produites en quantité normale mais qui vont augmenter au cours du vieillissement. L'augmentation du nombre de radicaux libres va augmenter la production de stress oxydatif. Ce dernier est capable d'altérer le matériel génétique des cellules et les acides gras de la membrane cellulaire. L'organisme va donc mettre en place des systèmes de protection. Cependant, les modifications génétiques décrites précédemment peuvent toucher ces systèmes de protection qui vont perdre en efficacité. Ce manque d'efficacité va augmenter le taux de stress oxydatif et provoquer des altérations du matériel génétique des cellules. C'est la mise en place d'un cercle vicieux pour l'organisme (7).

Ces deux mécanismes sont les deux principaux mis en jeu dans le vieillissement humain. A ce jour, tous les mécanismes du vieillissement ne sont pas encore compris et l'on peut imaginer que d'autres facteurs physiologiques sont responsables du vieillissement.

1.3.2.5 - Effets sur l'organisme

Les effets du vieillissement sur l'organisme ont des conséquences variables sur tous les êtres humains.

1.3.2.5.1 – SYSTEME NERVEUX

Le système nerveux central subit aussi des modifications au cours du vieillissement. Les informations transmises par ce dernier prennent plus de temps à être acheminées. Cette lenteur est la conséquence de la diminution de certains neurotransmetteurs et de la raréfaction de la substance blanche. Cela va provoquer une diminution des fonctions sensorielles et motrices (7).

1.3.2.5.2 – ALIMENTATION

Une diminution de la masse musculaire est observée, sans pour autant constater une perte de poids. A contrario, une augmentation la masse grasse est visible. Celle-ci se situant particulièrement au niveau viscéral. Cette modification de répartition des masses ne s'accompagne pourtant, d'aucun changement en ce qui concerne les besoins alimentaires. Toujours en ce qui concerne l'alimentation, le métabolisme des glucides est modifié et donc la tolérance au sucre est plus faible chez les personnes âgées (7).

En ce qui concerne la sensation de soif, elle est diminuée chez les personnes âgées. Ce phénomène est expliqué par la diminution de la sensibilité des osmorécepteurs, les récepteurs de la soif. En étant moins fonctionnels, ces récepteurs ne vont pas procurer la sensation de soif et par conséquent, la personne ne va pas boire autant que le volume d'eau quotidien recommandé (7).

1.3.2.5.3 - SOMMEIL

Il est constaté aussi, lors du vieillissement, une déstructuration du rythme circadien, c'est-à-dire un dérèglement du rythme nuit/jour. Le sommeil est régulé par la production de mélatonine par l'épiphyse. Cette production étant diminuée, l'endormissement et le réveil sont perturbés (7).

Les principales modifications que va entraîner le vieillissement mais aussi les conséquences de ce dernier sur l'organisme ont été décrites. Ces conséquences sont propres à chacun et toutes les personnes ne vont pas vivre le vieillissement de la même manière. De plus, les informations évoquées ne concernent que le vieillissement normal. Dans le cadre de l'apparition d'une pathologie, d'autres mécanismes propres à chaque pathologie vont intervenir.

1.3.3 – Pathologies neurodégénératives chez les personnes âgées

Le paragraphe précédent évoque les caractéristiques du vieillissement normal. Dans la situation d'appel, la personne prise en soin souffrait d'une pathologie neurodégénérative. Ainsi, les recherches se sont orientées vers ce type de pathologie pour en comprendre les mécanismes et l'impact sur la personne.

1.3.3.1 – Définition

Selon Santé Publique France, les pathologies neurodégénératives « sont des maladies chroniques progressives qui touchent le système nerveux central ». Ces pathologies ont un retentissement important sur les personnes atteintes mais aussi sur leurs proches. En effet, ce sont des pathologies invalidantes qui demandent des soins et placent la personne en situation de handicap dans de nombreuses tâches de la vie quotidienne et la famille en position d'aidant (8).

1.3.3.2 – Epidémiologie

L'incidence des pathologies neurodégénératives augmente avec l'âge, bien que les formes précoces ne soient pas exclues. Il y a actuellement en France, selon Santé Publique France :

- Plus d'un million de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (Démence à Corps de Léwy, Démence Temporo-Frontale...),
- Environ 160 000 personnes traitées pour la maladie de Parkinson,
- Environ 2 300 nouveaux cas par an de maladie du motoneurone (Scléroses Latérales Amyotrophiques...) (8).

1.3.3.3 - Physiopathologie

Il est difficile de décrire la physiopathologie des pathologies neurodégénératives pour deux choses. La première est que l'étude du fonctionnement de la dégénérescence est très limitée d'un point de vue physique mais également éthique. La seconde est que le nombre de pathologies neurodégénératives est important et que chacune possède son fonctionnement. Cependant, les études mettent en évidence plusieurs mécanismes communs qui pourraient être à l'origine des pathologies neurodégénératives :

- Mauvais repliement des protéines,
- Dysfonctions des mitochondries,
- Mort cellulaire programmée,
- Neurodégénérescence (9).

1.3.3.4 – Emotions

Pour rappel, dans la situation d'appel, Mme G était stressée. Le travail de recherche étant centré sur ce point, il semble nécessaire de comprendre en amont, ce qu'est une émotion et la manière dont celles-ci sont traitées dans le cas d'une pathologie neurodégénérative.

1.3.3.4.1 – DEFINITION D'UNE EMOTION

KLEINGINNA et KLEINGINNA donnent une définition de l'émotion permettant de faire consensus avec les définitions existantes. La voici : « Les émotions sont le résultat de l'interaction de facteurs subjectifs et objectifs, réalisée par des systèmes neuronaux ou endocriniens, qui peuvent :

- a) induire des expériences telles que des sentiments d'éveil, de plaisir ou de déplaisir,
- b) générer des processus cognitifs tels que des réorientations pertinentes sur le plan perceptif, des évaluations, des étiquetages,
- c) activer des ajustements physiologiques globaux,
- d) induire des comportements qui sont, le plus souvent, dirigés vers un but adaptatif. »

Cette définition permet de comprendre que l'émotion a des impacts psychologiques, cognitifs mais aussi physiologiques. Peu importe sa nature, les conséquences d'une émotion sont non-négligeables sur la personne et demandent une prise en soin holistique (10).

1.3.3.4.2 – TRAITEMENT DES EMOTIONS ET PATHOLOGIES NEURODEGENERATIVES

Il existe de nombreuses pathologies neurodégénératives et les études montrent que toutes altèrent le traitement des émotions. Bien que cette altération soit spécifique, une généralisation peut être faite. Il semblerait que les pathologies neurodégénératives altèrent préférentiellement le traitement des émotions négatives, telles que la peur ou le dégoût, quel que soit le canal de communication utilisé (10).

Les pathologies neurodégénératives altèrent le fonctionnement physiologique de l'organisme. Elles peuvent avoir divers conséquences, parmi elles, l'altération du traitement des émotions, notamment les négatives (10) et la création de situations de stress.

1.3.3.5 – Troubles du comportement

Au cours du développement d'une pathologie neurodégénérative, des troubles du comportement peuvent survenir.

Le comportement peut se définir comme étant la traduction observable de toutes les activités mentales qu'elles soient automatiques ou volontaires. Il est le résultat d'un stimulus interne (homéostatique) ou externe. Un comportement dit « normal » permet une adaptation au monde extérieur et aux besoins (14).

Un trouble du comportement est le résultat d'une désadaptation environnementale, sociale et/ou homéostatique (14).

Les troubles du comportement observés dans le cadre d'une pathologie neurodégénérative peuvent être de deux types : réduction ou exagération.

Les comportements dits réductifs se caractérisent par de l'apathie, de la passivité, un retrait social, une hypersomnolence, une asthénie et une clinophilie.

Les comportements dits d'exagération peuvent être de deux ordres :

- conduites personnelles : impulsivité, désinhibition, stéréotypie, automatismes, autoagressivité, déambulation, agitation sans but
- conduites interpersonnelles : hétéroagressivité, actes délictueux ; pertes des distances sociales, défaut d'empathie, désintérêt pour les autres (14)

Les troubles du comportement cités sont nombreux et cette liste est non-exhaustive.

Afin d'évaluer les troubles du comportement, l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est utilisé. Il est disponible dans l'annexe I. Il va permettre de coter la fréquence, gravité et le retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

1.3.4 – Institutionnalisation des personnes âgées

Dans la poursuite de la recherche et dans la volonté de définir les termes du sujet et de la question de départ, il est maintenant nécessaire de comprendre le processus d'institutionnalisation des personnes âgées.

1.3.4.1 – Epidémiologie

Les chiffres de l'INSEE montrent que le nombre de place en EHPAD a augmenté entre 2015 et 2016, passant de 600 380 places à 605 061 places. Cette

augmentation du nombre de place induit que le nombre de personnes résidant en EHPAD augmente lui aussi (11,12).

1.3.4.2 – Regard sur l’institution

Chacun porte un regard sur l’institution et sur sa manière d’y vivre. Que les séjours y soient de courte ou de longue durée, certains vont trouver ce lieu rassurant car une présence constante y est possible et les soins nécessaires sont dispensés par des professionnels. Cela peut aussi être mal vécu. Notamment, parce que l’institution est souvent vu comme l’entrée dans le déclin et dans la perte des fonctions physiques et cognitives car la personne n’est plus capable de vivre au domicile (13).

Lorsqu’elle n’est pas un choix, l’institutionnalisation peut être vécue comme une restriction de libertés. Les lieux d’hébergement sont structurés par un rythme de vie imposé. L’heure des repas, l’heure des activités, l’heure des soins... Ce rythme permet à l’établissement de fonctionner mais ne permet pas toujours aux personnes qui y vivent de s’y sentir comme chez elles. Ensuite, le manque d’espaces privés peut créer un sentiment d’inconfort. Les chambres n’étant pas toujours fermées à clés, les équipes soignantes et même les autres résidents entrent sans forcément prendre le temps de frapper à la porte et d’attendre l’autorisation d’entrer. De plus, certaines chambres peuvent parfois accueillir deux personnes. Cette situation, si elle n’est pas choisie, peut être mal vécue par certaines personnes. Enfin, la présence d’un règlement intérieur participe aussi à la restriction de liberté. Bien qu’il soit mis en place pour permettre le respect de chacun, cela ne donne pas aux résidents un sentiment de « chez-soi » (13).

Aussi, il ne faut pas oublier que l’institution est un lieu de vie en communauté et que cela peut être difficile pour une personne de vivre entourée constamment. Cela rend les choses encore plus délicates lorsque des conflits éclatent.

1.3.4.3 – Conséquences de l'institutionnalisation

Comme évoqué dans le paragraphe précédent, la vie en institution peut être mal vécue pour qui, ce changement de vie n'est pas un désir ou un choix. Dans ce cas-là, l'institutionnalisation peut avoir des conséquences néfastes sur la personne.

La première conséquence peut être la baisse de l'autonomie et / ou d'indépendance. Souvent par manque de temps, les équipes soignantes aident les personnes dans leurs AVQ (habillage, toilette, déplacements...) et ne leur laissent pas toujours le temps de faire les choses à leur rythme. Le fait d'aider la personne plus que ce dont elle a besoin, va favoriser la perte d'autonomie et / ou d'indépendance (13).

La deuxième conséquence est l'isolement. Si la personne ne se sent pas bien dans son lieu de vie, elle peut très vite s'isoler et ne pas trouver d'intérêt à entrer en contact avec les autres personnes (13).

La troisième conséquence de l'institutionnalisation est l'ennui. Lorsqu'elles étaient encore chez elles, les personnes avaient toujours quelque chose à faire dans leur maison ou en extérieur (jardin, courses, loisirs...). En revanche, lorsqu'elles entrent en institution, les occupations se restreignent et cela peut créer de l'ennui chez les personnes qui ne savent plus quoi faire (13).

Toutes ces conséquences liées à l'institutionnalisation ne sont pas systématiques. Cependant, lorsqu'elles sont présentes, elles peuvent créer un déclin important des fonctions cognitives et/ou motrices car ces fonctions sont moins sollicitées. Ce déclin peut induire une perte importante de l'autonomie, mais également, dans certains cas un syndrome dépressif qui peut conduire jusqu'à un syndrome de glissement (14).

1.3.5 – Stress chez les personnes âgées

Le vieillissement est un processus commun à tous les êtres humains mais qui se traduit de manière différente chez chacun d'eux. Cependant, dans tous les types de vieillissement, il est évident qu'il induit une forme de fragilité tant sur le plan

physique, dû au vieillissement biologique, que sur le plan cognitif, dû au remaniement du système neuronal et les changements physiologiques qui se produisent. Tous ces changements vont réduire les capacités d'adaptation des personnes âgées aux situations nouvelles, comme les situations de stress ou de peur (3).

1.3.5.1 – Définition du stress

Selon L. CROQ, le stress est “la réaction réflexe neurobiologique, physiologique et psychologique d’alarme, de mobilisation et de défense, de l’individu à une agression, une menace ou une situation inopinée”. C’est donc la mise en alerte de l’organisme pour répondre à une situation non-habituelle, indépendante de la volonté de la personne. Cette mise en alerte va se caractériser par différentes réactions physiologiques.

La première est la libération de noradrénaline dans le sang. Elle va avoir une action à court terme d’augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle, de la glycolyse et de la vigilance. La deuxième action est une “néoglycolyse” qui va permettre de fournir de l’énergie à plus long terme. La troisième réaction physique est la libération de peptides pour limiter la peur. Enfin, la dernière réaction concerne l’activation du système immunitaire pour permettre au corps de se protéger. En plus de ces réactions physiologiques, il se produit également des réactions psychologiques. Elles vont être de trois ordres : focalisation de l’attention sur l’objet de la menace, mobilisation des fonctions cognitives et favorisation de la prise de décision et de l’action (15).

1.3.5.2 – Traumatismes psychiques

L’arrivée en fin de vie, peut aussi être le moment de faire un point sur sa vie et sur qui l’on est. Cela peut faire resurgir des traumatismes infantiles jusqu’alors enfouis. Ces traumatismes, souvent associés à des épisodes de perte ou d’abandon, peuvent provoquer un grand sentiment d’insécurité chez la personne qui les revit. Là aussi, ces épisodes vont favoriser l’isolement de la personne, tout comme l’apparition du stress ainsi que d’un état dépressif. Dans les cas les plus avancés, cela peut également se

traduire par une régression et l'apparition d'une pathologie (syndrome dépressif par exemple) (15).

De plus, l'avancée dans l'âge peut créer des traumatismes psychiques, engendrés, par exemple, par la peur de la mort ou la peur de la maladie. Cette notion de fragilité, couplée à l'apparition de traumatismes psychiques diverses peuvent provoquer un changement de comportement. Il est parfois observé que la personne se referme sur elle-même, tombe dans un état de stress et / ou un état dépressif. Ce déclin peut également se traduire, dans les cas les plus sévères, par une régression ou bien même, par l'apparition d'une pathologie neurodégénérative (15).

1.3.5.3 – Stress et institutionnalisation

L'institutionnalisation est une étape importante dans l'approche de la fin de vie. Elle peut être signe de stress. Notamment par rapport aux conséquences directes de cette dernière sur la personne (cf paragraphe "Conséquences de l'institutionnalisation") mais aussi parce qu'elle induit un grand changement dans les habitudes de vie d'une personne. En effet, elle oblige la personne à modifier ses repères de vie et à se projeter dans un nouvel espace de vie qu'elle ne connaît pas et qu'elle n'a pas forcément choisi. Ces bouleversements sont donc susceptibles de provoquer du stress chez la personne (13).

Pour conclure sur cette partie concernant le stress. Au moment du vieillissement, plusieurs évènements peuvent amener la personne à tomber dans un état de stress. Les modifications biologiques et cognitives dues au vieillissement, rendent la personne fragile, l'empêchant de faire face à ces traumatismes en faisant preuve de résilience.

1.3.6 – Approche multisensorielle de type Snoezelen

Dans les recherches effectuées sur le stress chez les personnes âgées, l'approche multisensorielle de type Snoezelen a été mentionnée. Il a donc été décidé

d'orienter ce travail sur l'utilisation de cette méthode par l'ergothérapeute. Pour cela, il est nécessaire de la définir et le fonctionnement.

1.3.6.1 – Principes

L'approche multisensorielle de type Snoezelen permet au soignant, durant un temps et dans un espace dédié, de proposer des activités signifiantes à une personne. Ces activités reposent sur la stimulation sensorielle. Des outils de stimulation sensorielle sont à disposition du soignant mais il doit se laisser guider par les envies et / ou les besoins de la personne, tout en offrant un cadre rassurant. Le rôle du soignant est d'accompagner la personne durant ce temps, plutôt que de la contraindre ou la restreindre (16).

Cette approche vise la détente et le bien-être. La diminution du stress des personnes prises en soin entre dans les bénéfices que peut apporter cette approche.

1.3.6.2 – Population prise en soin

Toutes les personnes ayant besoin d'un moment de détente, d'une stimulation sensorielle peuvent expérimenter ce type d'approche multisensorielle.

Dans le cadre de la prise en soin d'une personne âgée, une approche multisensorielle de type Snoezelen est généralement proposée aux personnes désorientées, qui déambulent, avec des troubles du comportement comme l'agitation, le stress, l'agressivité, les troubles du sommeil (16).

1.3.6.3 – Professionnels concernés

Tous les professionnels du domaine du soin peuvent être concernés par cette approche. Les professionnels peuvent travailler auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées. Il s'agit juste d'être prêt à s'engager dans des pratiques multisensorielles (17).

1.3.6.4 - Prérequis

Les approches multisensorielles de type Snoezelen peuvent se pratiquer partout et tout le temps. Cependant, un espace multisensoriel doit être aménagé pour permettre de créer un cadre de douceur et la sensation d'être coupé du reste de l'établissement. Des éléments techniques composent l'espace multisensoriel. Cependant, ils ne sont que des supports de la relation. La relation humaine doit être au centre de l'approche (16).

Un espace clairement identifié : afin que la personne puisse se plonger dans la séance, un espace doit être identifié et doit permettre de stimuler les cinq sens.

Un lieu contenant : un sentiment de sécurité doit émaner de cet espace pour que la personne puisse se laisser aller à la détente. Un climat de confiance entre la personne et le thérapeute est établi.

Un espace de liberté : l'espace multisensoriel ne doit être associé à un quelconque enjeu, ni une progression. La personne guide le rythme, le thérapeute l'accompagne dans ce moment de détente.

Un espace atemporel : là où les institutions sont très structurantes temporellement, avec des horaires précis, l'approche multisensorielle de type Snoezelen impose de perdre toute notion de temps. La méthode et l'espace permettent à la personne de se déconnecter d'une réalité institutionnelle qui peut être pesante.

Un espace relationnel : les objets présents dans l'espace doivent être le support de la relation qui va être créée avec le thérapeute. Cette relation doit être authentique et sincère pour permettre à la personne de trouver un endroit rassurant et de confiance.

Un espace sans parole : dans la relation créée dans l'espace multisensoriel, le langage ne doit pas être prédominant. L'observation de l'autre, de ses réactions, de ses émotions doit permettre de pouvoir communiquer. La communication non-verbale est prépondérante et omniprésente.

Les prérequis posent les bases de l'approche multisensorielle de type Snoezelen avec la personne. Cependant, comme énoncé précédemment, c'est la

personne prise en soin qui va guider la séance. Si celle-ci a besoin de s'exprimer verbalement sur un sujet qui la préoccupe, le thérapeute doit à son écoute.

1.3.6.5 - Objectifs

Les approches multisensorielles de type Snoezelen mettent en évidence des objectifs pour la personne prise en soin :

- Une prise en soin dédiée,
- Un éveil sensoriel,
- Un développement de la communication non-verbale,
- La réhabilitation de la notion de plaisir,
- La considération de la personne,
- L'amélioration de la connaissance du résident (16).

Ces objectifs vont permettre de proposer une démarche authentique et en accord avec les prérequis énoncés dans le paragraphe précédent.

1.3.6.6 – Espace de stimulation multisensoriel

Les murs sont tapissés de mousse sur toute leur hauteur pour donner une ambiance feutrée. Le sol est également tapissé. Sur le sol, on placera en plus des tapis de mousse pour créer une atmosphère confortable mais aussi pour sécuriser l'espace. On pourra également trouver un matelas à eau ou à air, des balles à textures, des spots de lumières avec différentes couleurs et intensités (16). Un exemple est disponible dans l'annexe II.

L'approche multisensorielle de type Snoezelen est une approche disponible pour tous les soignants quel que soit leur domaine d'exercice. Cette approche va permettre de stimuler le système sensoriel, dans le but de favoriser l'apaisement et d'améliorer le bien-être de la personne prise en soin.

1.4 – Question de recherche

Après les diverses recherches effectuées pour définir les mots clés de ce travail de recherche, une question de recherche peut être dégagée :

En quoi, avec une approche multisensorielle de type Snoezelen, l'ergothérapeute peut permettre de réduire le stress des personnes âgées institutionnalisées souffrant d'une pathologie neurodégénérative ?

1.5 - Hypothèses

La première hypothèse de réponse est que l'ergothérapeute ne trouve pas sa place dans l'utilisation d'une approche multisensorielle.

La deuxième hypothèse de réponse est que l'approche multisensorielle de type Snoezelen n'est pas utilisée dans la diminution du stress des personnes âgées souffrant d'une pathologie neurodégénérative.

Enfin, la troisième hypothèse est que l'ergothérapeute a sa place dans ce type de prise en soin et qu'il a un rôle à jouer dans la diminution du stress chez les personnes âgées souffrant de pathologies neurodégénératives.

2 – Méthode de recueil de données

Afin de tenter de donner une réponse à la question de recherche, une méthode de recherche spécifique a été choisie.

Pour rappel, la question de recherche qui articule cette phase de recherche est :

En quoi, avec une approche multisensorielle de type Snoezelen, l'ergothérapeute peut permettre de réduire le stress des personnes âgées institutionnalisées souffrant d'une pathologie neurodégénérative ?

Cette question va permettre de trouver une réponse à une interrogation qui a surgie lors d'un stage. La veille professionnelle étant indispensable pour prendre en

soin au mieux les personnes, il semble nécessaire de trouver une réponse à cette question. Cette recherche va également permettre de faire évoluer ma réflexion sur ma future pratique professionnelle mais également celle des ergothérapeutes en exercice qui liront ce travail. Ceci en ayant de nouvelles connaissances sur une pratique et ainsi pouvoir éventuellement se projeter dans une nouvelle formation pour enrichir les compétences déjà acquises.

2.1 – Caractéristiques du travail de recherche

2.1.1 – Démarche de la recherche

Pour ce travail, la recherche s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive classique. Cela se traduit par la formulation d'une question de recherche, puis la formulation d'hypothèses qui sont des réponses provisoires à cette question. Des tests empiriques seront réalisés dont le but sera de vérifier la véracité des réponses provisoires. Suite à ces tests, la réponse pourra être confirmée. Dans ce cas, la recherche prend fin. La réponse pourra également être infirmée et donc le travail se poursuivra avec d'autres recherches et d'autres tests pour trouver une réponse à la question de recherche (18).

2.1.2 – Type de recherche

La recherche s'inscrit dans le type phénoménologique. Ce type de recherche vise à comprendre un phénomène en interrogeant une personne. Il s'intéresse à un phénomène en particulier. La méthode de recherche est qualitative. Cette méthode va permettre d'étudier un comportement, auprès d'une population cible. Elle va aussi permettre de recueillir l'expérience des soignants. Son but global est de comprendre un comportement dans la réalité du terrain (18).

Cette méthode semble adaptée au sujet car au travers de la question de recherche posée, l'objectif est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans le phénomène qu'est la diminution du stress des personnes âgées via une approche multisensorielle de type Snoezelen.

2.1.3 – Fonction de la recherche

Ce travail de recherche s'inscrit dans la fonction descriptive. Cette fonction permet de recueillir des informations pour décrire des phénomènes, ou une situation (18).

La question de recherche veut analyser et comprendre une pratique. La recherche s'inscrit donc bien dans la fonction descriptive.

2.1.4 – Limites de la recherche

Toutes les recherches contiennent des limites que l'on ne pourra dépasser.

La première limite identifiée concerne le fait que les approches multisensorielles, plus particulièrement, celles de types Snoezelen, sont des nouvelles méthodes de prise en soin et qu'elles sont encore peu pratiquées et notamment auprès des personnes âgées.

La seconde limite est liée à la première. Du fait que ce soit une méthode de soin récente, peu d'écrits scientifiques sont disponibles sur ce type approche. Et encore moins sur son utilisation par un ergothérapeute spécifiquement.

La troisième limite est que le matériel nécessaire à la pratique d'une approche multisensorielle de type Snoezelen est assez onéreux. Tous les établissements ne peuvent donc pas investir dans ce type de matériel, ce qui réduit le nombre de professionnels pour la phase de recherche.

2.1.5 – Biais de la recherche

Il existe des biais inhérents à la méthode de recherche qualitative : les biais externes, les biais internes, les biais d'investigation et les biais d'interprétation (18).

2.1.5.1 – Biais externes

Les biais externes sont dus à l'environnement immédiat de la réalisation de l'entretien ou du questionnaire.

La recherche étant effectuée auprès de professionnels exerçant en institution, l'absence de lieu calme ou la nécessaire disponibilité du professionnel pourra être un biais. Il faudra donc veiller à ce que l'environnement soit calme, que le professionnel soit le plus disponible possible, mais également à ce que le chercheur soit aussi entièrement disponible pour limiter les biais externes dans la phase de recherche.

2.1.5.2 – Biais internes

Les biais internes vont concerner le chercheur directement. Ils peuvent concerner son âge, son sexe, son statut social, ses valeurs... Ces biais sont difficilement contrôlables. Mais ils peuvent entacher la relation entre le chercheur et la personne interrogée.

Dans le cas de ce travail, le chercheur est étudiant. Cet élément est considéré comme un frein puisqu'il peut enlever de la crédibilité auprès des professionnels interrogés.

2.1.5.3 – Biais d'investigation

Les biais d'investigation sont les biais qui interviennent dans le recueil de données lui-même et sont influencés par la manière de poser des questions aux professionnels de santé interrogés.

Afin de limiter ce biais, il faut être vigilant sur le choix des questions et la manière dont les poser. Il faut qu'elles soient identiques pour tous les professionnels interrogés.

2.1.5.4 – Biais d'interprétation

Ce biais est présent si l'analyse de la recherche n'est effectuée que par une seule personne.

Ce sera le cas pour ce travail. Il faudra donc que les questions posées ne puissent pas laisser la place à une double interprétation de la réponse pour que ce biais puisse être limité.

Pour conclure sur cette partie, les biais sont nombreux, inévitables et peuvent prendre plusieurs formes. Cependant, plusieurs d'entre eux peuvent être limités. Pour cela, il faut d'abord en prendre conscience en les analysants et ensuite préparer la phase de recherche au mieux pour ne pas laisser de place au hasard et la subjectivité.

2.2 – Outils de recueil de données

Maintenant que les types de biais ont été analysés, il faut sélectionner l'outil le plus pertinent pour répondre à la question de recherche et aux objectifs fixés.

2.2.1 – Description de l'outil choisi

Le recueil d'information va me permettre de trouver des informations sur le sujet choisi dans ce travail. Les entretiens ont été choisis pour recueillir les informations nécessaires. Ce travail analysant une pratique pour comprendre un phénomène, l'entretien va permettre de questionner des professionnels sur leur pratique.

En ce qui concerne le type d'entretien, il est envisagé de mettre en œuvre un entretien semi-directif. Ce type d'entretien va permettre de laisser le professionnel s'exprimer sur sa pratique, tout en l'orientant vers les grands thèmes nécessaires pour répondre à la question de recherche.

En revanche, des points de vigilance sont à mettre en lumière. L'objectif de l'entretien doit être prédominant pour ne pas dériver du sujet initial. C'est aussi un outil complexe car il demande une grande analyse après l'entretien pour mettre en lumière les informations nécessaires pour répondre à la question de recherche. Le guide d'entretien utilisé est disponible en annexe III.

Les questions sélectionnées pour la passation de ces entretiens sont les suivantes.

Quelle est votre vision de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ? Cette question permet de comprendre la manière dont l'ergothérapeute s'identifie à cette pratique et la manière dont il s'en saisit. Cela permettra d'avoir une analyse plus objective des propos recueillis.

Comment savoir si une séance pourrait permettre de réduire le stress de la personne prise en soin ? Cette question permettra de connaître la manière dont les ergothérapeutes identifient le besoin.

Comment s'organisent les séances, en amont et durant le déroulement ? Cette question va permettre de comprendre comme se déroule une séance. Faire un parallèle avec la première question ici, permettra de mieux comprendre le fonctionnement des ergothérapeutes dans la réalisation de leurs séances.

Quelle est la place de l'ergothérapeute dans la pratique de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ? Cette question permettra de comprendre la spécificité de l'ergothérapeute dans ce type d'approche.

Comment s'organiser pour la réalisation des séances ? Y a-t-il eu des changements par rapport à la crise sanitaire ? Cette question permettra de comprendre la dynamique de la démarche multisensorielle dans l'établissement. La partie sur la crise sanitaire permettra de savoir si la crise sanitaire a bousculé les habitudes de soins et de quelle manière.

Comment savoir si l'objectif de diminution du stress a été mené à bien ? Cette question me permettra de comprendre l'efficacité de ce type de démarche en ergothérapie.

Afin de réaliser ces entretiens, les professionnels sélectionnés devront correspondre au cadre du sujet.

2.2.2 – Critères d'inclusion

Ces critères vont permettre de sélectionner des professionnels qui pourront apporter des éléments de réponse à la question de recherche.

Un professionnel ergothérapeute : ce sujet s'intéressant au rôle de l'ergothérapeute, il est primordial d'interroger des ergothérapeutes. Les ergothérapeutes devront avoir obtenu le Diplôme d'Etat qui reconnaît la qualité de la formation reçue. Il devra avoir obtenu son diplôme en France. L'ancienneté du diplôme ne sera pas un critère d'inclusion car il est estimé important de prendre en compte tous les points de vue, qu'il soit celui d'un jeune professionnel ou d'une personne plus expérimentée.

Une personne âgée stressée présentant une pathologie neurodégénérative : l'ergothérapeute devra prendre en soin des personnes âgées, soit plus de 65 ans comme mentionné dans le cadre théorique. Cette personne devra ressentir du stress. Elle devra également présenter une pathologie neurodégénérative quel que soit son niveau de gravité. Comme mentionné dans le cadre théorique, les pathologies neurodégénératives altèrent le traitement des émotions et donc les situations de stress sont souvent plus intenses.

Un établissement de vie : l'ergothérapeute choisi devra travailler dans un établissement de vie accueillant des personnes âgées. Dans le cadre théorique, il a été mis en évidence que l'institutionnalisation peut être vécue comme un moment de stress.

La diminution du stress avec une approche multisensorielle de type Snoezelen : l'ergothérapeute choisi devra pratiquer une approche multisensorielle de type Snoezelen. Il devra avoir comme objectif de prise en soin la diminution du stress. Il devra pratiquer en France. L'ancienneté de pratique de cette approche ne sera pas un critère d'inclusion. Il sera laissé la possibilité aux ergothérapeutes de refuser l'entretien, notamment s'ils estiment ne pas avoir assez de recul sur cette pratique.

Un espace dédié : l'ergothérapeute devra prendre en soin les personnes dans un espace spécifique à ce type de prise en soin. C'est un critère nécessaire car cela permettra de comparer les pratiques en ayant des outils de pratique communs à tous les professionnels interrogés.

Ces critères vont permettre de ne recruter que les professionnels qui peuvent apporter des éléments de réponse à la question de recherche. De plus, ce cadre va

également pouvoir permettre de comparer, comprendre et analyser les pratiques sur des critères identiques pour retirer des résultats fiables, valides et pertinents.

2.2.3 – Critère d'exclusion

Dans le cadre de la recherche, certains professionnels ne correspondent pas aux critères nécessaires pour répondre à la question de recherche.

Souhaitant comprendre le rôle de l'ergothérapeute, tous les professionnels qui ne possèdent pas le Diplôme d'Etat d'ergothérapie ne seront pas sélectionnés. Les ergothérapeutes qui ne prennent pas en soin des personnes âgées stressées, présentant une pathologie neurodégénérative ne seront pas sélectionnés. Aussi, l'entretien ne sera pas réalisés sur le professionnel n'exercent pas dans un établissement de vie accueillant des personnes âgées. Les ergothérapeutes ne pratiquant pas l'approche multisensorielle de type Snoezelen ne seront pas sélectionnés. Seront également écartés les professionnels qui pratiquent cette approche si l'objectif thérapeutique n'est pas la diminution du stress. Enfin, les ergothérapeutes qui ne pratiquent pas cette approche dans un espace dédié à la pratique d'une approche multisensorielle de type Snoezelen seront également écartés des entretiens.

2.3 – Sélection des ergothérapeutes

Afin de réaliser des entretiens nécessaires à la phase de recherche, il faut sélectionner des ergothérapeutes avec lesquels il serait possible d'échanger sur le sujet de ce travail.

2.3.1 – Questionnaire de sélection

La première stratégie a été de poster, au mois d'octobre 2020, un message dans divers groupes Facebook consacrés à la pratique de l'ergothérapie en gériatrie : « Le coin de l'ergothérapie », « Ergo en PASA / EHPAD », « Ergothérapie et

gériatrie », « La pratique du Snoezelen : le sensoriel et le bien être » , « Ergothérapie (idées et activités) ».

Cependant, il fallait avoir un moyen simple de connaître le profil des ergothérapeutes ayant donné réponse afin de pouvoir ne sélectionner que les profils qui correspondent aux critères d'inclusion énoncés auparavant.

L'outil le plus pertinent a été le questionnaire numérique anonyme. Il semble que c'est outil est adapté car il permet de synthétiser toutes les données recueillies et de permettre aux professionnels qui le souhaitent, de laisser leurs coordonnées afin de pouvoir les contacter s'ils correspondent aux critères d'inclusion. Ce questionnaire a donc été réalisé. Un exemplaire est disponible en annexe IV.

Après l'avoir diffusé sur les réseaux sociaux, quinze réponses ont été obtenues. Parmi ces réponses, cinq personnes ont laissé leurs coordonnées en acceptant d'être recontactée. Parmi ces cinq profils, une personne correspond aux critères d'inclusion. Cette personne a été contactée, sans suite.

2.3.2 - Recherches

Voyant que les retours du questionnaire numérique n'étaient pas suffisants, d'autres moyens de recherches ont été mise en place. A partir du 9 novembre 2020, des ergothérapeutes ont été contactés via l'annuaire numérique de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), via les réseaux sociaux, via des recherches internet mais aussi grâce à mes camarades de promotion. Plusieurs ergothérapeutes ont donné des réponses positives. Des dates d'entretien ont été fixées. La recherche d'entretien s'est arrêtée le 18 février 2021. Quatre-vingt-onze ergothérapeutes ont été contactés. Trois réponses positives ont découlées sur des entretiens.

Il a été difficile de trouver des ergothérapeutes correspondant aux critères d'inclusion. Au début de ce travail, il a été question d'interroger des ergothérapeutes ayant été formés à l'approche Snoezelen. Cependant, après de nombreuses recherches et prise de contact, il n'a pas été possible de trouver des ergothérapeutes

ayant été formé de manière officielle à cette approche. Les ergothérapeutes sélectionnés pratiquent donc une approche multisensorielle de type Snoezelen et ont reçu une formation de la part d'un collègue (non ergothérapeute) formé de manière officielle. Il a malgré tout été décidé de les interroger car les recherches dans le cadre théorique ne spécifiaient pas que cette approche excluait les ergothérapeutes. C'est davantage une approche basée sur le vécu et le ressenti de la personne qui la met en place, quel que soit son domaine d'exercice.

3 - Résultats

3.1 – Présentation des personnes interrogées

La première personne interrogée est ergothérapeute depuis plus de dix ans. Elle pratique une approche multisensorielle de type Snoezelen depuis environ cinq ans, principalement dans une Unité Cognitivo-comportementale (UCC). Elle a expérimenté l'approche multisensorielle de type Snoezelen grâce à un autre professionnel formé. Elle la pratique plusieurs fois par mois dans un espace dédié avec du matériel dédié.

La seconde personne interrogée est ergothérapeute depuis six ans. Elle pratique une approche multisensorielle de type Snoezelen depuis quatre ans environ, dans un EHPAD et plus spécifiquement dans une Unité de Vie Protégée (UVP). Elle a profité de la formation de ces collègues pour commencer de pratiquer ce type d'approche. Elle attend d'être formée par un organisme de formation agréé. Elle pratique l'approche multisensorielle de type Snoezelen plusieurs fois par mois dans un espace dédié avec du matériel dédié.

La troisième personne interrogée est ergothérapeute depuis trente-trois ans. Elle pratique l'approche multisensorielle de type Snoezelen au sein d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) environ une fois par semaine. Elle pratique ce type d'approche dans un espace dédié avec du matériel dédié.

3.2 – Analyse longitudinale

Comme mentionné dans la description de la méthode, des entretiens semi-directifs ont été mis en place. L'interlocuteur avait donc la liberté de s'exprimer librement sur les thèmes des questions posées. Ainsi, pour la partie « Analyse longitudinale » et « Analyse transversale » l'ordre des discours a été remanié afin de faciliter l'analyse des entretiens.

Afin de faciliter la compréhension du lecteur dans la partie de l'analyse et par soucis d'anonymat, l'ergothérapeute interrogé lors du premier entretien sera nommé « E1 », l'ergothérapeute interrogé lors du second entretien sera nommé « E2 » et l'ergothérapeute interrogé lors du troisième entretien sera nommé « E3 ».

Cette analyse va permettre de connaître le point de vue du professionnel pour chaque question posée.

3.2.1 – Entretien avec l'ergothérapeute E1

Question 1 : Quelle est votre vision de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ?

L'ergothérapeute trouve qu'il est « intéressant de pouvoir utiliser les différentes modalités sensorielles » et de « choisir ce que l'on veut stimuler, au niveau odeur, visuel ou tactile ».

Question 2 : Comment savoir si une séance pourrait permettre de réduire le stress de la personne prise en soin ?

L'ergothérapeute a remarqué que les personnes auxquelles sont proposées des séances sont souvent des « personnes qui ne peuvent plus supporter le groupe ». Elles ont « besoin d'un temps d'isolement ». Ce sont aussi des « personnes difficilement calmables par le contact relationnel ». Elles peuvent également avoir « besoin de se couper d'un sens ». « L'observation » permet de repérer ces signes. Si quelqu'un observe un symptôme, il va essayer de trouver une solution pour « répondre » au symptôme et donc apaiser la personne. Les échanges au cours des « réunions » du service permettent de « partager des informations » sur la manière

que chacun à trouver d'apaiser la personne. Ainsi, cette méthode pourra être reproduite par d'autres professionnels. Le « travail en pluridisciplinarité » est très présent. C'est assez « spontané » et si quelqu'un se rend compte que quelque chose peut être utile, cette chose est « reproduite » par les autres professionnels.

Question 3 : Comment s'organisent les séances, en amont et durant le déroulement ?

L'organisation en amont, est « assez informelle ». Si un professionnel a observé quelque chose qui apaise la personne, c'est reproduit. Le déroulement de la séance va dépendre des personnes, si elles ont « besoin de la présence » de l'ergothérapeute ou non. Si la personne est « agitée à l'arrivée, ce n'est pas forcément le meilleur moment pour explorer donc globalement, ça commence plutôt par un temps où l'ergothérapeute va proposer les choses ». Si la personne est « capable de se saisir de ce qui lui est proposé et qui est apaisé, on va la laisser seule ». Pour la fin de la séance c'est le thérapeute qui « évalue », via l'observation, si la séance a été suffisamment « bénéfique » pour la personne.

Question 4 : Quelle est la place de l'ergothérapeute dans la pratique de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ?

Le fait d'être ergothérapeute permet de mieux comprendre la manière dont « fonctionne le système sensoriel ». Cela permet d'être plus « pointu » sur la manière dont « les sens sont stimulés » et de ne pas permettre qu'un « apaisement global ». En plus de ces connaissances, il y a la « pratique » qui « s'acquiert » avec « l'expérience ». Ceci est valable pour « n'importe quel professionnel ». Le fait d'être ergothérapeute va aussi permettre d'observer le symptôme et les répercussions sur la vie quotidienne mais aussi les « capacités de transfert de la personne » et des capacités « concrètes » comme la « manipulation d'objets ». Cette approche demande de « l'observation » mais aussi un « accompagnement » « émotionnel ». Plus largement, c'est un outil disponible pour tous les professionnels, en fonction des besoins.

Question 5 : Comment s'organiser pour la réalisation des séances ? Y a-t-il eu des changements par rapport à la crise sanitaire ?

« Si la salle est disponible », le thérapeute pourra y « accompagner » la personne prise en soin. L'ergothérapeute est allé, en amont dans la salle, pour s'assurer qu'elle ne soit « pas » trop « encombrée », pour « partir sur une base neutre ». Au-delà de ça, il n'y a « pas d'organisation ». L'ergothérapeute ne va pas en amont dans la salle pour préparer les activités qu'il souhaite mettre en place. La réalisation des séances est « assez spontanée ». En ce qui concerne la situation sanitaire, les personnes prises en soin ne peuvent mettre en place « les gestes barrière ». Il n'y a pas eu de changement concernant l'organisation. Cependant, l'approche a changé en ce qui concerne les « mimiques », l'imitation et les activités « olfactives », le masque « occultant » une partie du visage. La présence aussi de surlunettes « change l'approche ».

Question 6 : Comment savoir si l'objectif de diminution du stress a été mené à bien ?

Les « réunions hebdomadaires » permettent « d'échanger » et de « partager les informations ». Les échanges ne se font « pas dans la journée » mais davantage au moment des réunions ou un maximum de professionnels est présent. Cela permet de « réfléchir ensemble » à la situation et aux « répercussions ».

3.2.2 – Entretien avec l'ergothérapeute E2

Question 1 : Quelle est votre vision de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ?

L'approche multisensorielle de type Snoezelen est une « approche non-médicamenteuse pour gérer les troubles de comportement », notamment chez les personnes démentes ». C'est une « nouvelle approche axée sur le sensoriel ». Le « sensoriel est quelque chose de très probant pour les personnes atteintes de démence » et qui « ont des gros troubles du comportement ». C'est un outil qui permet de canaliser tous ces troubles. Il est disponible « pour les ergothérapeutes ou tous les autres professionnels ».

Question 2 : Comment savoir si une séance pourrait permettre de réduire le stress de la personne prise en soin ?

« On part d'une problématique » et après « l'observation et des essais » sont réalisés. « En fonction de l'observation de ce que va donner l'essai », si la « personne a bien réagi on peut continuer ». Ou alors, si « ça génère davantage de troubles du comportement du coup ce n'est peut-être pas le bon outil ». Parfois « il faut plusieurs séances ». Il faut « faire en fonction de l'individu » car cela « ne fonctionnera pas pareil » d'une personne à une autre. « On a plusieurs outils », que « l'on propose, et on voit ». « L'observation » et l'adaptation sont donc importantes. Pour « l'évaluation il n'y a pas de cotation », « pas de norme, on ne remplit pas de cases ». Il faut regarder « comment la personne réagit, est-ce qu'il y a une détente qui se fait voir, est-ce que la personne s'intéresse à ce qu'il y a autour ».

Question 3 : Comment s'organisent les séances, en amont et durant le déroulement ?

Il est préférable de « préparer la séance avant » : « allumer les lumières », « mettre en place le film » et « la musique ». Il ne faut « pas avoir de problématique quand le résident est là ». « On doit juste être en interaction avec lui ». Pour l'organisation, il faut faire au « cas par cas ». Il faut « réagir » avec la personne et « initier les choses ». Si « on voit que la personne se détend, qu'elle est bien et qu'elle commence à s'endormir, on ne va pas la déranger ». Parfois, il est juste nécessaire de tenir la main.

Question 4 : Quelle est la place de l'ergothérapeute dans la pratique de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ?

L'ergothérapeute va être là pour « l'adaptation de la salle » afin qu'elle soit « accessible à tout le monde » et qu'elle « soit fonctionnelle ». Il y a surtout un « travail de collaboration » et au-delà de cela, un « travail d'humain ». « C'est l'humain que l'on est en qu'ergothérapeute, ce ne sont pas les connaissances en ergothérapie qui vont faire l'approche Snoezelen ». « La connaissance en tant qu'ergothérapeute » « il n'y en a pas vraiment besoin ». Il faut surtout de « la distance thérapeutique, l'observation, la bienveillance et l'empathie ». Il y a, « forcément les connaissances sur les pathologies de type démence, les troubles cognitifs et les maladies psychiques ». Mais « il faut surtout être investi et persuadé que c'est une technique qui peut fonctionner et porter ses fruits ».

Question 5 : Comment s'organiser pour la réalisation des séances ? Y a-t-il eu des changements par rapport à la crise sanitaire ?

« Avant », il y avait un « planning » et on devait faire « un compte-rendu ». « La personne référente n'étant plus présente », l'organisation se fait en fonction du planning de chacun. « Je fais toujours un compte-rendu » pour tenir informé le reste de l'équipe. En ce qui concerne les mesures sanitaires, « les résidents ont été privé de Snoezelen pendant longtemps » car « les résidents étaient confinés ». Elle est de nouveau accessible mais avec « le port du masque donc c'est très très compliqué ». En effet, cela « n'apaise pas du tout les résidents ». Il met une « barrière dans l'accompagnement car les gens ne voient pas notre visage ». « Je vois un réel changement sur certaines personnes quand je baisse mon masque et qu'ils me voient entièrement ». Il n'y a pas cet « esprit » « pourtant primordial en Snoezelen ».

Question 6 : Comment savoir si l'objectif de diminution du stress a été mené à bien ?

« Je fais un retour » et ensuite on fait un « retour ensemble (en équipe) pour voir ce que ça a donné ». « Je fais toujours une transmission sur notre logiciel au sein de l'établissement ». Lors « des réunions spécifiques à l'unité », « on va parler de l'organisation, de la possibilité de faire des Snoezelen avec certaines résidents ». C'est aussi « beaucoup de communication informelle, aller voir les professionnels, leur demander s'ils ont pu faire la séance, si ça s'est bien passé. Je communique aussi beaucoup avec les aides-soignants de nuit ». Pour savoir si la séance a été efficace, il faut « observer le faciès » de la personne, les « réactions corporelles », « l'observation au niveau langagier », « l'interaction avec le soignant et l'environnement ». Parfois, l'approche « ne fonctionnait pas du premier coup ». Dans ce cas, il faut « accepter d'être en échec pour pouvoir repartir, réfléchir sur d'autres techniques et amener d'autres choses ». « Ce n'est pas forcément magique ».

3.2.3 – Entretien avec l'ergothérapeute E3

Question 1 : Quelle est votre vision de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ?

L'approche multisensorielle de type Snoezelen permet « d'apaiser les personnes, de trouver un moyen de communication non-verbal par la médiation des objets qu'il y a dans la salle Snoezelen ». Cependant, il faut en amont « un petit temps où il faut leur (les résidents) expliquer ». Ce type d'approche permet également de donner du « rythme dans l'échange ». La séance va d'abord permettre « d'apaiser la personne, mais en même temps la dynamiser et puis après l'apaiser ». Cela permet également de « créer la communication », de « fixer l'attention », de « créer du lien » et « diminuer les troubles productifs ». « C'est vraiment un lieu de lien ». C'est « un lieu calme, posé » et « safe¹ ». « Il faut se laisser habiter par le lieu » et « ne pas en sortir trop vite ».

Question 2 : Comment savoir si une séance pourrait permettre de réduire le stress de la personne prise en soin ?

« Tout est dans l'observation ».

Question 3 : Comment s'organisent les séances, en amont et durant le déroulement ?

En amont, on va éclairer la pièce et préparer une certaine ambiance. Il faut « parler à la résidente », « lui expliquer que l'on va aller dans un lieu paisible et calme ». « On ne ferme pas tout de suite la porte, on met les lumières avant que la personne n'arrive ». « On va lui expliquer, lui faire observer le lieu, petit à petit fermer la porte ». Il y a tout d'abord « une phase de découverte du lieu, d'observation, de toucher, de prendre les objets dans les mains, de regarder autour ». Et puis après c'est « opération adaptez-vous ». On va adapter la séance en fonction de la personne. « On peut monter en pression par rapport au rythme de la musique ». « Après il faut redescendre » en faisant « verbaliser » la personne.

Question 4 : Quelle est la place de l'ergothérapeute dans la pratique de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ? – Reformulation demandée par E3 : Qu'est-ce que l'ergothérapeute apporte en plus ?

¹ Mot anglais signifiant « sûr »

L'ergothérapeute peut apporter quelque chose « dans le déroulement de la séance parce qu'on a l'habitude des déroulements de séances ». « On fait ça au feeling mais je ne pas ça au feeling, je fais ça avec 30 ans d'expérience, d'approche de la personne ». « Le fait d'être ergothérapeute fait que l'on est très porté sur le toucher, l'expérimentation des objets ». Il y a « quelque chose de très ergothérapeutique dans le fait de manipuler des objets ».

Question 5 : Comment s'organiser pour la réalisation des séances ? Y a-t-il eu des changements par rapport à la crise sanitaire ?

L'organisation se « fait en lien » avec les aides-soignantes. « On en reparlait pour savoir comment la personne avait réagi ». « Le PASA est fermé depuis le Covid ».

Question 6 : Comment savoir si l'objectif de diminution du stress a été mené à bien ?

« On se faisait des retours entre nous ». « C'est de l'observation ».

3.3 – Analyse transversale

Cette analyse permet de confronter les points de vue de chaque professionnels sur une même question et ainsi de mettre en lumière les éléments invariants et ceux divergents. Le tableau d'analyse transversale est disponible en annexe V.

3.3.1 – Vision de l'approche

Pour rappel, la question 1 était : Quelle est votre vision de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ?

E1 et E2 mentionnent le fait que c'est une approche axée sur le sensoriel et ses différentes modalités. E2 et E3 mentionnent que cette approche permet de contrôler les troubles du comportement et d'apaiser la personne. Enfin, E3 aborde le fait que cette approche permet de créer du lien et de la communication.

3.3.2 – Nécessité d'une séance

Pour rappel, la question 2 était : Comment savoir si une séance pourrait permettre de réduire le stress de la personne prise en soin ?

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que l'observation est primordiale pour savoir si une séance peut être bénéfique pour une personne. E1 mentionne en plus la pluridisciplinarité pour identifier le besoin. E1 et E2 ont mis en lumière des éléments qui permettent de reconnaître le besoin : ne plus supporter le groupe, besoin d'isolement, besoin de se couper d'un des sens et l'absence d'interaction.

3.3.3 – Préparation de la séance, déroulement

Pour rappel, la question 3 était : Comment s'organisent les séances, en amont et durant le déroulement ?

E2 et E3 sont d'accord sur la nécessité d'une préparation en amont de la séance. Il faut allumer les lumières, mettre en place la musique ou le film, créer une certaine ambiance. Le but est de pouvoir être en interaction totale avec la personne. Aussi, les trois ergothérapeutes sont d'accord sur le fait qu'il n'y a pas de « déroulement type » et qu'il faut s'adapter en fonction de la personne, de ce à quoi elle est réceptive.

3.3.4 – Compétences ergothérapeutiques

Pour rappel, la question 4 était : Quelle est la place de l'ergothérapeute dans la pratique de l'approche multisensorielle de type Snoezelen ?

Les ergothérapeutes rapportent tous des connaissances spécifiques : connaissance du fonctionnement du système sensoriel et des pathologies neurodégénératives, observation des capacités de la personne, adaptation de la salle et déroulement des séances. E1 et E3 mentionnent la manipulation des objets comme quelque chose de très ergothérapeutique mais aussi l'importance de l'expérience dans ce type de pratique. E2 reprend une idée similaire en mentionnant que dans cette approche, ce qui prime, c'est l'humain que l'on est, avant le professionnel.

3.3.5 – Organisation, changements crise sanitaire

Pour rappel, la question 5 était : Comment s'organiser pour la réalisation des séances ? Y a-t-il eu des changements par rapport à la crise sanitaire ?

En ce qui concerne l'organisation des séances, les trois ergothérapeutes ont le même fonctionnement. Il n'y a pas d'organisation préétablie. Les séances se font en fonction de la disponibilité de la salle, du professionnel et de la personne. E1, E2, et E3 font systématiquement un retour sur le déroulement de la séance, qu'il soit oral pour E1 et E3 ou écrit pour E2. En ce qui concerne les changements liés à la situation sanitaire, E3 ne pratique plus cette approche, la salle est fermée. Pour E1, les changements se font voir principalement en ce qui concerne la perception des mimiques et le regard. Pour E2, le port du masque n'apaise pas les personnes et un changement est visible dans l'accompagnement et dans l'esprit de cette approche.

3.3.6 – Objectifs atteints

Pour rappel, la question 6 était : Comment savoir si l'objectif de diminution du stress a été mené à bien ?

Les trois ergothérapeutes affirment que le retour aux équipes et le partage d'information est primordial. E1 et E2 le font au cours de réunions ou de manière plus informelle. E2 apporte plus de détails en disant observer le faciès, les réactions corporelles, le langage et l'interaction avec l'environnement.

4 – Discussion

Cette partie discussion du travail va permettre d'effectuer une analyse réflexive sur la mise en place de l'outil de recueil de données et sur les résultats obtenus. Elle va également permettre de formuler une réponse aux hypothèses ainsi qu'à la question de recherche.

4.1 – Discussion de la méthode

Dans cette première partie, il sera discuté la mise en place de la méthode de recueil de données. Les points forts ainsi que les axes d'amélioration seront présentés.

4.1.1 – Points forts de la méthode

Pour rappel, des entretiens semi-directifs ont permis de recueillir les données nécessaires à la réalisation de ce travail.

Le premier point fort mis en lumière concerne le fait que l'entretien semi-directif permet au professionnel de s'exprimer librement dans sa réponse. Plus précisément, cela lui permet d'utiliser un vocabulaire qui lui est propre, de rebondir sur un nouveau sujet et même d'apporter une nuance à une idée. Pour la personne qui effectue le travail de recherche, cela permet comprendre le raisonnement du professionnel interrogé et de pouvoir réaliser une analyse plus objective des propos recueillis.

Le second point fort de la méthode concerne la possibilité d'enregistrer l'entretien. C'est un point fort car il permet de pouvoir réécouter les propos échangés pour reprendre le vocabulaire utilisé par le professionnel interrogé. Le fait de pouvoir réécouter va permettre d'avoir une analyse fidèle aux propos échangés et ainsi fournir une interprétation objective.

4.1.2 – Axes d'amélioration de la méthode

L'analyse réflexive de ce travail permet de mettre en lumière des axes d'amélioration.

Le premier axe d'amélioration concerne la distance avec les professionnels. Les ergothérapeutes sélectionnés exerçaient dans différentes régions de France. La crise sanitaire et les mesures de restrictions n'ont pas permis de se déplacer et donc de réaliser les entretiens en face à face. C'est un axe à améliorer car cette configuration ne permet pas de contrôler les différents biais évoqués dans le paragraphe « Biais de recherche ».

Le second axe d'amélioration concerne la formulation des questions. Les questions ont été pensées et rédigées dans le but de limiter la double-interprétation pour le professionnel interrogés. Cependant, au cours des entretiens, il a parfois été nécessaire de reformuler les questions en apportant des précisions. La reformulation n'ayant pas été systématique, les ergothérapeutes n'ont pas tous eu les mêmes indications. Par conséquent, le biais d'investigation a été influencé car la manière de poser les questions n'a pas été exactement la même pour tous les ergothérapeutes. Aussi le biais d'interprétation a été influencé lors de l'analyse car les réponses ont certainement été orientées par les indications fournies aux professionnels.

Un troisième axe d'amélioration a été mis en lumière. Lors de la prise du premier contact téléphonique avec les ergothérapeutes le sujet a été présenté et des informations ont été données par les ergothérapeutes sur leur pratique. En particulier sur leur vision de l'approche et sur les bénéfices qu'ils pouvaient observer. Des informations ayant été mentionnées au cours de cette prise de contact n'ont pas été évoquées durant l'entretien. Afin d'améliorer ce point, il aurait été judicieux de modifier la grille de guide d'entretien dans le but d'inciter les ergothérapeutes à verbaliser de nouveau sur ces points. Le second intérêt de réaliser la grille de guide d'entretien après la première prise de contact est que cela permet de pouvoir préparer des questions plus précises en rapport avec la pratique de l'ergothérapeute.

4.2 – Discussion du contenu

Au cours de cette partie, une discussion autour des résultats de la recherche sera effectuée. Les résultats trouvés seront comparés au cadre théorique et de nouvelles sources scientifiques seront apportées.

Une première partie des résultats regroupe la vision de l'approche multisensorielle de type Snoezelen. E1 et E2 mentionnent que cette approche permet de stimuler les différentes modalités sensorielles : la vue, l'ouïe, le toucher et l'odorat. E2 et E3 complètent cela en ajoutant que cela permet de réguler les troubles du comportement. Ici, le stress sera particulièrement étudié. Ces deux premières idées correspondent aux recherches effectuées dans le cadre théorique. Il est possible de préciser cela en ajoutant que les stimulations proposées lors des séances doivent être

agréables pour la personne prise en soin afin d'augmenter la sensation de bien-être (19). E3, dans sa vision de l'approche multisensorielle de type Snoezelen indique qu'elle permet de créer du lien. Cette idée est confirmée par le cadre théorique car c'est un aspect entrant dans les prérequis de cette pratique. Cependant, E3 n'a pas précisé le « type de lien » que cette approche lui permettait de créer. Nous pouvons penser que trois « types de lien » peuvent se créer grâce à cette approche.

- La communication : qu'elle soit verbale ou non verbale, l'espace Snoezelen permet de créer une forme de communication entre la personne prise en soin et le thérapeute qui l'accompagne
- La relation thérapeutique : l'espace Snoezelen permet d'entrer dans une atmosphère en rupture avec le rythme et l'ambiance institutionnelle. En accompagnant une personne d'en ce type d'endroit, il peut être plus aisé pour les deux personnes d'entrer en relation, loin du cadre institutionnel parfois stressant
- La confiance : plongée dans un espace où la personne a la sensation d'être rassurée, une relation de confiance pourra s'instaurer entre le thérapeute et la personne prise en soin

Une seconde partie regroupe les éléments permettant de déterminer la nécessité d'une séance. Les trois ergothérapeutes mentionnent à l'unanimité que l'observation est prépondérante. Ce point n'avait pas été abordé dans le cadre théorique. Cependant, dans les recommandations de bonnes pratiques concernant la « prise en charge des troubles du comportements perturbateurs », la Haute Autorité de Santé (HAS) indique que l'observation est importante pour rendre compte de l'état de santé du patient (20). Ainsi, l'observation est un moyen de connaître l'état de stress de la personne.

E1 mentionne également la notion de transdisciplinarité. Là encore cette idée n'a pas été exploitée dans la partie théorique de ce travail de recherche. L'HAS, dans ses recommandations de bonnes pratiques mentionne l'intérêt des aidants et des autres soignants. Les aidants sont une source d'information pour les soignants car ils connaissent leur proche et peuvent donc être en capacité de mieux déceler une émotion, comme par exemple le stress. Aussi la communication avec les autres

professionnels de santé permet d'échanger et de confronter les points de vue pour comprendre le fonctionnement d'une personne et ainsi repérer ces besoins (20).

L'observation est donc primordiale. Cependant, l'ergothérapeute n'étant pas toujours dans le service, il peut ne pas percevoir le besoin. L'équipe soignante est donc indispensable. Ayant un contact privilégié avec les personnes, l'équipe peut rapidement identifier les besoins (21). Par la suite, l'équipe pourra faire un retour à l'ergothérapeute qui mettra en place des séances une fois la prescription médicale obtenue.

La troisième partie des résultats concerne la préparation et le déroulement des séances. Les trois ergothérapeutes se rejoignent sur le fait qu'il n'y a pas de déroulement type. Cela peut être confirmé par le cadre théorique. En effet, le soignant doit se laisser guider par les besoins de la personne qu'il prend en soin et ne doit pas imposer une stimulation. En ce sens, il est possible de prévoir les besoins d'une personne. Cependant, un principe fondamental doit être pris en compte dans la réalisation de la séance : ne pas stimuler tous les sens en même temps afin de ne pas surcharger les apports sensoriels (22).

En ce qui concerne la préparation des séances, les points de vue se confrontent. E2 et E3 sont d'accord sur la nécessité d'une préparation, tandis qu'E1 ne l'estime pas nécessaire. La préparation semble nécessaire pour permettre le bon déroulement d'une séance, mais aussi pour répondre aux objectifs. Elle va se dérouler en plusieurs étapes : l'observation des besoins, l'obtention de la prescription médicale, trouver la situation sensorielle la plus adaptée, l'explication à la personne prise en soin.

L'observation des besoins, qu'elle soit directe, ou à travers l'équipe soignante, La prescription médicale doit être rédigée par le médecin. En effet, l'ergothérapeute n'agissant que sur prescription médicale, elle est donc indispensable à toute prise en soin.

L'ergothérapeute va ensuite se questionner sur la stimulation sensorielle la plus adaptée en fonction des besoins observés. L'ergothérapeute va avoir pour objectif principal et commun à tous les autres professionnels, la diminution du stress. Ses objectifs propres seront de limiter les répercussions des troubles du comportement sur les AVQ. Ainsi, grâce à l'observation, l'ergothérapeute va pouvoir comprendre ces répercussions et stimuler une modalité sensorielle en particulier. En fonction des

résultats observés durant la séance, l'ergothérapeute pourra transférer ces acquis au sein de l'institution en donnant aux équipes des conseils pour diminuer le stress.

Une fois la préparation de la séance mise en place, il est nécessaire de préparer la salle. La personne se laissant guider par ses besoins, elle va être amenée à explorer tous les éléments qui seront à sa disposition. Cependant, toutes les modalités sensorielles ne doivent pas être stimulées en même temps et une doit être privilégiée. Il est nécessaire de choisir les éléments à disposition de la personne afin que tous, ne stimulent qu'une modalité sensorielle.

Enfin, la dernière étape de la préparation consiste à expliquer à la personne prise en soin, l'expérience qu'elle va vivre. L'espace Snoezelen étant en lieu clos et inconnu, cela peut être source de stress et d'angoisse pour les personnes qui y sont plongées. Ainsi, un temps d'explication en amont est nécessaire pour limiter l'apparition des troubles du comportement et du stress.

La quatrième partie des résultats concerne l'organisation et les changements liés à la situation sanitaire. L'organisation est un élément propre au fonctionnement de chaque établissement. Ainsi, on ne peut établir de généralités à ce sujet. En ce qui concerne les changements liés à la crise sanitaire et aux restrictions qui en découlent, aucun article n'est consacré à ce sujet. E3 n'a pas pu réaliser de séance, l'espace étant fermé. E1 et E2 perçoivent des changements. Le soignant a des difficultés à percevoir les mimiques des personnes âgées et les personnes âgées ne parviennent pas toujours à reconnaître le soignant qui les prend en soin, à cause des mesures de protection (masques, surlunettes...).

La cinquième partie s'intéresse à l'efficacité de la séance. Les trois ergothérapeutes s'accordent sur l'importance de l'observation et du retour aux équipes. Cette idée correspond avec le cadre théorique. L'ergothérapeute va transmettre aux équipes ce qu'il a pu observer durant la séance : les éléments auxquels la personne a été réceptive et ceux qui ont fait apparaître une situation de stress. L'ergothérapeute va aussi pouvoir transmettre aux équipes des conseils pour limiter les situations stressantes ou bien pour apaiser la personne prise en soin si cette dernière est stressée. Dans la partie théorique, il est indiqué la possibilité de mettre en place une grille qui permettra au soignant de consigner les réactions qu'il a observées pour pouvoir les transmettre au reste de l'équipe. Là encore, comme l'ergothérapeute

n'est pas constamment dans le service, il va devoir s'appuyer sur les retours des équipes pour savoir si la séance a été efficace à plus long terme.

La dernière partie des résultats concerne les compétences spécifiques aux ergothérapeutes. Les trois ergothérapeutes indiquent des connaissances spécifiques théoriques, à savoir la connaissance du fonctionnement du système sensoriel et des pathologies neurodégénératives, l'observation, l'adaptation et l'aménagement d'espace. Il est primordial que le soignant qui accompagne la personne ait une solide expérience dans la prise en soin des personnes présentant une pathologie neurodégénérative pour que l'objectif puisse être mis en œuvre au mieux. Plus spécifiquement, pour cette approche, l'expertise de l'ergothérapeute se situe à trois niveaux :

- Comprendre ce qui favorise le stress dans l'environnement de vie
- Transfère des acquis dans le lieu de vie
- Mettre en place des solutions pour limiter le stress dans l'environnement de vie

4.3 – Réponse aux hypothèses et à la question de recherche

Pour rappel, tout au long de ce travail, la question de recherche fût :

En quoi, avec une approche multisensorielle de type Snoezelen, l'ergothérapeute peut permettre de réduire le stress des personnes âgées institutionnalisées souffrant d'une pathologie neurodégénérative ?

Les entretiens ont permis de comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans cette approche et permettent donc de donner réponse aux hypothèses.

La première hypothèse de réponse était que l'ergothérapeute ne trouve pas sa place dans l'utilisation d'une approche multisensorielle de type Snoezelen. Les recherches réalisées permettent d'éliminer cette hypothèse. En effet, les trois ergothérapeutes interrogés trouvent leur place dans cette pratique.

La seconde hypothèse était que l'approche multisensorielle de type Snoezelen n'est pas utilisé chez les personnes âgées souffrant d'une pathologie

neurodégénérative. Là encore, les recherches permettent de contredire cette hypothèse car les ergothérapeutes interrogés, pratiquent cette approche auprès de ce type de personne.

Enfin, la troisième hypothèse était que l'ergothérapeute a sa place dans ce type de prise en soin et qu'il a un rôle à jouer dans la diminution du stress chez les personnes âgées institutionnalisées souffrant d'une pathologie neurodégénérative. Les recherches permettent de valider cette hypothèse. En effet, les ergothérapeutes interrogés trouvent leur place et leur rôle à jouer dans la diminution du stress des personnes âgées souffrant d'une pathologie neurodégénérative.

Toutes ces indications nous permettent maintenant de donner une réponse à la question de recherche.

L'ergothérapeute mène cette approche avec le même objectif principal et avec les mêmes moyens que les autres professionnels. Cependant, il met en œuvre des objectifs propres à sa pratique afin de limiter l'impact du stress dans les AVQ.

L'approche multisensorielle de type Snoezelen s'inscrit donc dans une pratique transdisciplinaire, dans le cas de la diminution du stress. Dans ce type de pratique, chaque professionnel prenant en soin une personne, apporte un regard propre à sa pratique. Celui apporté par l'ergothérapeute va résider dans la compréhension des éléments favorisant les situations de stress, le transfert des acquis dans le lieu de vie et dans la mise en place de solutions au sein de l'institution.

4.4 – Perspectives de recherche

Au cours de l'entretien, E3 a dit : « Le fait d'être ergothérapeute, on est aussi porté vers le toucher, l'expérimentation des objets. On est vraiment dans quelque chose de très ergothérapeutique, si vous voulez, dans le fait de manipuler des objets. »

La partie théorique indique que l'approche multisensorielle de type Snoezelen est une approche principalement utilisée auprès des enfants et plus récemment auprès des personnes âgées.

Cependant, il peut être intéressant de se questionner sur son utilisation en ergothérapie auprès des adultes, en rééducation fonctionnelle. En effet, le cadre théorique a permis de se saisir de l'importance du stress au cours d'une institutionnalisation. L'approche multisensorielle de type Snoezelen n'est pas encore développée auprès de la population adulte. Malgré tout, il est aisé d'imaginer qu'une hospitalisation peut également apporter du stress à la personne.

Il est donc possible de se questionner sur la mise en place, en ergothérapie, d'une approche multisensorielle de type Snoezelen auprès d'une population adulte en centre de rééducation fonctionnelle.

Conclusion

L'approche multisensorielle de type Snoezelen consiste à stimuler les différents sens, dans le but d'apaiser la personne prise en soin, mais également d'éveiller ses sens. Son utilisation est fréquente auprès des enfants et elle croît auprès les personnes âgées.

L'objectif de cette recherche était comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans la diminution du stress chez les personnes âgées institutionnalisées présentant une pathologie neurodégénérative en utilisant une approche multisensorielle de type Snoezelen.

Ce travail de recherche a permis de comprendre le caractère transdisciplinaire de ce type d'approche. En effet, les professionnels ont un objectif commun avec un moyen identique. Cependant, l'ergothérapeute met aussi en œuvre des objectifs propres à sa pratique comme fait de limiter la répercussion du stress sur les activités de vie quotidienne.

Sur le plan personnel, ce travail m'a permis d'améliorer mes connaissances sur l'approche multisensorielle de type Snoezelen. En effet, je n'avais pas saisi toutes les connaissances que peut mettre en application l'ergothérapeute lorsqu'il utilise cette approche. Au-delà des connaissances théoriques, il m'a également permis de comprendre l'importance de la recherche pour faire évoluer la pratique. Il m'a également appris la rigueur et la persévérance.

Bibliographie

1. MUSSON - GENON S. Chapitre 8 : Ergothérapie. In: Guide de sophrologie appliquée (2ème édition). Elsevier Masson. 2017. p. 121 à 141.
2. VILLAUME A. NPG neurologie, psychiatrie, gériatrie. févr 2019;19(109):30 à 38.
3. TROUVE E. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques.
4. PREVOST A-P, BOUGIE C. Le médecins du Québec. nov 2008;43(11):43 à 48.
5. Ministère des solidarités et de la santé. Effectif d'ergothérapeute par mode d'exercice global, zone d'activité, âge, sexe [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>
6. INSEE. Evolution démographique [Internet]. INSEE. 2019 [cité 2 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/accueil>
7. Campus gériatrique. Le vieillissement [Internet]. Université médicale virtuelle francophone. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/1.html>
8. Santé publique France. Maladie neurodégénérative [Internet]. Santé publique France. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives>
9. DAMIANO M. Rôle de la dysfonction mitochondriale dans deux maladies neurodégénératives. [Internet]. Université Pierre et Marie Curie; 2014 [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01140700>
10. GOUTTE V, ERGIS A-M. Revue de neuropsychologie. 2011;3(3):161 à 175.
11. INSEE. Population en EHPAD 2015 [Internet]. INSEE. 2016 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488>
12. INSEE. Population en EHPAD 2016 [Internet]. INSEE. 2017 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937#titre-bloc-4>
13. CHARRAS K, CERESSE F. Gérontologie et société. 2017;39(152):169 à 183.
14. AZUAR C, GARCIN B, CAPRON J, ROUE-JARGOT C, LEVY R. Démences. In: Démences [Internet]. [cité 12 mai 2021]. p. 73-5. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=7cHzCAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA73&dq=troubles+du+comportement+pathologie+neurod%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9rative&ots=psi2NgJRSZ&sig=vpvbtFuPY__c94vWjZslMcuboQ&redir_esc=y#v=onepage&q=troubles%20du%20comportement%20pathologie%20neurod%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9rative&f=false
15. CROCQ L. Stress et trauma [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/UploadFile/DocumentPDF/T/R/VEGK-9782294713811.pdf>
16. ORAIN S. Gérontologie et société. 2008;31(126):157 à 164.

17. CERF Formation. Snoezelen. Un espace sensoriel, un espace de rencontre [Internet]. Formation CERF. [cité 1 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cerf.fr/formation/0331920020S-snoezelen-un-espace-sensoriel-un-espace>
18. FRAPPE P. Méthodologie de la recherche. In: Initiation à la recherche, 2ème édition.
19. AGLI O. Chapitre 4 : Snoezelen, soignants et personne : constats et réflexions. In: Regard sur les personnes âgées, leur corps, leur environnement [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=Xpk7DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA87&dq=formation+snoezelen&ots=Kg_oCD12hW&sig=DxLQLHJRMfgYm9U4FCIWQa8xEIlg&redir_esc=y#v=onepage&q=formation%20snoezelen&f=false
20. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs [Internet]. 2009 [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf
21. Haute Autorité de Santé. Inventaire neuropsychiatrique - version équipe soignante [Internet]. [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_equipe_soignante_npi-es_2013-02-26_14-58-55_901.pdf
22. Colloques international Paris. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. oct 2010; Disponible sur: https://framework.agevillage.com/documents/pdfs/colloque_2010_ad_verheul.pdf

Annexes

Sommaire

Annexe I : NPI.....	I
Annexe II : Salle Snoezelen.....	VII
Annexe III : Guide d'entretien.....	VIII
Annexe IV : Questionnaire de sélection	X
Annexe V : Tableau d'analyse transversale	XII

Annexe I : NPI

Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

Instructions

BUT

Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

Le but de l'interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non »

Il est important de :

- déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant ; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement ; quel est son rôle auprès du patient ; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES ?
- recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez « NON » et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex. : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer « OUI » et poser les sousquestions.

A. IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

B. HALLUCINATIONS (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses, par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)

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

D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)

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

E. ANXIÉTÉ (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

F. EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux

ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

H. DÉSINHIBITION (NA)

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

I. IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas. »

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

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

K. SOMMEIL (NA)

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

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

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

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est « OUI », il faut alors poser les sous-questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous-questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu « OUI » à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse « OUI » de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en « NON »

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté « NA » (non applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex. : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter « NA ».

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

« Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous-questions ? Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? »

1. **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine
2. **Assez souvent** : environ une fois par semaine
3. **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

« Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? À quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ? »

1. **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
2. **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3. **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

*Le score du domaine est déterminé comme suit : **score du domaine = fréquence x gravité RETENTISSEMENT***

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au : retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

Pour ce faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points :

0. Pas du tout

1. Perturbation minimum :

presque aucun changement dans les activités de routine.

2. Légèrement : quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.

3. Modérément :

désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.

4. Assez sévèrement : désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.

5. Très sévèrement ou extrêmement :

très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux 10 premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPIES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En pratique clinique l'élément le plus pertinent à retenir est le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

D'après Sisco F, Taurel M, Lafont V, Bertogliati C, Baudu C, Girodana JY, *et al.* Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gériatrique 2000;14:151-71.

Copyrights : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - C.H.U de NICE.

Annexe II : Salle Snoezelen



Annexe III : Guide d'entretien

ENTRETIEN N° _____	
DATE : _____	
DUREE DE L'ENTRETIEN : _____	
LIEU D'EXERCICE : _____	
PERSONNE INTERROGEE : _____	
ANCIENNETE DE L'ERGOTHEREPEUTE : _____	
ANCIENNETE DANS LA PRATIQUE DU SNOEZELLEN : _____	
LIEU DE TRAVAIL : _____	
COMMENTAIRE : _____ _____	
THEMES A ABORDER	REponses
1) Quelles est votre vision de l'approche Snoezelen ? <ul style="list-style-type: none"> - Que signifie cette approche pour vous ? - Pourquoi vouloir la pratiquer ? - Est-ce que cette approche a enrichie votre pratique de l'ergothérapie ? 	
2) Comment savoir si une séance pourrait être permettre de réduire le stress de la personne prise en soin ? <ul style="list-style-type: none"> - Bilans : Quel(s) bilan(s) ? Bilan(s) « Snoezelen » ? - Observation : De la personne avant la séance ? Demandes aux équipes ? Critères d'observation ? 	

<p>3) Comment s'organisent les séances ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préparation ? - Outils : Définis en amont ? choix de la personne ? - Déroulement : Liberté de la personne ? « Protocole » ? Plusieurs temps définis ? - Observation de la personne : Bilans durant la séance ? Quels bilans ? Observation ? Critères d'observation ? 	
<p>4) Quelle est la place de l'ergothérapeute dans la pratique de l'approche Snoezelen ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que l'ergo apporte en plus par rapport aux autres professionnels ? - Vision ergo dans la séance ? - Notion de rendement occupationnel ? - Association avec d'autres professionnels ? 	
<p>5) Comment s'organiser pour la réalisation de la séance ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planning ? - Réunion, staff ? - Mesures spéciales Covid ? 	
<p>6) Comment savoir si l'objectif de réduction du stress a été mené à bien ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilans ? - Observation : de la personne après la séance ? Demandes aux équipes ? Critères d'observation ? - Demandes aux équipes ? - Bilan à la fin de la séance ? Bilans plus tard dans la journée par les autres membres de l'équipe ? 	
<p>Autres :</p>	

Annexe IV : Questionnaire de sélection

Une étudiante ergo à besoin d'ergo !

Si vous êtes ergothérapeute DE en France et si vous avez moins de cinq minutes pour m'aider dans mon mémoire de fin d'études, n'hésitez pas à répondre à ces 10 questions !! Mon mémoire porte sur la pratique de l'approche Snoezelen.

Je cherche trois ergothérapeutes pour réaliser un entretien et ce questionnaire va me permettre d'avoir un rapide état des lieux de la pratique pour ensuite que je puisse vous contacter si vous le souhaitez. Vous pourrez laisser vos coordonnées à la fin du questionnaire. Merci d'avance !!

Inscrivez ici l'année de votre diplôme :

1/10 : personnes prises en soin :

- Enfant + adolescents 0 à 20 ans
- Adultes 20 à 60 ans
- Personnes âgées + 60 ans

2/10 : lieu d'exercice professionnel :

- Rééducation fonctionnelle
- Lieu de vie
- Libéral
- Santé mentale
- Autre

3/10 : utilisez-vous l'approche Snoezelen dans votre pratique :

- OUI occasionnellement (- de deux fois par mois)
- OUI souvent (+ de deux fois par mois)
- NON

4/10 : si oui, notez ici depuis quand :

5/10 : avez-vous bénéficié d'une formation « Snoezelen » :

- OUI
- NON
- Je ne pratique pas l'approche Snoezelen

6/10 : avez-vous une salle dédiée à la pratique Snoezelen :

- OUI
- NON
- Je ne pratique pas l'approche Snoezelen

7/10 : si non, où pratiquez-vous le Snoezelen :

8/10 : est-ce que les personnes que vous prenez en soin avec l'approche Snoezelen souffrent d'une pathologie neurodégénérative :

- OUI
- NON
- Je ne travaille pas auprès de personnes âgées
- Je ne pratique pas l'approche Snoezelen

9/10 : si oui, la pathologie altère-t-elle la communication verbale :

- OUI
- NON
- Je ne travaille pas auprès de personnes âgées
- Je ne pratique pas l'approche Snoezelen

10/10 : quels sont les objectifs principaux lors des séances Snoezelen :

Comme mentionné dans l'introduction de ce questionnaire, je suis à la recherche d'ergo pour réaliser des entretiens. Vous pouvez me laisser ici (si vous acceptez) votre nom et votre prénom ainsi qu'un moyen de vous contacter. Merci beaucoup !!

Annexe V : Tableau d'analyse transversale

Question 1					
E1		E2		E3	
Codage	« intéressant c'est de pouvoir jouer sur les différentes modalités sensorielles » « choisir ce que l'on veut stimuler »	Codage	« approche non médicamenteuse pour gérer les troubles du comportement notamment chez les personnes démentes » « nouvelle approche axée sur le sensoriel » « sensoriel est quelque chose de très probant pour les personnes atteintes de démence » « soit pour les ergothérapeutes ou tous les autres professionnels » « résidents qui ont des gros troubles du comportement » « outil qui permet d'essayer de canaliser tous ces troubles du comportement »	Codage	« un petit temps où il faut leur expliquer » « pour les apaiser, trouver un moyen de communication non-verbal, par la médiation de objets qu'il y a dans la salle Snoezelen » « rythme dans l'échange » « apaiser la personne mais en même temps la dynamiser et puis après l'apaiser tranquillement » « C'est ce qui crée la communication » « fixer l'attention » « créer le lien entre eux » « un lieu calme, posé » « c'est vraiment un lieu de lien » « il faut se laisser habiter par le lieu » « ne pas sortir trop vite » « C'est aussi un lieu safe » « diminution nette des troubles productifs »
Catégorisation	Raisons de pratiquer une approche multisensorielle de type Snoezelen	Catégorisation	Raisons de pratiquer une approche multisensorielle de types Snoezelen	Catégorisation	Raisons de pratiquer une approche multisensorielle de type Snoezelen Vision de l'approche
Question 2					
E1		E2		E3	
Codage	« personne qui ne va plus supporter le groupe » « aura besoin d'un temps d'isolement » « personnes qui sont difficilement	Codage	« de l'observation et de l'essai » « en fonction de ce que va donner l'essai » « personne à bien réagit et on peut	Codage	« Tout est dans l'observation. »

	<p>calmables par le contact relationnel » « besoin un petit peu aussi de couper avec d'autre sens » « l'observation » « réunions hebdomadaires » « échange beaucoup » « partage d'informations » « comment chacun arrive à apaiser enfin où à accompagner les personnes » « on travaille beaucoup en équipe » « observer en effet le symptôme et à essayer d'y répondre » « beaucoup beaucoup de travail en pluridisciplinarité » « on a observé, que ça apaise beaucoup, à ce moment-là c'est reproduit » « c'est assez spontané et si on se rend compte que ça peut être utile on test »</p>		<p>continuer ou alors ça génère plus de troubles du comportement du coup ce n'est peut-être pas le bon outil » « des fois il faut faire plusieurs séances » « observation en fonction de des patients » « faire en fonction de l'individu » « ne fonctionnera pas pareil » « Snoezelen on a plusieurs outils » « adaptation » « on propose et on voit » « l'observation ». « des évaluations effectivement qui sont faites sur observation » « évaluation il n'y a pas de cotation » « pas de norme, on ne remplit pas des cases » « comment elle réagit, est-ce qu'il y a une détente qui se fait voir, est-ce qu'il y a interaction avec la personne, est-ce que la personne s'intéresse à ce qu'il y a autour d'elle » « on part d'une problématique »</p>		
Catégorisation	Besoin d'une séance d'approche multisensorielle de type Snoezelen Travail en pluridisciplinaire Communication entre professionnels	Catégorisation	Besoin d'une séance d'approche multisensorielle de type Snoezelen	Catégorisation	Besoin d'une séance d'approche multisensorielle de type Snoezelen
Question 3					
E1		E2		E3	
Codage	« agités quand on arrive ce n'est pas forcément le meilleur moment pour explorer donc globalement ça commence plutôt par	Codage	« prépare toujours la séance avant » « allumer les lumières » « mettre en place le film »	Codage	« parler à la résidente, de lui expliquer que l'on va aller dans un lieu paisible, calme » « on ne ferme pas tout de suite la porte,

	<p>un temps où c'est nous qui proposons » « assez informel » « selon des fois des personnes qui ont besoin de notre présence » « si c'est quelqu'un qui est capable de de se saisir ce qu'on va proposer et qui est apaisé, à ce moment-là on va la euh le laisser seul » « plutôt nous qui évaluons quand la personne elle, ça lui est suffisamment bénéfique » « on a observé, que ça apaise beaucoup, à ce moment-là c'est reproduit » « c'est assez spontané et si on se rend compte que ça peut être utile on test »</p>		<p>« mettre de la musique » « pour qu'on ait pas la problématique quand le résident est là » « on a juste à être en interaction avec lui » « du cas par cas » « on va réagir avec elle, on va initier les choses » « Si on voit que la personne se détend, qu'elle est bien, qu'elle commence à s'endormir et tout, on ne va pas la déranger » « tenir la main » « d'être en interaction et initier quelque chose »</p>		<p>on met les lumières enfin il faut éclairer les lumières avant que la personne n'arrive. » « éclairer, préparer une certaine ambiance » « lui expliquer, lui faire observer le lieu petit à petit fermer la porte » « une phase de découverte du lieu d'observation, de toucher, de prendre les objets dans les mains, de regarder autour » « opération adaptez-vous » « Après on peut monter en pression par rapport au rythme de la musique » « Après il faut redescendre »</p>
Catégorisation	Préparation de la séance Déroulement de la séance	Catégorisation	Préparation de la séance Déroulement de la séance	Catégorisation	Préparation d'une séance Déroulement d'une séance
Question 4					
E1		E2		E3	
Codage	<p>« mieux connaître comment fonctionne le système sensoriel » « un peu plus un peu plus pointu sur comment on stimule et être moins sur de l'apaisement global » « évaluer » « en ayant cette connaissance-là tout ce qui est pratique ça s'acquiert au fur et à mesure de l'expérience et ça peut s'acquérir par n'importe quel professionnel » « ressemblent un peu plus à de l'accompagnement » « L'observation »</p>	Codage	<p>« adaptation de la salle accessible à tout le monde » « soit fonctionnelle » « matériel adapté pour recevoir les gens » « travail de collaboration » « travail d'humain » « sensibilité » « l'humain que l'on est en tant qu'ergothérapeute ce n'est pas que les connaissances en ergothérapie qui font qu'on va faire de la Snoezelen » « travail pluriprofessionnel » « vraiment la connaissance en tant</p>	Codage	<p>« dans le déroulement de la séance, parce qu'on a l'habitude des déroulements de séances » « on fait ça au feeling mais je ne fais pas ça au feeling, je fais ça avec 30 ans d'expérience, d'approche de la personne » « le fait d'être ergothérapeute, on est aussi porté vers le toucher, l'expérimentation des objets » « quelque chose de très ergothérapeutique »</p>

	<p>« observer par exemple les capacités de transfert de la personne »</p> <p>« observer voilà en tout cas des choses assez concrètes »</p> <p>« manipulation »</p> <p>« accompagnement un peu au niveau émotionnel »</p> <p>« l'observation du symptôme et puis des répercussions dans sa vie quotidienne »</p> <p>« outil en fait que l'on a un peu tous en fonction des besoins »</p> <p>« moteur dans le service »</p> <p>« on essaie de vraiment pouvoir utiliser tous »</p>		<p>qu'ergothérapeute, pour moi, il n'y en a pas vraiment besoin »</p> <p>« distance thérapeutique, l'observation, la bienveillance, l'empathie »</p> <p>« forcément les connaissances des pathologies de types démence, troubles cognitifs et maladies psychiques. »</p> <p>« il faut être investi, il faut être persuadé que c'est une technique de travail qui peut fonctionner qui porter ses fruits »</p>		<p>dans le fait de manipuler des objets »</p>
Catégorisation	Compétences ergothérapeutiques Observations Expérience du professionnel	Catégorisation	Compétences ergothérapeutiques Investissement	Catégorisation	Compétences ergothérapeutiques
Question 5					
E1		E2		E3	
Codage	<p>« si la salle est disponible »</p> <p>« pouvoir l'accompagner là-bas »</p> <p>« assez spontané »</p> <p>« y aller peut-être avant pour pas que la salle soit déjà encombrée »</p> <p>« partir sur base un peu neutre de base »</p> <p>« on n'organise pas »</p> <p>« on n'y va pas avant pour préparer »</p> <p>« Ils n'ont pas de gestes barrière »</p> <p>« ils ne portent pas de masque, ils touchent à tout »</p> <p>« ça peut changer un peu dans l'approche »</p>	Codage	<p>« avant »</p> <p>« planning » « compte-rendu »</p> <p>« je m'organise »</p> <p>« je fais toujours moi un compte-rendu »</p> <p>« « privé » (mentionné ainsi par la personne) de Snoezelen pendant longtemps »</p> <p>« résidents étaient confinés »</p> <p>« port du masque, donc ça c'était très très compliqué »</p> <p>« port du masque n'apaise pas du tout »</p> <p>« mettre des barrières dans l'accompagnement »</p> <p>« les gens ne voient pas notre visage »</p> <p>« c'est primordial dans l'accompagnement en Snoezelen »</p>	Codage	<p>« On faisait ça en lien »</p> <p>« on en reparlait pour savoir comment la personne avait réagi »</p> <p>« mon organisation à moi que pour les filles »</p> <p>« PASA a été fermé depuis le Covid »</p>

	« dans tout ce qui est mimiques et dans tout ce qui est olfactif, c'est vrai que sur imitation le fait d'avoir le masque ça occulte quand même pas mal et moi je porte des lunettes donc deux lunettes c'est vrai que même pour le regard ça peut un petit peu changer »		« il n'y a pas cet esprit-là » « je vois un réel changement sur certaines personnes quand je baisse mon masque et qu'ils me voient entièrement »		
Catégorisation	Organisation en amont Changements Covid	Catégorisation	Organisation en amont Changements COVID	Catégorisation	Organisation en amont Changements Covid
Question 6					
E1		E2		E3	
Codage	« réunions hebdomadaires » « on échange beaucoup à ce moment-là » « partage d'informations » « pas forcément dans la journée » « on essaie de réfléchir s'il y a eu des répercussions » « un peu plus largement sur la nuit » « c'est des choses dont on parle mais pas forcément juste après plutôt en réunion quand on a le maximum de professionnels et que l'on réfléchit sur la situation »	Codage	« je fais un retour » « un retour ensemble pour voir ce que ça a donné » « je fais toujours une transmission sur notre logiciel au sein de notre établissement » « des réunions spécifiques à l'unité » « qu'on va parler de l'organisation, de la possibilité de faire des Snoezelen avec certains résidents » « observation du faciès » « réactions corporelles » « l'observation au niveau langagier » « interaction avec le soignant et l'environnement » « ça ne fonctionnait pas du premier coup » « accepter d'être en échec pour pouvoir repartir, réfléchir sur d'autres techniques et amener d'autres choses » « Ce n'est pas forcément magique » « beaucoup de communication informelle aller voir les professionnels, leur demander s'ils ont pu	Codage	« on se faisait le retour entre nous » « c'est de l'observation »

			faire la séance, si ça s'est bien passé. Je communique aussi beaucoup avec les aides-soignants de nuit »		
Catégorisation	Communication entre professionnels	Catégorisation	Communication entre professionnels	Catégorisation	Communication entre professionnels

Résumé

Introduction : Le vieillissement normal induit des changements au niveau physiologique ou psychologique. Lorsqu'il s'accompagne d'une pathologie neurodégénérative, le traitement des émotions va être grandement perturbé, rendant difficile le traitement des émotions négatives. L'apparition d'une pathologie neurodégénérative peut également provoquer des troubles du comportement. Le stress, sera étudié au cours de ce travail de recherche. Lorsque les personnes sont institutionnalisées, cela augmente l'apparition du stress. De nouvelles méthodes voient le jour afin d'apporter de l'apaisement aux personnes souffrant de pathologies neurodégénératives. L'une d'entre elles, l'approche multisensorielle de type Snoezelen, est très utilisée pour les enfants et s'installe peu à peu auprès des personnes âgées. Cette dernière favorise l'apaisement et permet donc de réduire le stress.

Une démarche de recherche a été mise en place pour comprendre le rôle de l'ergothérapeute dans la réduction du stress des personnes présentant une pathologie neurodégénérative, avec l'utilisation d'une approche multisensorielle de type Snoezelen.

Méthode : Une démarche qualitative a été menée. Elle permet d'analyser les pratiques. Des entretiens semi-directifs, composés de six questions, ont été mis en œuvre. Trois ergothérapeutes pratiquant une approche multisensorielle de type Snoezelen ont été interrogés. Une analyse longitudinale et transversale de leurs propos a été réalisée.

Résultats : L'étude met en évidence que l'ergothérapeute a sa place dans la réduction du stress. Les ergothérapeutes mentionnent la nécessité d'être à l'écoute, d'observer et d'être prêt à s'engager dans ce type d'approche. Des objectifs spécifiques à l'ergothérapie sont mis en évidence comme la compréhension des éléments du quotidien favorisant le stress, le transfert des acquis dans le lieu de vie et la mise en place de solutions au sein de l'institution.

Conclusion : L'objectif de réduction du stress est commun à tous les professionnels. Cependant l'ergothérapeute y apporte un regard propre à sa pratique en limitant l'impact du stress sur les activités de vie quotidienne.

Mots clés : Ergothérapie, approche multisensorielle, stress, personnes âgées, transdisciplinarité.

Abstract

Introduction : Normal aging induces physiological or biological changes. When this is followed by a neurodegenerative disease, the emotional process will be greatly disrupted, making difficult the negative emotions process. The onset of neurodegenerative disease may cause behavior disorders. The stress, will be studied in this work. The institutionalization may increase the onset of stress. New methods are emerging to bring alleviation to elderly suffering from neurodegenerative disease. One of them, a multisensory Snoezelen approach, is widely used for children and is gradually using with the elderly. This approach promotes alleviation and therefore reduces stress.

A research process has been set up, to understand the role of the occupational therapist in reducing stress in people with neurodegenerative disease with the use of a multisensory Snoezelen approach.

Method : A qualitative approach was carried out. It allows to understand professional practices. Semi-structured interviews made up of 6 questions to answer the subject. Three occupational therapist who practicing a multisensory approach have been questionized. Then a cross-sectional and longitudinal analysis have been realized.

Results : The study shows that the occupational therapist has his place in stress reduction. Occupational therapists have mentioned the needed to listen, to observe and to be ready to engage in this type of approach. Specifics objectives to the occupationnal therapist are highlighted, such as understanding the elements of everyday life that promote stress, transferring knowledge and implementing solutions in the living place.

Conclusion : The goal of stress reduction is common to all professionals. The use of a method wich makes it possible to reduce stress be done in a multidisciplinary approach

in order to improve the quality of life. In order for multisensory Snoezelen approach to meet this objective, professionals must be humanly involved in the care.

Keyword: occupational therapy, multisensory approaches, stress, elderly, transdisciplinarity.