



Institut de Formation

En  
Ergothérapie

- TOULOUSE –



# **L'intervention en PASA dans la lutte contre l'apathie chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer : la place de l'ergothérapeute**

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6  
et en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Référent méthodologie : Cécile FAUCHER-CAIRE Psychologue clinicienne

Référent terrain : Marybèle BARRES Ergothérapeute

Pauline GOMBERT

Promotion 2016-2019

## ***Engagement et autorisation***

Je soussignée Pauline GOMBERT, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le : 06/05/2019

Signature du candidat :

*P.G*

## *Note au lecteur*

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche »

et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »



## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et accompagnée tout au long de l'élaboration de ce mémoire de fin d'étude, et plus particulièrement :

- Cécile FAUCHER-CAIRE pour son remarquable accompagnement comme directrice/maître de mémoire, sa disponibilité et la perspicacité des conseils donnés.
- Marybèle BARRES ma référente terrain pour son accompagnement et son regard en tant qu'ergothérapeute par rapport à mon sujet de mémoire.
- Les trois ergothérapeutes interrogées lors de la passation des entretiens qui ont largement contribué à ce travail de recherche.

Je souhaite également remercier Jean-Michel CAIRE, responsable pédagogique à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, pour ses qualités pédagogiques et la clarté des informations données.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour leur accompagnement tout au long de ce travail et ces trois années.

Enfin, je remercie ma famille et mes proches qui ont su me soutenir pendant ces trois années d'étude.

# SOMMAIRE

<b>Introduction :</b> .....	1
<b>I. Apathie et maladie d'Alzheimer :</b> .....	2
1. Contexte épidémiologique :.....	2
2. La maladie d'Alzheimer :.....	4
2.1. Définition :.....	4
2.2. Les symptômes :.....	5
2.3. Le diagnostic et la prise en soins :.....	7
3. L'apathie :.....	8
3.1. Définition :.....	8
3.2. L'apathie dans la maladie d'Alzheimer :.....	9
3.3. Le diagnostic et la prise en soins :.....	11
<b>II. L'ergothérapie :</b> .....	13
1. Définition :.....	13
2. Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) :.....	14
2.1. Définition du PASA :.....	14
2.2. Les critères d'inclusion en PASA :.....	16
3. L'ergothérapie au sein du PASA :.....	16
3.1. Le rôle de l'ergothérapeute en PASA :.....	16
3.2. Lutter contre l'apathie au sein du PASA :.....	17
4. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupacionnels (MCREO) :.....	19
<b>III. Méthodologie de recherche exploratoire :</b> .....	23
1. Choix de la population :.....	23
2. Choix de l'outil de recherche :.....	23
3. Passation des entretiens :.....	24
<b>IV. Analyse des résultats :</b> .....	25
<b>V. Discussion :</b> .....	35
<b>Conclusion :</b> .....	39
<b>Bibliographie</b> .....	
<b>Glossaire</b> .....	
<b>Annexes</b> .....	

## **Introduction :**

Pour le mémoire de fin d'étude, j'ai choisi comme thème l'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence type maladie d'Alzheimer. Les stages que j'ai effectués dans un Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (CSSR) gériatrique, en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) comprenant un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et en gériopsychiatrie m'ont fait prendre conscience que la personne âgée fait partie d'une population qui m'attire, avec laquelle je me sens à l'aise. Ils m'ont également permis de confirmer mon choix de population étudiée pour mon mémoire. Par ailleurs, la maladie d'Alzheimer est une pathologie qui m'intéresse et m'intrigue.

Le fait d'avoir effectué un stage dans un EHPAD comprenant une structure PASA m'a donné l'envie d'approfondir l'activité de ce pôle. En effet, j'ai pu me rendre compte que le PASA était un lieu où les personnes arrivaient à se canaliser grâce à la participation à une activité et que les troubles du comportement pouvaient être réduits pendant ces temps-là. Il permet aussi à la personne de garder un maximum d'autonomie et de préserver les capacités restantes.

J'ai donc décidé d'orienter mon mémoire sur la prise en soins des personnes souffrant de démence en institution (EHPAD). Je traiterai ainsi de la structure du PASA qui m'intéresse également par son approche pluridisciplinaire.

Ensuite, j'ai choisi de cibler un des problèmes qu'engendre la maladie d'Alzheimer qui est l'apathie. En effet, j'ai pu me rendre compte au cours de mon stage en EHPAD que beaucoup de personnes manifestaient ce symptôme. De plus, lors d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire, le terme « d'apathie » a fait débat entre les différents professionnels qui n'étaient pas d'accord sur sa signification. C'est pourquoi, il m'a semblé intéressant de définir précisément ce que ce terme signifie et de le situer dans le contexte du PASA.

J'ai cherché à faire un lien entre l'occupation, le PASA et l'ergothérapie. Le but étant de parler du travail qui peut se faire autour de la lutte contre l'apathie que l'on rencontre souvent en EHPAD par l'utilisation du PASA. Ma question de départ est donc la suivante : « *Quel est l'impact de l'utilisation du PASA en ergothérapie dans la lutte contre l'apathie ?* »

Pour répondre à cette question de départ, je rédigerai une partie sur ce qu'est la maladie d'Alzheimer et ses conséquences telle que l'apathie. Ensuite, je définirai le rôle de l'ergothérapeute et ses missions au sein d'un PASA. Je m'appuierai également sur un modèle conceptuel : le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

pour lier mon sujet de mémoire à la pratique en ergothérapie. Puis, je réaliserai une partie sur la méthode de recherche employée et les résultats obtenus.

## **I. Apathie et maladie d'Alzheimer :**

### 1. Contexte épidémiologique :

Aujourd'hui, les individus ont une espérance de vie bien supérieure qu'il y a quelques décennies et ce partout dans le monde. En 2050, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population mondiale devrait avoir pratiquement doublé par rapport à 2015, en passant de 900 millions à 2 milliards de personnes. Sur 7,5 milliards de personnes dans le monde à l'heure actuelle, 125 millions ont 80 ans et plus (OMS, 2018).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient un critère d'âge qui est de 65 ans et plus pour définir la personne âgée et la vieillesse. Autrement dit, cela correspond à l'âge type de la cessation d'activité professionnelle. Il est également important de noter que la vieillesse n'est pas uniquement due au vieillissement biologique. Le vieillissement psychologique est aussi important à prendre en compte : il peut concerner un départ à la retraite, le décès d'un proche ou encore la réinstallation dans un logement plus adapté.

Actuellement en France, les 65 ans et plus représentent 19,6% de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Les individus âgés de 75 ans et plus, quant à eux, représentent pratiquement un individu sur 10 et cela devrait aller en augmentant dans les années à venir (Insee, 2018). Cette augmentation entraîne par conséquent la prise en charge de plus en plus de personnes souffrant de dépendance due au vieillissement et aux pathologies associées. En effet, les problèmes de santé dus au vieillissement tels que les troubles auditifs, visuels, les lombalgies, les cervicalgies, l'arthrose, le diabète, les troubles de l'humeur ou les démences sont couramment observables chez les personnes âgées. De surcroît, plus la personne avance en âge, plus le risque de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé augmente (OMS, 2018).

En France, le vieillissement de la population est un enjeu de santé publique, l'augmentation de l'espérance de vie ayant induit l'apparition de maladies émergentes telle que la maladie d'Alzheimer.

Des études épidémiologiques ont permis de mettre en évidence la complexité de ces affections et d'identifier les éléments comme le niveau de développement du pays, l'âge et l'hygiène de



vie ayant une influence directe sur leur distribution. Il existe également plusieurs facteurs de risque qui sont : l'avancée en âge, les facteurs de susceptibilité génétique, les facteurs vasculaires et métaboliques, les habitudes de vie, l'alimentation mais aussi la dépression, les traumatismes cérébraux répétés, certaines expositions professionnelles et certains agents infectieux (Dufouil & Amouyel, 2015).

En 2017, dans le monde, 50 millions de personnes ont été estimées atteintes de démences, avec un nouveau cas diagnostiqué toutes les 3 secondes. Chaque année pratiquement 10 millions de nouveaux cas sont diagnostiqués. De ce fait, d'ici 2030, 82 millions de personnes seront touchées dans le monde et 152 millions en 2050 (Fondation Médéric Alzheimer, 2017 ; OMS, 2017).

La maladie d'Alzheimer représente 60 à 70% des démences ce qui fait d'elle la plus fréquente des maladies neurodégénératives. C'est aussi l'une des principales causes de handicap et de dépendance chez la population âgée et ce à travers le monde (OMS, 2017). Il s'agit d'une affection rare avant l'âge de 65 ans, sa fréquence étant inférieure à 2%. Après 65 ans, la fréquence passe de 2 à 4% de la population générale puis augmente exponentiellement à 15% à l'âge de 80 ans (Inserm, 2019).

Aujourd'hui, en France, ce sont 900 000 personnes qui sont concernées par cette pathologie avec 225 000 nouveaux cas chaque année ce qui correspond à un nouveau cas toutes les 3 minutes. Les femmes sont presque deux fois plus touchées que les hommes par cette maladie ce qui pourrait s'expliquer par les écarts d'espérance de vie entre l'homme et la femme. Ainsi, avec l'augmentation de l'espérance de vie, il devrait y avoir 1,3 millions de personnes concernées par cette maladie en 2020 (Inserm, 2019). Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique et de la 4<sup>ème</sup> cause de mortalité en France. Malheureusement à l'heure actuelle, encore un malade sur deux n'est pas diagnostiqué (France Alzheimer, s. d.).

Ces constats quantitativement importants ont donné lieu à la création de divers plans gouvernementaux tels que les plans Alzheimer 2001-2004, 2004-2007, 2008-2012 et le Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 (HAS, 2018). Après une succession de trois plans consacrés à la maladie Alzheimer ou d'autres plans dédiés à des pathologies particulières, le gouvernement français a décidé de regrouper plusieurs maladies « *dans une seule et même dynamique de progrès en matière de recherche, de soins et d'accompagnement* » (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014, p.7). Le Plan Maladies Neuro-Dégénératives (MND) est en quelque sorte le successeur du dernier plan Alzheimer 2008-2012. Il regroupe trois maladies neuro-dégénératives principales qui sont : la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et la Sclérose en Plaques (SEP).

Le terme de démence a été remplacé par trouble neurocognitif majeur dans le DSM-5 (HAS, 2018). La maladie d'Alzheimer qui est une maladie neurodégénérative peut par conséquent être à l'origine d'un trouble neurocognitif. Selon la HAS (2018, p.7) : « *Un trouble ou déclin cognitif correspond à une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, quel que soit le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité. Un trouble cognitif peut avoir une origine neurologique, psychiatrique, médicamenteuse...* ».

## 2. La maladie d'Alzheimer :

### 2.1. Définition :

La maladie d'Alzheimer a été identifiée pour la première fois en 1906 par le médecin psychiatre, neurologue et neuropathologiste allemand Aloïs Alzheimer. C'est lors de l'étude de cas d'une patiente souffrant de démence qu'il associa le déclin progressif des fonctions cognitives à la présence de plaques amyloïdes entre les neurones. Ces dernières seraient à l'origine de lésions cérébrales spécifiques (Fondation pour la Recherche sur Alzheimer, s. d.). C'est ensuite en 1910 qu'il nomma cette pathologie « Maladie d'Alzheimer » (France culture, 2016).

Il s'agit d'une maladie chronique et neurodégénérative qui se définit par une lente dégénérescence des neurones, qui débute au niveau de l'hippocampe et s'étend ensuite au reste du cerveau. Elle se caractérise par des troubles de la mémoire à court terme, des fonctions d'exécution et de l'orientation dans le temps et dans l'espace. C'est une pathologie d'évolution progressive qui apparaît généralement chez la personne âgée. Elle a un retentissement très important sur la vie de l'individu tant sur le plan cognitif, que psychique, physique, social et humain (Fondation Médéric Alzheimer, 2017 ; Inserm, 2019). Cette pathologie affecte donc la personne dans ses facultés cognitives et son autonomie entraînant ainsi, une dépendance physique et psychique importante. Mais, le développement de la connaissance des mécanismes de cette maladie et des facteurs de risque a permis et va continuer de permettre la mise en œuvre de nouvelles stratégies thérapeutiques qui s'avèrent très prometteuses (DGOS, 2015).

La maladie d'Alzheimer s'accompagne très souvent de troubles du comportement qui peuvent s'exprimer sous différentes formes (agitation, déambulation, apathie, troubles alimentaires...). Ces derniers sont souvent difficiles à gérer notamment par les familles qui sont amenées à faire institutionnaliser la personne touchée (Engasser, Bonnet, & Quaderi, 2015).

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2011) il s'agit de la principale cause de dépendance lourde de l'ainé et du principal motif d'entrée en institution. De plus, en raison du vieillissement progressif de la population, les maladies neurodégénératives et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer, représentent de nos jours une urgence sociale et sanitaire du fait des caractéristiques cliniques (déficience progressive, troubles cognitifs graves, troubles du comportement), des conséquences économiques (impact sur l'État providence), et des coûts humains des patients et de leurs soignants. Cette pathologie affecte la cognition, le comportement, l'autonomie personnelle et instrumentale de l'individu et réduit sa qualité de vie. L'étiologie de la maladie d'Alzheimer est encore mal définie, mais le vieillissement et les antécédents familiaux sont considérés comme les principaux facteurs de risque (Cammisuli, Danti, Bosinelli, & Cipriani, 2016).

Il existe plusieurs facteurs de risque dans la maladie d'Alzheimer dont le principal est **l'âge**. Comme nous avons pu le voir ci-dessus, à partir de 65 ans et après 80 ans les personnes sont beaucoup plus vulnérables à cette maladie. Or, il existe des facteurs individuels propres à chacun qui vont être plus ou moins favorables à l'apparition de cette affection. En effet, une personne ayant un ou plusieurs parents du premier degré concerné(s) aura plus de risques d'être touchée que quelqu'un qui n'a pas d'antécédents génétiques familiaux. **La génétique** est donc un autre facteur de risque à prendre en compte. Enfin, **l'environnement** physique, psychique et social peut lui aussi être responsable de l'apparition de la maladie d'Alzheimer, bien que les facteurs impliqués soient encore mal connus. La non prise en charge à temps de certaines maladies cardiovasculaires (diabète, hypertension...) peut favoriser la survenue de la maladie. De même, la sédentarité, les microtraumatismes crâniens et les anesthésies répétées peuvent constituer un autre facteur de risque non négligeable.

Par contre, d'autres éléments peuvent au contraire retarder l'apparition des premiers symptômes ainsi que leur sévérité. C'est le cas par exemple pour les personnes qui ont fait des études, qui ont eu un métier dynamique et stimulant ou encore qui ont eu une importante vie sociale (Inserm, 2019).

## 2.2. Les symptômes :

D'après La Fondation pour la Recherche sur Alzheimer (s. d.), la maladie d'Alzheimer est caractérisée par des symptômes cognitifs, des troubles affectifs et émotionnels et des troubles du comportement.

- **Les symptômes cognitifs** : La maladie d'Alzheimer entraîne généralement des troubles de la mémoire. Il s'agit d'ailleurs d'un des premiers symptômes qui apparaît et qui met « la puce à l'oreille ». En effet, la perte de la mémoire fait partie du motif de consultation le plus souvent rencontré avant l'annonce du diagnostic. Les personnes se plaignent de ne plus se souvenir des faits récents, il s'agit de la perte de la mémoire épisodique. Au contraire, la mémoire procédurale (mémoire des savoir-faire et des habiletés motrices) est celle qui se préserve le plus longtemps dans la maladie d'Alzheimer.

Parmi les symptômes cognitifs, il y a également les troubles du langage encore appelés aphasies qui correspondent à une perte partielle ou totale de la capacité à communiquer. Au début de la maladie ces troubles sont moindres puis, au fil de l'évolution, la personne peut devenir mutique. Les fonctions exécutives sont aussi touchées avec une diminution de l'attention, de la concentration et une difficulté croissante dans la réalisation de tâches complexes. Les praxies, les gestes du quotidien deviennent de plus en plus difficiles à réaliser. Enfin, un autre trouble peut apparaître, celui de la non reconnaissance des objets appelé agnosie. La personne est incapable de reconnaître un objet avec l'utilisation d'un de ses cinq sens. Il peut également s'agir d'une non reconnaissance des visages, qui se nomme prosopagnosie.

- **Les troubles affectifs et émotionnels** : Ils peuvent se manifester par de l'anxiété, de l'apathie, de l'irritabilité, de l'euphorie ou encore de la dépression. Nous parlerons dans ce cas de symptômes négatifs.

- **Les troubles du comportement** : Dans la maladie d'Alzheimer, le patient peut faire preuve d'agitation ou d'agressivité, il s'agit d'un comportement qui survient souvent brutalement en réponse à un événement déclencheur. Des troubles du Comportement Moteur Aberrant (CMA) peuvent se manifester par des actions effectuées de façon répétitive et excessive par la personne. Cette dernière est également souvent amenée à déambuler sans but apparent. Des troubles du sommeil ou encore des troubles de l'appétit peuvent aussi survenir chez une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Un autre comportement, qui est souvent difficile à accepter par les proches, est la désinhibition, la personne n'ayant plus de limite ou de pudeur comme généralement admis dans la vie en société. Elle est amenée à avoir des comportements inhabituels et une absence de retenue verbale et physique (impolitesse, discours grossier avec des inconnus, déshabillage en public...).

Enfin, les troubles du comportement peuvent également apparaître sous la forme d'idées délirantes ou encore d'hallucinations. A l'inverse des troubles affectifs et émotionnels, nous parlerons ici plutôt de symptômes positifs (Fondation pour la Recherche sur Alzheimer, s. d.).

### 2.3. Le diagnostic et la prise en soins :

Il est recommandé de faire le diagnostic de la maladie d'Alzheimer dès l'apparition des premiers symptômes afin de mieux collaborer avec la personne et d'obtenir son consentement sur son parcours de soins avant que les troubles cognitifs ne soient trop importants. Cela permet aussi de proposer une prise en soins et un accompagnement adaptés dans le but de maintenir un certain niveau d'autonomie et d'indépendance (HAS, 2018). De plus, un diagnostic précis et précoce donne accès par la suite à un meilleur accompagnement et une meilleure prise en soins du patient.

Le véritable diagnostic est réalisé uniquement par un médecin spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) qui se doit d'annoncer le diagnostic au patient. L'annonce doit être faite dans des conditions optimales et dans le plus grand respect de la personne. Cette dernière peut choisir la personne avec qui elle a envie de partager ce diagnostic (HAS, 2011).

Face à cette pathologie, une prise en charge médicamenteuse et une prise en charge non médicamenteuse sont possibles.

Les traitements pharmacologiques peuvent agir sur la maladie notamment en diminuant certains symptômes mais il a été démontré que ces derniers avaient peu d'effets bénéfiques. En effet, ils entraînent d'importants effets secondaires et iatrogènes. Il est donc préférable de privilégier un traitement non médicamenteux tel que les activités thérapeutiques par exemple (Engasser et al., 2015). De plus, pour l'heure, il n'existe aucun traitement curatif pour le syndrome démentiel ni pour la maladie d'Alzheimer. De ce fait, il est primordial d'accompagner le patient et ses proches tant médicalement que psychologiquement et socialement dès le début, c'est-à-dire à partir de l'annonce du diagnostic jusqu'à la fin de vie.

En revanche, des interventions non médicamenteuses diverses et variées existent. Il s'agit pour la plupart de prises en soins basées sur différentes approches thérapeutiques. L'ergothérapeute fait partie des professionnels utilisant ces approches et des études ont prouvé leurs bénéfices sur la qualité de vie de la personne et de son entourage (France Alzheimer, s. d.). Elles permettent notamment de diminuer la fréquence et l'intensité des troubles du comportement qui surviennent lors de l'évolution de la maladie (HAS, 2011).

En effet, des recherches antérieures ont montré que le recours à des médiations sensorielles telles que la cuisine, le chant, les odeurs, la musique... augmentent la qualité de vie et réduisent les troubles du comportement. De plus, un environnement sensoriel adapté (ex : Snoezelen)

permet de diminuer l'intensité des troubles du comportement et d'améliorer le bien-être du patient à court terme.

Les effets à long terme des stimulations sensorielles sont : une diminution du désengagement social et de l'apathie, plus de rappel de souvenirs, l'élaboration de plus de phrases complètes et un discours plus spontané (Engasser et al., 2015).

Les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD manifestent plusieurs symptômes tels que des troubles du comportement mais également des troubles affectifs et émotionnels comme l'apathie.

### 3. L'apathie :

#### 3.1. Définition :

L'apathie vient du grec "apatheia", dérivé d'apathes, "a" (sans) et "pathos" (passion, sentiment) qui peut à la fois se traduire par une « *absence de passion* » et une « *insensibilité émotionnelle* » (Chanachev & Berney, 2010 ; Cipriani, Lucetti, Danti, & Nuti, 2014). L'apathie est définie comme un déficit persistant acquis de la motivation qui peut être rapporté par le sujet lui-même ou par son l'entourage. Ce comportement diffère de celui que la personne manifestait avant la maladie mais non de façon volontaire.

Ce terme a été défini et mis en valeur en 1990 par les travaux de Robert Marin, un psychiatre de l'université de Pittsburgh aux Etats-Unis. Il définit l'apathie comme « *un syndrome clinique caractérisé par une réduction des comportements intentionnels en rapport avec un défaut de motivation* » (Marin, 1991). Il s'agit d'un syndrome encore méconnu qui touche plus de 70% des personnes atteintes de démence et qui est associé à une déficience fonctionnelle et à une détresse des proches aidants à tous les niveaux de gravité de la maladie (Cipriani et al., 2014).

Par ailleurs, il faut savoir que la prévalence de l'apathie n'est pas la même selon le type de pathologie et son stade. Pour la maladie d'Alzheimer, elle est en moyenne de 60%. La HAS (2014, p.9) souligne que « *La prévalence de l'apathie chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer varie beaucoup en fonction du stade de la maladie et des outils utilisés pour son diagnostic.* »

Selon la revue de la littérature d'Ishii et al., publiée en 2009, elle peut ainsi atteindre des extrêmes de 32,1 à 93,2% en utilisant l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) comme outil diagnostique, et des extrêmes de 24 à 86% en utilisant d'autres outils tels que l'Inventaire de l'Apathie (IA), l'échelle apathie ou autres.

Il existe trois composantes dans l'apathie qui sont : des manifestations comportementales (diminution des comportements volontaires dirigés vers un but), cognitives et émotionnelles (HAS, 2014). Il y a également trois dimensions de l'apathie qui sont : l'émoussement affectif, la perte d'intérêt et la perte d'initiative (Leone, Deudon, & Robert, 2012).

L'apathie est un syndrome de démotivation courant dans les maladies neurodégénératives et est fondamentalement multidimensionnelle. Elle est basée sur une structure triadique d'apathie initiative, exécutive et émotionnelle (Radakovic & Abrahams, 2018). Bien souvent, l'apathie est liée à diverses pathologies telles que les affections neurologiques (Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées...), les affections psychiatriques (épisodes dépressifs majeurs...), ou encore les affections générales (hypothyroïdie, insuffisance cardiaque, cancer...) (HAS, 2014).

Par ailleurs, il est important de noter que dans l'apathie il y a un mécanisme intrinsèque qui est lié à la maladie, mais aussi un mécanisme extrinsèque très important qui comprend l'environnement, le contexte, l'institution... L'apathie est très souvent aggravée par le cadre de vie, c'est-à-dire l'institution de l'EHPAD avec l'environnement physique et humain qu'il propose. La personne perd ses repères et est amenée à faire le deuil de sa vie d'avant.

### 3.2. L'apathie dans la maladie d'Alzheimer :

L'apathie se manifeste souvent par une perte de motivation et d'initiative. Elle se traduit également par un sentiment d'indifférence, l'absence d'émotions et d'ambitions. L'apathie c'est également une sorte de désengagement dans l'activité, une démotivation et une somnolence pathologique. La personne est passive et ne semble pas avoir d'attrait pour l'activité proposée même si celle-ci était signifiante pour elle avant la maladie. Elle est capable de rester des heures assise dans un fauteuil sans ne rien faire ni ne rien dire. Nous parlons également de syndrome de glissement. Il s'agit d'une dégradation rapide de l'état général où le sujet refuse de s'alimenter, de communiquer et de se mouvoir (Vulgaris Médical, s. d.).

Le concept d'apathie est souvent confondu avec celui de la passivité. Or, contrairement à la passivité, l'apathie est un concept plus défini et axé sur les limitations de motivation associées à des déficits neuroanatomiques spécifiques de l'individu. Les patients apathiques ont tendance à avoir du mal à entreprendre une tâche ou réagissent peu aux mécanismes de récompense courants. A l'inverse, les personnes souffrant de passivité semblent retirés des autres et de l'environnement (Gilmore-Bykovskiy, Block, Johnson, & Goris, 2018).

Les symptômes de l'apathie sont fréquemment interprétés comme une dépression, alors qu'en réalité, cela est plutôt dû à un mélange d'émoussement affectif et d'incontinence émotionnelle (Fondation pour la Recherche sur Alzheimer, s. d.). Contrairement à un sujet dépressif, le sujet présentant un comportement apathique peut répondre favorablement à une stimulation et prendre du plaisir lors d'une activité. Mais, l'apathie est malheureusement très souvent confondue avec l'humeur dépressive.

De ce fait, on constate aujourd'hui un manque de prise en compte de ce syndrome ainsi qu'une méconnaissance de sa prise en charge. Il est souvent laissé de côté car il est considéré comme peu perturbant et dérangeant pour les équipes soignantes et les autres résidents. Au final, l'apathie ne semble pas être considérée comme en lien avec la pathologie.

Leone et al., (2012, p.117) dénonce dans un article : « *Il est donc nécessaire d'en redéfinir clairement les causes, les manifestations, les implications et les prises en charge possibles.* »

Voici quelques éléments cliniques permettant de différencier l'apathie de la dépression selon Guillemaud, Faucounau, Greffard, & Verny (2013) :

<b>Apathie</b>	<b>Dépression</b>
Contexte de troubles cognitifs	Antécédents de troubles psychiatriques, facteur déclenchant
Réduction des expressions affectives	Symptômes dépressifs : humeur dépressive et/ou perte d'intérêt ou de plaisir et/ou énergie diminuée
Réduction de la recherche du plaisir	Dévalorisation, sentiment de désespoir
Indifférence	Troubles attentionnels/mémoire amélioré par le traitement
Apragmatisme	Ralentissement psychomoteur ou agitation
Absence de plainte de la part du patient	Troubles du sommeil et/ou de l'appétit
	Symptômes anxieux



L'apathie reflète un syndrome de perte de motivation primaire se traduisant par une réduction des comportements orientés vers un objectif, tandis que la dépression reflète un trouble de l'humeur primaire (Cipriani et al., 2014).

### 3.3. Le diagnostic et la prise en soins :

Plusieurs tableaux de critères diagnostiques du syndrome d'apathie ont été établis et révisés à partir de celui de Marin qui englobe une dimension comportementale, cognitive et affective (cf. Annexe I).

En 2000, Starkstein propose une nouvelle version en reformulant certains critères et en ajoutant que la présence des symptômes doit être constante depuis au moins un mois. Puis, en 2010 Robert et al., proposent une autre version plus spécifique de ce syndrome dans le vieillissement normal et pathologique, tout en prenant en compte les handicaps liés à l'âge et en conservant l'aspect motivationnel de l'apathie (Jacus, Dupont, Bonnoron, Pelix, & Large, 2012).

Il est cependant difficile d'établir le diagnostic différentiel entre le syndrome apathique et le syndrome dépressif car ces derniers possèdent des symptômes communs mais aussi spécifiques. Pourtant, l'apathie existe réellement et n'est pas toujours associée à une dépression. Les aires cérébrales touchées par ces syndromes sont voisines mais distinctes (Postec, 2013). Les critères diagnostiques de l'apathie ont été initialement proposés par Robert Marin. Le manque de motivation des personnes apathiques est mis en évidence par une diminution du comportement, de la cognition et de l'émotion orientés vers un objectif par rapport au fonctionnement antérieur de la personne. Mais, cela est non imputable à une déficience intellectuelle, ni à une détresse émotionnelle ou une diminution de la conscience. Ces critères ont ensuite été adaptés au fil du temps. Des modifications récentes suggèrent que la diminution de la motivation doit être présente la plupart du temps pendant au moins quatre semaines et qu'un minimum d'un symptôme doit être évident dans deux des domaines comportementaux, cognitifs et émotionnels. En outre, les symptômes devraient entraîner une déficience fonctionnelle cliniquement significative et ne pas être attribués à des incapacités physiques ou motrices ni aux effets physiologiques directs d'une substance (Brodsky & Burns, 2012).

Un certain nombre d'échelles globales et spécifiques aux symptômes ont été développées pour évaluer la présence de symptômes neuropsychiatriques, y compris des

mesures d'apathie unidimensionnelle telles que **l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI)**, **l'échelle d'évaluation de l'apathie (AES)**, l'entretien et l'échelle de cotation de l'apathie pour la démence et l'entretien clinique structuré pour l'apathie. Il existe aussi des échelles multidimensionnelles mesurant les aspects cognitifs, comportementaux, affectifs ou sociaux de l'apathie comme **l'Inventaire de l'Apathie (IA)**, **l'échelle d'évaluation de l'apathie de Lille (LARS)** et **l'Echelle d'Appréciation de la Démotivation (EAD)** (Nobis & Husain, 2018). Plus précisément, **l'Apathy Evaluation Scale (AES)** a été élaborée par Marin et al., et permet de coter l'intensité de l'apathie du patient. **L'Apathy Inventory (AI)** permet d'évaluer les trois composantes de l'apathie (émoussement affectif, perte d'initiative et perte d'intérêt). **L'Echelle d'Appréciation de la Démotivation (EAD)** permet quant à elle d'évaluer la présence de démotivation chez une personne âgée atteinte de démence ou non (Postec, 2013).

Ainsi, avant toute prise en soins, il est important de considérer le trouble principal de la personne souffrant d'apathie. Ici aussi, deux types de prises en charge sont possibles : médicamenteuse et non médicamenteuse.

Des études ont prouvé que des interventions non médicamenteuses dans le traitement du syndrome apathique telles que des activités cognitives, multisensorielles, centrées sur les activités de la vie quotidienne ou encore la musicothérapie ont un effet sensible (Chanachev & Berney, 2010). De plus, les résultats d'un essai contrôlé randomisé ont montré que les visites hebdomadaires de thérapeutes dans les EHPAD pourraient stabiliser la gravité de l'apathie des personnes souffrant de démence (Treusch et al., 2014). Un autre article démontre à travers son étude qu'une intervention en ergothérapie structurée, non pharmacologique et à court terme est beaucoup plus bénéfique que des activités non structurées pour réduire l'apathie des personnes atteintes de démence à un stade léger ou modéré (Ferrero-Arias et al., 2011).

Malheureusement, à l'heure actuelle, l'apathie reste un syndrome peu pris en compte par les équipes soignantes et donc peu d'études et de recherches sur les types de prises en charge existent. Il y a également peu d'essais contrôlés randomisés portant sur les traitements pharmacologiques ou non pharmacologiques de l'apathie dans la démence. De ce fait, une meilleure compréhension de l'apathie permettra d'améliorer son identification, de proposer une intervention et un traitement adaptés face à ce syndrome à la fois omniprésent et pernicieux (Cipriani et al., 2014).

Il ne faut donc pas négliger l'apathie car si elle n'est pas traitée elle s'aggrave. Elle mérite d'être mieux prise en compte puisqu'il s'agit du symptôme neuropsychiatrique le plus courant chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (Nobis & Husain, 2018).

L'apathie est un syndrome pouvant résulter de plusieurs facteurs et dont les degrés d'intensité vont être différents d'une personne à l'autre. Il est primordial d'apporter des solutions et/ou des aides aux personnes touchées. Parmi les professionnels de santé qui interviennent auprès du patient, l'ergothérapeute peut proposer une prise en soins non médicamenteuse centrée sur l'occupation et visant le maintien de l'autonomie et l'amélioration de l'engagement.

## **II. L'ergothérapie :**

### **1. Définition :**

D'après le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP, s. d.) et l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2017) : « ***L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'objectif de l'ergothérapie (occupational therapy) est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute (occupational therapist) est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.*** »

Autrement dit, l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui prend en compte la personne dans sa globalité c'est-à-dire qu'il considère les habitudes de vie de cette dernière ainsi que son environnement. Il permet aux personnes souffrant de déficiences de développer leurs capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne qui sont importantes pour elles. Il peut exercer sous couvert d'une prescription médicale dans plusieurs types de structures et aussi bien auprès des enfants que des personnes âgées, en structure comme en libéral...(ANFE, 2017).

Dans ce travail, nous nous intéresserons à la structure du PASA ainsi qu'aux bienfaits qui en découlent.

## 2. Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) :

Face à l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer, les institutions telles que les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), se sont vues confrontées à l'entrée d'un nombre considérable de résidents présentant cette pathologie accompagnée de troubles du comportement sans pour autant avoir une structure adaptée et du personnel qualifié pour cette population. Les pouvoirs publics ont alors étudié la situation dans le but d'élaborer des dispositifs d'accompagnement spécifiques à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées. Par exemple, le PASA en est un parmi d'autres et propose une prise en soins adaptée pour ces résidents grâce à un environnement aménagé et du personnel formé.

### 2.1. Définition du PASA :

Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) sont des structures ayant pour but de répondre aux besoins des résidents souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée et présentant des troubles du comportement à un stade modéré (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2008). Ces structures ont été créées au sein d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), dans le cadre de la mesure n°16 du Plan Alzheimer 2008-2012 (Direction générale de l'action sociale, 2009 ; Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et des sports., 2009). Ce que l'on appelle aujourd'hui EHPAD, ce sont des structures médicalisées recevant des personnes âgées qui nécessitent des soins et de l'aide dans les actes de la vie quotidienne, autrefois appelées « maison de retraite » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2015). Ils accueillent des personnes qui ont plus de 60 ans et qui sont dépendantes, cela signifie qu'elles sont en perte d'autonomie aussi bien physique que psychique (Service Public, 2017).

Le terme de PASA est spécifiquement Français, ces structures n'existent pas dans les autres pays ou pas sous le même nom. La capacité d'accueil est en moyenne de 12 à 14 personnes maximum sur une journée. Les résidents de l'EHPAD ayant été diagnostiqués

atteints de la maladie d'Alzheimer ou présentant des troubles du comportement modérés et en capacité de se déplacer peuvent être accueillis en journée de 10h à 16h par exemple au PASA. Conçue sur le modèle d'une maison individuelle, cette structure permet de veiller au maintien ou à la restauration de l'autonomie des résidents au travers d'activités de la vie quotidienne organisées par une équipe de professionnels spécifiques. Ces derniers se doivent d'être formés aux techniques d'observation et d'analyse des comportements, de communication et d'approches non-médicamenteuses auprès de ces résidents. Il est préférable également d'être en tenue civile plutôt qu'en blouse blanche pour sortir du contexte de soins.

Les activités proposées sont thérapeutiques ou occupationnelles et doivent permettre à la personne de maintenir ses capacités tant sociales, physiques, que psychiques. De plus, il faut qu'elles aient un sens, un intérêt afin que l'individu retrouve un sentiment d'identité, d'utilité et de contrôle sur sa vie (Tonna, 2017).

Cet espace doit être distingué de l'espace de vie habituel des résidents et comme cela est noté dans le cahier des charges des PASA, le personnel intervenant doit y être clairement identifié par un ergothérapeute et/ou un psychomotricien, un Assistant de Soins en Gériatrie (ASG), et une psychologue pour l'accompagnement des résidents, du personnel et des aidants (Direction générale de l'action sociale, 2009).

Souvent, les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer sentent que leur vie change et que tout s'effondre autour d'elles ce qui les amènent à lâcher prise. C'est pourquoi, le rôle d'un PASA est de proposer des activités signifiantes pour la personne et significatives qui lui redonne un certain sentiment d'efficacité personnelle. Le fait d'accomplir des activités qui ont du sens pour elle et de les réaliser de façon appropriée peut redonner confiance à la personne et en ses capacités (Avinen et al., 2017).

De plus, dans leur article Avinen et al., (2017, p.40) mentionnent que « *la mise en place du PASA a facilité aux familles l'acceptation et la compréhension de la maladie d'Alzheimer et des maladies afférentes.* » En effet, les familles se rendent compte du changement de comportement de leurs parents et des bénéfices que le PASA apporte. Par ailleurs, le fait d'être en groupe restreint permet d'avoir un suivi et d'être au plus près du résident et de ses proches. Le cadre du PASA et le côté contenant et bienveillant qu'offre ce lieu permettent également aux résidents de se sentir en confiance, ce qui contribue à réduire leur taux d'anxiété et l'intensité des troubles du comportement (Desvilles & Mathon, 2017).

## 2.2. Les critères d'inclusion en PASA :

L'accueil au sein du PASA est proposé aux résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Le résident doit être volontaire pour y participer et avoir reçu auparavant l'aval du médecin coordonnateur. Par ailleurs, une évaluation pluridisciplinaire permet de déterminer les résidents bénéficiaires. De plus, une échelle internationale validée permet d'évaluer au préalable les troubles du comportement de la personne. Il s'agit de l'Inventaire NeuroPsychiatrique - version Equipe Soignante (NPI-ES). Cette échelle a pour fonction de recueillir des informations sur la présence et l'intensité de troubles du comportement chez des personnes démentes en institution. Cette évaluation est réalisée par l'un ou plusieurs des membres de l'équipe soignante impliqué(s) dans la prise en soins du résident. L'échelle NPI-ES se compose de dix domaines comportementaux et deux variables neurovégétatives. Pour chaque item, le trouble du comportement est jugé selon un score correspondant au produit de la fréquence et de la gravité de ce trouble. Le score de cette échelle doit être supérieur à trois, dans au moins un des dix items comportementaux, et l'importance du retentissement dans la vie quotidienne doit être entre 2 et 4, pour que la personne soit intégrée au sein d'un PASA (Saettel, 2011).

La prise en charge de ces personnes au sein des PASA permet de réduire de 20% ces troubles du comportement ainsi que l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2008).

Comme nous avons pu le voir précédemment l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui peut intervenir au sein de cette structure et proposer des interventions non pharmacologiques basées sur les occupations.

## 3. L'ergothérapie au sein du PASA :

### 3.1. Le rôle de l'ergothérapeute en PASA :

L'ergothérapeute peut exercer sous couvert d'une prescription médicale dans plusieurs types de structures. Ainsi, certains lieux d'exercice de l'ergothérapeute sont spécialisés dans l'accueil de personnes âgées. L'espérance de vie croissante ouvre des possibilités pour les personnes âgées, pour leur famille mais aussi pour la société en général. C'est l'occasion

d'expérimenter de nouvelles activités, néanmoins, ces possibilités sont tributaires du facteur santé (OMS, 2018).

L'ergothérapeute confronté à cette population lors de sa carrière aura un rôle concernant la prise en soins des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer chez les personnes âgées à domicile ou en institution (cf. Annexe II).

L'ergothérapeute en PASA propose différentes activités et suit un programme d'activités établi par l'équipe à la semaine. Cependant, il est susceptible de changer suivant l'humeur et la motivation du groupe de résidents. Les activités sollicitant la sphère cognitive sont réalisées principalement le matin car il s'agit de la période la plus propice. L'après-midi les activités sensorielles et de bien-être sont privilégiées.

Les différents ateliers proposés peuvent être la réalisation des tâches de la vie quotidienne (mettre la table, essuyer la vaisselle...) ou bien des activités plus ludiques (jardinage, cuisine, ateliers créatifs, mobilisation corporelle, chants...) (ANESM, 2017).

Cependant, le nombre important de personnes accueillies permet peu d'accompagnement individuel, un seul thérapeute ne peut qu'animer le groupe. Lorsque qu'il y a deux ou plusieurs thérapeutes, il y a la possibilité de scinder le groupe en deux pour privilégier le travail en petit groupe de 5 à 7 personnes.

L'ergothérapeute, tout comme les autres membres de l'équipe PASA, se doit à chaque fin de journée de retracer par écrit les points importants : satisfaction du résident face à l'activité, sa participation, sa réceptivité, et l'évolution de son comportement au cours de la journée. C'est à ce moment-là qu'un échange oral peut avoir lieu avec l'infirmière sur un problème particulier, par exemple des douleurs, problèmes somatiques, nausées, etc.

De plus, la participation aux réunions mensuelles de l'unité de vie permet un lien et une cohérence de prise en charge entre le PASA et le milieu de vie du résident. Les informations y sont précieuses pour aider l'ensemble des intervenants auprès du résident à comprendre son fonctionnement et à avoir une réponse adaptée à lui proposer.

### 3.2. Lutter contre l'apathie au sein du PASA :

Tout d'abord et si cela est possible, il est important d'établir au préalable un recueil de données sur l'histoire de vie de la personne et sa personnalité afin d'identifier son profil.

En proposant des activités occupationnelles et thérapeutiques au sein du PASA, l'ergothérapeute peut aider à favoriser l'engagement occupationnel de la personne. Il faut arriver à trouver une activité signifiante pour la personne c'est-à-dire une activité qu'elle avait l'habitude de faire, qui lui donnait une place, un rôle dans la famille ou la société par exemple. Cette dernière doit permettre à la personne de dégager une émotion ou un sentiment.

La médiation est par exemple un moyen permettant de redonner à la personne le sentiment d'être un individu à part entière et qui peut faire des choix. Le fait d'écouter et de témoigner un intérêt à la personne peut lui donner envie de se réengager.

Par ailleurs, la dynamique de groupe entre en jeu. En effet, la notion de groupe chez la personne apathique peut être une ressource car grâce aux interactions entre les membres du groupe, celle-ci peut retrouver une identité et sortir de cette apathie en s'accrochant à quelque chose qui a du sens pour elle. La présence permanente d'un même soignant est un autre point important qui permet à la personne de se sentir en confiance au sein de cette structure. Reconnaître le soignant physiquement ou par sa voix permet d'établir une relation de confiance. De plus, la fréquence des activités sur le PASA est également un facteur important à prendre en compte car c'est dans la temporalité que se situe la lutte contre l'apathie.

L'environnement se doit d'être facilitateur et les exigences demandées par l'activité doivent être d'un niveau adapté. L'expérience vécue sur cette journée doit être positive afin que les résidents aient envie de la revivre et ne soient pas mis en situation d'échec.

Une étude a révélé que les patients atteints de démence et de troubles du comportement admis dans des unités de soins spécialisées Alzheimer avaient des caractéristiques cliniques et fonctionnelles différentes de ceux accueillis en établissements d'hébergements traditionnels. Les unités spécialisées permettent l'amélioration des troubles du comportement et la réduction de l'utilisation d'antipsychotiques et de contraintes physiques. De plus, la présence d'un personnel qualifié et d'un environnement social adapté dans ces unités pourrait expliquer les effets positifs relevés dans cette étude. A l'heure actuelle, devant l'absence de traitement pharmacologique efficace pour soigner la maladie d'Alzheimer, il est important de développer des structures et des stratégies non pharmacologiques adaptées à cette population (Nobili et al., 2008).

Il existe des modèles dits conceptuels en ergothérapie sur lesquels les ergothérapeutes peuvent se baser dans leur pratique professionnelle. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) en fait partie.



#### 4. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) :

Pour faire le lien entre mon sujet de mémoire et l'ergothérapie, j'ai choisi de m'appuyer sur un des modèles conceptuels en ergothérapie. Selon le livre de Marie-Chantal Morel-Bracq (2017, p.2), un modèle conceptuel est « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique.* »

J'ai privilégié le **Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)** car ce dernier traite particulièrement de l'engagement occupationnel et cherche à l'améliorer. En effet, le but de ce modèle est d'améliorer l'engagement dans les occupations et le fait de lutter contre l'apathie signifie en d'autres termes lutter contre le désengagement. L'occupation étant le principal domaine de préoccupation de l'ergothérapie.

Le MCREO a été élaboré en 1991 par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE). Ce modèle est fondé sur les travaux de Mary Reilly et propose « *une approche centrée sur la personne dans le but d'établir des objectifs de traitement et évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçues lors d'un traitement en réadaptation* » (Morel-Bracq, 2017, p.196).

Ces approches dites « client-centré » visent la promotion de l'occupation chez le client au sens large du terme. La relation entre le client et le professionnel est particulière. En effet, le but de cette relation est de faciliter le changement individuel et social, par le biais de l'occupation, dans l'engagement occupationnel et les structures sociales qui influencent la participation du client à la vie de tous les jours. Il paraît essentiel de laisser le pouvoir de décision aux patients quant à ses priorités et ses attentes vis-à-vis du programme de soins.

Le MCREO est un modèle qui prend en compte la **personne, l'environnement et l'occupation** dans les domaines d'activités suivants : les soins personnels, les loisirs, la productivité et le repos. Dans le schéma du modèle, la personne est représentée par trois composantes (dimensions affective, cognitive et physique) avec en son cœur la spiritualité. Elle est intégrée dans son environnement (contexte culturel, institutionnel, physique ou social). L'occupation quant à elle est comme une « passerelle » qui relie la personne et l'environnement (cf. Annexe III).

Ce modèle privilégie donc une approche centrée sur la personne et les occupations. C'est une forme d'habilitation à l'engagement occupationnel. De plus, il donne un cadre dans la démarche d'intervention.

D'après le livre « *L'action contre l'inertie* » de Krupa, Edgelow, Chen, Mieras, & Collectif, (2011, p.3), il s'agit d'un cadre de référence conceptuel qui :

- Place l'occupation directement au centre des préoccupations ;
- Considère l'occupation comme fondamentale à la santé et au bien-être de la personne ;
- Définit l'occupation en tant qu'interaction dynamique entre les individus, leurs environnements et leurs occupations ; et
- Explique les déterminants spirituels, personnels et environnementaux de l'occupation.

Par ailleurs, le MCREO a pour avantage de porter un intérêt au ressenti de la personne sur ses occupations en plus des aspects touchant au rendement occupationnel. Il fournit un cadre de référence qui permet de mettre en évidence le fait que les conséquences de la maladie peuvent perturber les processus motivationnels fondamentaux d'une personne et, par conséquent, avoir un impact sur le lien émotionnel avec l'occupation (Krupa et al., 2011).

Comme son nom l'indique, le MCREO prend en compte le rendement et l'engagement occupationnels. Townsend & Polatajko, (2013) définissent le **rendement occupationnel** comme étant « *la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction* ». L'**engagement occupationnel** quant à lui représente « *ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou devenir occupés* » (Townsend & Polatajko, 2013). L'**engagement dans l'activité** est défini par Kielhofner, (2002) comme « *une **adaptation** dynamique liée aux interactions entre la personne, ses motivations, son style de vie, ses capacités et son environnement* ».

En ergothérapie, l'engagement de la personne est en permanence recherché au travers des différentes activités proposées. Plus particulièrement, les ergothérapeutes travaillant en PASA doivent souvent faire face à des personnes présentant une diminution voire une perte totale de la motivation et de la volonté à participer aux différentes activités. C'est ce que nous appelons le désengagement occupationnel. Ce dernier est souvent lié à la pathologie dont souffre la personne.

Le désengagement occupationnel et l'exclusion sociale des individus présentant des troubles du comportement peuvent résulter de plusieurs facteurs à savoir :

- L'évolution de la maladie et les symptômes associés tels que les troubles affectifs et émotionnels (ex : apathie).

- Le retentissement de la maladie sur la vie de la personne (ex : acceptation, estime de soi, niveau de conscience).
- L'absence ou le manque de liens sociaux et de soutien favorisant la participation à des activités (ex : stigmatisation et discrimination).
- La méconnaissance et le manque de prise en compte de certaines pathologies dans les institutions (ex : manque de moyens, pas assez de stimulation par l'activité). (Krupa et al., 2011).

Ainsi, il existe plusieurs freins et facilitateurs à la motivation et donc à l'engagement de la personne. Hormis les troubles résultant de la pathologie, l'organisation institutionnelle et son environnement peuvent contribuer à la variation du niveau d'engagement des individus. L'alliance thérapeutique instaurée entre le patient et le thérapeute est également essentielle dans tout accompagnement.

Nous avons vu que l'apathie est un syndrome pouvant résulter de la maladie d'Alzheimer et engendrant une diminution de l'investissement de la part de la personne.

En lien avec le MCREO, les domaines d'intervention de l'ergothérapeute se situent dans l'interaction entre d'une part la personne, son environnement et ses occupations. Pour être capable de réaliser ses aspirations, de combler ses besoins et de changer ou faire face à son environnement, une personne doit avoir une occupation. En tant qu'ergothérapeute, nous nous préoccupons de la participation des patients à leurs occupations significatives et significantes (Morel-Bracq, 2017).

La personne apathique n'étant plus aussi engagée dans ses centres d'intérêts habituels, l'ergothérapeute doit rechercher les moyens permettant à celle-ci de s'impliquer dans l'occupation et du coup de s'engager. Le but de l'ergothérapeute est d'essayer de retrouver cette notion d'engagement, de plaisir et de permettre à la personne de s'engager dans la vie de tous les jours par le biais d'occupations. Les activités proposées se doivent d'être d'un niveau adapté aux capacités de la personne afin que celle-ci ait envie de s'impliquer.

Pour lutter contre l'apathie que l'on rencontre fréquemment en institution chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'ergothérapeute travaillant en PASA peut organiser sa démarche d'intervention en s'appuyant sur le cadre de référence que propose le MCREO. En effet, ce dernier privilégie une approche centrée sur la personne visant à améliorer la motivation de celle-ci et donc son engagement. Il va pouvoir proposer des activités thérapeutiques et

occupationnelles en adéquation avec les capacités des résidents accueillis sur le PASA, le tout dans un environnement adapté. La relation entre l'occupation (activité signifiante ou significative) et l'environnement est nécessaire pour favoriser la participation. Le MCREO semble donc être un outil adapté dans la lutte contre l'apathie puisqu'il cherche à favoriser l'engagement de la personne par le biais d'occupations. De plus, il s'agit d'un support prenant en compte toutes les dimensions relatives à la personne et à son environnement.

Le rôle de l'ergothérapeute va être de démontrer que le rendement et l'engagement occupationnels définis par le MCREO peuvent être améliorés chez les personnes apathiques grâce à une approche centrée sur la personne et sur les occupations au sein d'un PASA.

La lutte contre l'apathie chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution nécessite d'être prise en compte de façon non négligeable par les professionnels de santé. Les ergothérapeutes ont totalement leur place dans cette démarche d'intervention notamment au sein des PASA qui sont des structures adaptées pour ce type de population. En fonction des individus et de leurs troubles, plusieurs moyens thérapeutiques et non pharmacologiques peuvent être utilisés pour réduire le niveau d'apathie et améliorer l'engagement occupationnel.

Suite à mes recherches dans la littérature et aux différents éléments recueillis je me suis posée les questions suivantes : *Quelles sont les actions déjà proposées dans le cadre institutionnel pour lutter contre l'apathie ? L'utilisation d'une approche centrée sur l'occupation en ergothérapie au sein d'un PASA peut-elle devenir un vecteur d'engagement chez la personne âgée ayant une maladie d'Alzheimer et donc diminuer son apathie ?*

L'ensemble de ces questionnements m'ont permis d'élaborer la question de recherche qui est la suivante : *En quoi l'utilisation d'une approche centrée sur l'occupation dans le cadre du PASA chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer serait un moyen de lutter contre l'apathie qui s'installe en institution et favoriserait l'engagement occupationnel ?*

Afin d'avoir une idée des actions mises en place sur le terrain dans la lutte contre l'apathie, je propose d'interroger des ergothérapeutes travaillant auprès de cette population en PASA.

### **III. Méthodologie de recherche exploratoire :**

Mon sujet de mémoire m'a amenée à utiliser une stratégie de recherche de type **qualitatif** avec un raisonnement inductif/abductif et donc une question de recherche.

Afin de répondre à cette dernière, j'ai décidé de réaliser des entretiens auprès d'ergothérapeutes travaillant en PASA.

#### 1. Choix de la population :

Dans le cadre de la loi Jardé, il n'est pas possible d'interroger des patients pour notre mémoire. Je me suis donc centrée sur des professionnels de santé d'autant plus que le sujet de mon mémoire porte sur la place de l'ergothérapeute au sein d'un PASA dans la lutte contre l'apathie.

Les professionnels de santé interrogés seront trois ergothérapeutes travaillant dans un EHPAD comprenant un PASA. De par leurs qualifications, les ergothérapeutes sont plus à même de répondre à mes questions autour de l'engagement occupationnel que les autres professionnels travaillant sur le PASA. Les questions développées dans mon guide d'entretien font également appel à des termes utilisés en ergothérapie.

Le fait d'interroger trois ergothérapeutes travaillant chacune dans des PASA différents me permettra de comparer les divers moyens thérapeutiques et modes d'intervention utilisés par chacune.

#### 2. Choix de l'outil de recherche :

Le sujet de mon mémoire orientant ma recherche vers un type qualitatif plus que quantitatif, j'ai choisi l'entretien comme outil d'investigation car il permet d'avoir un échange verbal avec la personne et un recueil de réponses à la fois développées et détaillées. Cela permet également de faire le lien avec d'autres réponses obtenues précédemment ou d'anticiper certaines questions.

J'ai opté pour des entretiens de type semi-directifs car les questions ne sont ni entièrement ouvertes, ni entièrement fermées ce qui donne plus de liberté à la personne interrogée. Pour

cela, j'ai établi au préalable un guide d'entretien dont les questions ont été élaborées en regard de mon sujet de mémoire mais également à l'aide d'une matrice conceptuelle (cf. Annexe IV). Ce guide d'entretien est constitué de huit questions ouvertes et fermées et d'une question d'ouverture cherchant à répondre indirectement à ma question de recherche (cf. Annexe V). Cela me permettra d'analyser par la suite les données recueillies de façon qualitative.

Les réponses aux questions me permettront de savoir ce que les ergothérapeutes interrogées mettent en place pour lutter contre l'apathie et de récolter des informations complémentaires à celles de la littérature sur les moyens thérapeutiques employés en structure pour améliorer l'engagement occupationnel des résidents. Les entretiens me renseigneront également sur quelles interventions ergothérapeutiques les professionnels effectuent et s'ils s'appuient sur un ou des modèles conceptuels en ergothérapie tel que le MCREO. Mais aussi de savoir quels bénéfices les résidents peuvent retirer du PASA. Le but étant de pouvoir démontrer que l'ergothérapie peut réduire les symptômes de la maladie d'Alzheimer et améliorer l'engagement grâce à une approche occupationnelle.

Je tenterai ensuite de faire un lien entre les différents éléments recueillis dans l'analyse exploratoire des réponses reçues lors des entretiens.

### 3. Passation des entretiens :

Les trois ergothérapeutes interrogées ont été contactées au préalable par mail expliquant le thème de mon mémoire, la nature et le but des entretiens centrés sur leur expérience et leur pratique professionnelle. Celles-ci avaient la liberté d'accepter ou de refuser la participation à l'entretien. Elles ont également rempli un formulaire de recueil de consentement (cf. Annexe VI) et les données analysées seront anonymisées.

En amont de la réalisation des entretiens, j'ai envoyé par mail six questions afin de connaître un peu mieux l'ergothérapeute et son parcours professionnel (cf. Annexe VII).

Lors de la réalisation des entretiens, j'ai demandé à chaque ergothérapeute si elle acceptait que j'enregistre l'entretien dans le but de pouvoir le retranscrire par la suite. Ces enregistrements seront supprimés une fois l'analyse des résultats terminés et le mémoire écrit rendu.

Deux entretiens ont été réalisés au sein de la structure dans laquelle travaille l'ergothérapeute et le troisième s'est fait par appel téléphonique en raison d'un éloignement géographique. Les entretiens ont duré entre 25 et 30 minutes chacun.

#### **IV. Analyse des résultats :**

Les réponses obtenues aux questions posées lors des trois entretiens ont été retranscrites en intégralité en respectant l'anonymat des personnes interrogées et de la structure dans laquelle elles travaillent (cf. Annexe IX). Pour se faire, le nom des ergothérapeutes qui ont participé aux entretiens a été remplacé par le mot « ergothérapeute » ou « E » dans l'analyse des verbatims suivi d'une lettre. Cette dernière correspond au classement des entretiens présents en Annexe IX et dans le tableau de présentation des ergothérapeutes (cf. Annexe VIII).

L'analyse des résultats suit l'ordre des questions posées lors des entretiens et inclut les réponses obtenues par les trois ergothérapeutes à chaque fois. Ainsi, nous pourrions comparer les différentes données et observer les similitudes et/ou les divergences qui ressortent entre les trois entretiens.

Au vu des résultats reçus aux questions envoyées par mail en amont des entretiens, nous avons choisi de regrouper les informations recueillies sur le profil des ergothérapeutes interrogées et leur parcours professionnel sous forme de tableau (cf. Annexe VIII). Nous pouvons voir que la première a été diplômée ergothérapeute en 2001 et que les deux autres l'ont été en 2010. Elles ont toutes un parcours professionnel distinct avec plusieurs lieux d'exercice et auprès d'une population différente. Aujourd'hui, les trois ergothérapeutes interrogées travaillent en gériatrie au sein d'un EHPAD comprenant un PASA. Deux d'entre elles exercent au sein d'un PASA depuis 8 ans et la troisième depuis seulement une année car il a ouvert il y a tout juste un an. Elles ont chacune plus ou moins le même nombre d'années d'expérience en gériatrie même si elles n'ont pas été diplômées la même année et qu'elles n'ont pas suivi le même parcours professionnel. Les trois ergothérapeutes expriment avoir connu des changements au fil du temps notamment dans leur pratique professionnelle et par rapport aux profils de résidents qui changent également. Nous verrons à travers les questions posées lors des entretiens si l'année d'obtention du diplôme ou le nombre d'années d'expérience au sein d'un PASA influencent sur les réponses reçues.

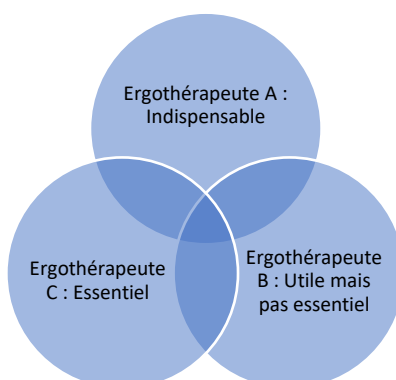
Les questions posées lors des entretiens portent sur le contexte du PASA et les activités qui y sont proposées dans le but de faire ressortir les bénéfices apportés par la prise en soins dans cette structure. L'objectif est de démontrer que l'approche occupationnelle au sein du PASA favorise l'engagement occupationnel des personnes apathiques. L'analyse des entretiens nous permet d'étudier les différences et similitudes de réponses selon les thèmes suivants :

- Le rôle de la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie,

- La participation des résidents au sein du PASA,
- Le contexte et l'intervention au sein du PASA,
- Les différences en termes d'activités et de comportement,
- La définition de l'apathie,
- Les effets bénéfiques des occupations,
- Le positionnement des ergothérapeutes face à l'apathie au cours d'une activité,
- Les modèles conceptuels en ergothérapie, et
- La Validation de Naomi Feil, la méthode Montessori, l'Humanitude.

### Le rôle de la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie :

Parmi les trois ergothérapeutes interrogées, aucune n'a la même vision de l'importance de la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie.



*Schéma du rôle de la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie selon les trois ergothérapeutes*

Même si la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie n'est pas indispensable pour toutes, elles évoquent chacune à leur façon qu'il est quand même nécessaire que le patient ait un minimum de motivation pour faire preuve par la suite d'un minimum d'engagement et de participation dans l'activité proposée. Il est vrai que le niveau de motivation d'un individu va influencer son engagement et sa participation. En effet, les trois ergothérapeutes expriment avoir moins de difficultés à attirer l'attention de la personne et à la faire adhérer lorsqu'elle est motivée pour participer. De plus, au vu des réponses obtenues au cours des entretiens, il y a plus de bénéfices et de prise de plaisir au cours des activités lorsque la personne fait preuve de motivation.



**Ceci est d'autant plus vrai pour les personnes apathiques car l'ajout d'un manque de motivation à leurs symptômes rend compliquée l'action d'initier des activités et de parvenir à faire s'engager ces personnes.**

Face à ce genre de situation, les ergothérapeutes cherchent des moyens pour arriver à motiver et à faire adhérer les personnes apathiques. Cela peut concerner leurs habitudes de vie, leurs loisirs, le métier qu'elles ont pratiqué ou d'autres choses du quotidien.

#### La participation des résidents au sein du PASA :

La participation des résidents au sein du PASA semble être influencée par plusieurs critères. Les trois ergothérapeutes ont évoqué deux facteurs similaires qui ont une influence sur la participation des résidents au sein du PASA à savoir : les activités proposées qui sont adaptées à leurs capacités et la notion de « petit groupe ». Les ergothérapeutes A et B ont également parlé du lieu, de l'environnement que propose le PASA, qui peut influencer sur la participation des résidents au travers des activités car il est spécialement aménagé pour eux. Les ergothérapeutes B et C ont aussi fait référence à la posture des thérapeutes présents sur cette structure, à leurs compétences et à leur façon de mener les activités. Le concept du mimétisme a également été évoqué par l'ergothérapeute B pour cette thématique-là. L'ergothérapeute A a exprimé aussi qu'à travers les activités proposées, il y a une prise de plaisir et une amélioration de leur estime de soi qui favorisent la participation.

**C'est donc cet ensemble d'éléments qui vont faire que la personne s'engage davantage dans les activités proposées au sein du PASA que dans celles proposées sur l'EHPAD.**

#### Le contexte et l'intervention au sein du PASA :

Les trois ergothérapeutes ont répondu à l'unanimité que le contexte et l'intervention au sein du PASA ont une influence sur la motivation des résidents.

Pour ce qui est du contexte, elles estiment que la structure du PASA permet de créer des rituels et des repères que les résidents n'ont pas forcément sur l'unité de vie. L'architecture est également importante car il s'agit d'un lieu spécialement aménagé pour les personnes âgées souffrant de démence. Il est composé de plusieurs pièces proposant un décor différent et incluant un espace cuisine et de repos. Pour l'ergothérapeute A, le PASA est une structure indépendante de l'EHPAD qui ressemble vraiment à une maison avec des espaces aménagés

pour les activités et un accès extérieur qui donne sur une terrasse et un jardin. Il y a donc un aspect intimiste et familial qui se crée au sein de ce lieu.

Le fait d'être en petit groupe permet aux uns et aux autres de se reconnaître et d'échanger entre eux. L'ergothérapeute A évoque qu'il y a un rapport au temps et que la fréquence des journées sur le PASA facilite la prise de repères et de rituels.

Pour ce qui est de l'intervention, cela concerne la posture des professionnels, la relation de sympathie qu'ils instaurent avec les résidents et la proximité qui peut se créer. Le fait d'être habillé en civil et de partager des moments agréables dans un environnement chaleureux permet de favoriser une relation horizontale d'adulte à adulte plutôt qu'un rapport soignant-soigné. L'ergothérapeute C remarque aussi que la présence permanente du même personnel au sein du PASA influence sur la motivation et l'engagement des résidents. Le lien important qui s'instaure entre le thérapeute et les résidents facilite la relation de confiance. L'ergothérapeute A fait référence à Naomi Feil et au sentiment de sécurité qui est un besoin à assouvir pour la personne démente.

**Nous voyons qu'en plus d'être un lieu facilitant, le PASA permet de réduire les troubles du comportement et le niveau d'apathie des résidents, donc de favoriser l'engagement occupationnel.**

Les différences en termes d'activités et de comportement :

<b>Activités au sein de l'EHPAD</b>	<b>Activités au sein du PASA</b>
<div style="background-color: #4a7ebb; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Activités d'animation	<div style="background-color: #4a7ebb; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <input type="checkbox"/> Activités thérapeutiques
<input type="checkbox"/> Accompagnements en individuel ou en groupe	<input type="checkbox"/> Activités de groupe avec accompagnement individuel au sein du groupe si nécessaire
<input type="checkbox"/> Programme d'activité global	<input type="checkbox"/> Activités adaptées aux envies et aux capacités des résidents
<input type="checkbox"/> Animations communes à la structure	<input type="checkbox"/> Ateliers proposées aux résidents souffrant de démence avec des troubles du comportement
<input type="checkbox"/> Activités en grand groupe dans une pièce de l'EHPAD	<input type="checkbox"/> Activités en petit groupe dans un espace spécialement aménagé

*Tableau des différences entre les activités de l'EHPAD et celles du PASA*

Sur la question des différences entre les activités proposées au sein de l'unité de vie et celles proposées au sein du PASA, les ergothérapeutes interrogées ont toutes répondu que les activités en EHPAD sont plutôt des activités d'animation alors que celles du PASA sont plutôt à visée thérapeutique. C'est donc la principale différence qui est ressortie entre les deux types d'activités.

Nous devons tenir compte également que les activités ne sont pas menées par les mêmes professionnels ni de la même manière.

L'ergothérapeute B a exprimé qu'au sein de l'EHPAD dans lequel elle travaille, les résidents participant aux activités du PASA sont exclus des animations de l'unité de vie car ils sont considérés comme trop perturbants. De ce fait, ils retrouvent un sentiment d'existence à ce moment-là, grâce au PASA.

L'objectif recherché et le contexte n'étant pas les mêmes au sein de l'EHPAD et du PASA, les activités ne seront forcément pas proposées de la même façon.

Les activités proposées au sein des deux structures sont différentes mais les résidents aussi ont des comportements qui diffèrent en fonction du lieu. Les ergothérapeutes ont pu énumérer plusieurs critères relatifs à ce changement de comportement de la part des résidents entre l'unité de vie et le PASA.

Selon l'ergothérapeute A, l'accompagnement qui se fait sur le PASA permet aux personnes accueillies de bénéficier d'une présence continue des mêmes professionnels tout au long de la journée. Ils sont disponibles à tout moment, ils ont plus de temps à leur accorder et les résidents le ressentent. En effet, les soignants sur l'EHPAD sont souvent plus pressés, ils ont moins de temps pour échanger en dehors des soins, de ce fait, les résidents n'auront pas forcément envie d'entrer en relation avec eux.

L'ergothérapeute B se base sur les critères du NPI pour montrer qu'une personne est différente en termes de comportement entre l'unité de vie et le PASA. Elle remarque, tout comme l'ergothérapeute C, que l'observation de changements de comportement entre les deux structures vient du fait que les résidents se retrouvent en plus petits groupes, qu'il y a moins d'éléments perturbateurs au sein du PASA et que l'environnement est tout simplement plus adapté à la pathologie de ces résidents.

**C'est un lieu facilitateur pour les personnes âgées souffrant d'apathie ou présentant des troubles du comportement perturbateurs.**

De plus, comme le souligne l'ergothérapeute C, le prorata professionnels/résidents n'est pas du tout le même entre le PASA et l'EHPAD. Ainsi, il y a plus de proximité entre les thérapeutes et les résidents au sein du PASA.

**Les relations et la communication sont favorisées et les résidents se montrent sous un autre jour. Ils se sentent plus à l'aise les uns avec les autres et s'engagent davantage dans les différentes activités.**

L'ergothérapeute A a eu l'occasion lors des périodes d'épidémies de recréer les activités proposées sur le PASA au sein de l'unité de vie, dans une pièce plus ou moins adaptée avec les mêmes résidents et les mêmes professionnels. Les effets n'ont pas du tout été les mêmes. La professionnelle A n'a pas réussi à avoir la même posture et le même comportement que lorsqu'elle est sur le PASA. Il y a donc une perte de repères pour les résidents mais aussi pour les soignants.

**Cela montre que l'environnement calme et contenant que propose le PASA a un rôle important autant pour les résidents que pour les professionnels.**

#### Définition de l'apathie :

Les ergothérapeutes définissent l'apathie comme un manque ou une perte d'initiative, un manque de motivation et une perte d'intérêt.

L'ergothérapeute A rajoute qu'il y a plusieurs formes d'apathie : il y a celle que l'on rencontre dans les démences et notamment dans la maladie d'Alzheimer mais il existe aussi des personnes ayant des antécédents psychiatriques qui peuvent souffrir de ce syndrome. En fonction des formes d'apathie, l'accompagnement n'est pas le même. Avec les personnes apathiques ayant un profil ou des antécédents psychiatriques, il faut être plus cadrant et plus directif dans la façon de les stimuler. Alors que pour les personnes démentes, il faut leur laisser du temps pour tenter d'atténuer les symptômes de l'apathie.

L'ergothérapeute B définit une personne apathique comme quelqu'un de « *plutôt prostré, le regard hagard, qui est en attente de rien* » (EB, L91-92). Ce sont des individus qui passent facilement inaperçus et qui peuvent être oubliés car ils ne sont pas dans la demande. L'apathie n'est pas un trouble du comportement perturbant pour les soignants ou les autres résidents.

Pour l'ergothérapeute C, « *Le profil d'une personne apathique, c'est quelqu'un de très gentil, qui ne pose pas de problème mais qui ne fait rien. C'est une personne qui ne nous interpelle*

*pas au premier abord quand on passe devant elle, qui est en retrait et qui ne fait pas de bruit »* (EC, L104-106).

**Les personnes apathiques sont « mobilisables » à condition de les stimuler car, de leur propre initiative, elles ne feront rien. Il est donc nécessaire d'être motivant et entraînant pour parvenir à les faire adhérer à quelque chose et les aider à émerger de leur apathie.**

Les effets bénéfiques des occupations :

Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atelier corporel ou sensoriel : éveil du corps, éveil des sens</li><li>• Mise en mouvement de façon accélérée par rapport au rythme habituel</li><li>• Atelier réminiscence : place au sein du groupe, stimulation du langage, partage leur histoire de vie</li><li>• Retrouve une identité sociale</li><li>• Renforcement de l'estime de soi</li><li>• Sentiment d'utilité</li><li>• Valorisation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atelier écriture : engouement, valorisation</li><li>• Activités de la vie quotidienne : mobilisation de gestes automatiques, valorisation</li><li>• Les activités favorisent l'engagement et la participation, réduisent l'apathie, valorisent les résidents</li><li>• Mobilisation de leurs capacités et habiletés</li><li>• Prise de plaisir</li><li>• Les sorties extérieures sont aussi favorables</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Canalisation voire diminution des troubles du comportement</li><li>• Moins d'apathie en fin de journée</li><li>• Maintien des capacités</li><li>• Mise en mouvement</li><li>• Sentiment de compétence, valorisation, prise de plaisir</li><li>• Socialisation, création de liens, partage de bons moments</li></ul>

*Tableau des effets bénéfiques apportés par les occupations selon les trois ergothérapeutes*

Les ergothérapeutes A et B se sont centrées sur les personnes apathiques et ont énoncé les activités qui fonctionnent le mieux auprès de ces résidents. Elles s'appuient sur ces activités pour obtenir de meilleurs résultats en termes de participation et d'engagement. L'ergothérapeute C est restée sur une vision générale et a parlé des bénéfices apportés par les activités pour tous types de profils.

Nous voyons dans le tableau ci-dessus les différentes occupations proposées aux résidents par les ergothérapeutes au sein du PASA. Ces activités ont de nombreux effets bénéfiques grâce à leur potentiel thérapeutique.

**Elles permettent de diminuer le niveau d'apathie de la personne apathique mais aussi de réduire les troubles du comportement pour d'autres résidents.**

### Positionnement face à l'apathie au cours d'une activité :

Les ergothérapeutes peuvent être confrontées au cours d'une activité à un résident qui fait preuve d'apathie et doivent trouver et proposer une approche différente. Au travers des entretiens, chacune a pu exprimer comment elle se positionne dans ce type de situation.

**Ergothérapeute A :** Dans un premier temps, elle invite la personne apathique à donner son avis sur l'activité que font les autres résidents du groupe ou elle la sollicite verbalement sous forme de questions fermées : oui/non. Ensuite, elle lui demande de faire un choix entre une chose et une autre. Par exemple au cours d'un atelier créatif, la personne peut être amenée à faire un choix de couleur. Après observation des autres résidents, la personne peut être amenée à s'engager et à reproduire les gestes observés par mimétisme. En fonction de la réaction de la personne apathique, l'ergothérapeute peut proposer de faire l'activité avec elle. Il s'agit d'essayer d'initier le mouvement en s'installant à côté du résident et en faisant l'action souhaitée pour initier le mouvement. Parfois même, le fait de mettre la personne apathique en binôme avec un autre résident, le niveau de compétences de chacun étant différent, va permettre de créer une autre dynamique. **Le but est de rechercher toujours la valorisation par le groupe pour permettre à l'individu de retrouver une identité sociale et une prise de plaisir à faire quelque chose.**

**Ergothérapeute B :** Face à des résidents faisant preuve d'apathie au cours d'une activité, elle va chercher à les solliciter, sans être trop intrusive, elle va essayer de rechercher leur motivation et leur participation. Elle cesse cette stimulation si cela met les résidents encore plus en difficulté. L'ergothérapeute B a tendance à prendre les personnes apathiques en petit groupe car elles ont besoin de plus d'attention. Elle fait des groupes hétérogènes pour que les résidents qui sont un peu plus désinhibés motivent les résidents apathiques et que les résidents apathiques apaisent un peu les résidents désinhibés. **Cette façon de constituer les groupes favorise également la motivation et la participation des résidents.**

**Ergothérapeute C :** Elle va essayer de faire un accompagnement « individuel » au sein du groupe. Idéalement, deux soignantes interviennent sur le PASA pour animer les activités, ainsi une soignante peut se détacher pour s'occuper de la personne apathique. Lors de cet accompagnement individuel, le soignant va proposer à la personne de faire une activité. Si la personne refuse, le soignant va essayer de conserver au moins une discussion en lien avec l'activité proposée. Certaines activités sont plus bénéfiques que d'autres pour les personnes apathiques, les soignants vont donc jouer sur cet aspect-là aussi. **Le but est d'essayer de stimuler différemment la personne apathique afin de maintenir un lien avec elle et éviter qu'elle se renferme davantage dans son apathie.**

### Les modèles conceptuels en ergothérapie :

Seule l'ergothérapeute A utilise un modèle conceptuel dans sa pratique en ergothérapie. Elle se base sur le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool), un outil d'évaluation de la performance occupationnelle, pour évaluer ce qui est obstacle ou facilitateur pour les résidents. Elle trouve qu'il permet de balayer plusieurs aspects concernant la personne et son environnement et qu'il est facile d'accès au niveau passation. Ce modèle lui permet de repérer des éléments auxquels elle n'avait pas forcément pensé mais aussi d'axer davantage les activités en fonction des capacités de la personne.

Les deux autres ergothérapeutes évoquent que les modèles conceptuels portant sur les occupations comme le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) ou le MCREO sont des modèles qui peuvent être utilisés comme référence auprès des résidents mais elles ne fondent pas ou très peu leur pratique professionnelle dessus. Elles expriment que c'est de la théorie et qu'elles sont plus sur la pratique.

### La Validation de Naomi Feil, la méthode Montessori, l'Humanitude :

Les trois ergothérapeutes interrogées au cours des entretiens utilisent les différentes approches dans leur pratique professionnelle en fonction des profils de résidents accueillis au sein du PASA.

Selon les ergothérapeutes, l'approche Montessori est une méthode qui fonctionne très bien pour les personnes apathiques. L'Humanitude est également un concept qui est utilisé par les trois ergothérapeutes, dont une, est référente Humanitude dans son établissement. Elles trouvent que c'est une approche qui doit être inhérente à la profession sans nécessité de formation particulière. La Validation de Naomi Feil est un moyen de communication qui s'emploie davantage avec les individus qui ont des troubles du comportement bruyants ou qui sont désorientés, angoissés... mais peu avec les personnes apathiques.

Pour finir, les ergothérapeutes ont terminé l'entretien en évoquant des projets qui pourraient être réalisés au sein de l'unité de vie afin de diminuer l'intensité des troubles du comportement des résidents. Le but de cette question est de connaître leurs idées d'aménagements au sein de l'EHPAD qui reproduiraient un peu le contexte du PASA, sachant que nous avons noté de grandes différences entre les deux structures.

L'ergothérapeute A trouve qu'il serait pertinent d'être plus présent auprès des personnes sur l'unité de vie et d'avoir un accompagnement autre que celui qui est proposé actuellement. Par exemple, prendre plus en considération les personnes apathiques en les installant à côté de personnes qui sont plus dans l'expression et l'échange et qui vont donc favoriser l'interactivité. Elle trouve que les résidents manquent de stimulation au cours de la journée, en dehors des soins. Selon cette ergothérapeute, il faudrait trouver un moyen ou créer un environnement qui favorise l'interactivité avec l'autre car cela s'avère bénéfique pour ces personnes. Un exemple donné : Certains résidents arrivent à s'approprier leur chambre et à créer un lien avec les autres résidents en leur proposant de se rencontrer dans leur chambre.

Ces personnes sont sensibles aux stimulations sensorielles. Leur proposer de sortir hors de l'EHPAD, dans la nature et l'environnement extérieur, leur permet de retrouver un langage spontané « *Tiens, un chien aboie, j'entends un chien aboyer* » (EA, L280).

Au sein de l'EHPAD dans lequel elle travaille, a été mis en place **La Tovertafel qui est un outil ludique de stimulation par le toucher pour les personnes âgées souffrant de démence. Ce dispositif permet également de favoriser les interactions sociales car il peut être utilisé à plusieurs.**

L'ergothérapeute B est en train de travailler sur un projet d'aménagement des espaces en unité de vie et l'accès libre aux activités suite à un questionnement sur le retour dans les services et la majoration des troubles du comportement. Elle a fait une formation aménagement de l'environnement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées. Le but est d'essayer de créer un environnement adapté pour ces personnes-là au sein de l'unité de vie et de sortir du contexte de soins. Elle a donc pour projet de revoir l'aménagement de l'unité de vie en créant des espaces de vie clairement identifiables afin que les personnes puissent y aller d'elles-mêmes et qu'elles réalisent les activités qu'elles souhaitent faire. **L'objectif est que les résidents puissent être en mouvement au cours de la journée et qu'ils retrouvent un rôle social.**

L'ergothérapeute C a pour projet de créer une salle destinée aux personnes qui ne relèvent pas du PASA et qui ne s'intègrent pas non plus aux animations. Ce manque est ressenti au sein de l'EHPAD dans lequel elle travaille. Cette salle permettrait de proposer quelque chose de plus à ces personnes. L'idée est de créer un espace avec un environnement adapté, ressemblant au PASA, où seraient proposées des activités permettant de canaliser les résidents qui ont des troubles du comportement, qui sont bruyants, qui déambulent...



Des aides-soignantes animent les activités avec l'aide de la psychologue et de l'ergothérapeute les après-midis en petits groupes.

La salle n'a pas encore été aménagée par manque de matériel. La réflexion sur l'organisation est en cours. Ce qui a été imaginé est une pièce avec un décor spécifique et à la fois lumineuse et « cocooning ».

## V. Discussion :

Cette étude nous a permis de recueillir l'avis de trois ergothérapeutes à propos de leur intervention ergothérapique au sein du PASA de leur établissement et de ce qu'elles y mettent en œuvre pour lutter contre l'apathie.

Nous avons dans un premier temps utilisé le logiciel IRaMuTeQ pour analyser le verbatim des trois entretiens. L'analyse des similitudes nous a permis d'identifier une corrélation forte entre les mots « activité », « PASA » et le verbe d'action « aller », eux-mêmes en liaison plus ou moins fortes avec d'autres mots. Ainsi, en observant le graphe obtenu avec l'analyse des similitudes, nous pouvons en déduire que le PASA et l'environnement physique et social qu'il propose permet de favoriser la participation des résidents dans les activités proposées et de réduire l'apathie.

**L'intervention proposée au sein du PASA et le choix des activités peuvent donc être une variable primordiale pour impliquer le résident au processus de prise en soins.**

Ensuite, nous avons réalisé une matrice conceptuelle sur laquelle nous nous sommes appuyées pour l'analyse des verbatims.

**Le premier concept** étudié est celui du **potentiel thérapeutique de l'activité** défini par Doris Pierce (2003) (cf. Annexe X).

Le premier critère de ce concept traite des dimensions contextuelles de l'activité c'est-à-dire des dimensions spatiale, temporelle et socio-culturelle. La structure du PASA est un lieu calme, contenant et stimulant, adapté et aménagé pour les personnes qui y sont accueillies. Nous pouvons voir dans le discours des ergothérapeutes que ce lieu est facilitateur : « *ressemble à une petite maison* » (EA, L39), « *côté un peu intimiste* » (EA, L51), « *l'environnement du PASA qui est facilitateur* » (EB, L32), « *lieu avec plein de repères* » (EB, L50), « *lieu qui est bien* »

*précis, la décoration est adaptée, les locaux sont adaptés et donc en termes de repères c'est assez bien conçu pour les personnes âgées souffrant de démence* » (EC, L43-45), « *Le PASA est un lieu chaleureux, accueillant, pas trop grand, pas trop petit* » (EC, L48-49). Les ergothérapeutes font également référence à la notion de temporalité : « *il y a une fréquence aussi à apporter à la personne* » (EA, L59-60), « *rapport au temps* » (EA, L63), « *rituel en termes d'horaire* » (EC, L125), « *ces personnes prennent des rituels, des repères temporels* » (EC, L126-127). Par contre, la dimension socio-culturelle n'a pas été évoquée au cours des entretiens car les résidents sont tous plus ou moins issus de la même culture et partagent les mêmes activités au sein du PASA.

Le deuxième critère du potentiel thérapeutique de l'activité comprend les dimensions subjectives de l'activité c'est-à-dire la productivité, le plaisir et le ressourcement. Ces notions ont été évoquées dans le discours des ergothérapeutes : « *prise de plaisir* » (EA, L21), « *se sentir utile* » (EA, L185), « *s'épanouir* » (EB, L22), « *engouement* » (EB, L114), « *plus de plaisir et de satisfaction* » (EC, L16-17), « *sentiment de compétence, de valorisation et de plaisir* » (EC, L137). Nous pouvons voir que le PASA et les activités qui y sont proposées sont plutôt valorisantes pour la personne apathique.

La dernière catégorie du schéma du potentiel thérapeutique concerne les éléments du processus de mise en place de l'activité signifiante et significative. Cela comprend les compétences du thérapeute, la collaboration dans l'identification des objectifs et l'ajustement de l'intervention à l'objectif. Plusieurs fois les compétences du thérapeute sont mises en évidence dans le discours des ergothérapeutes : « *la façon dont on propose les différentes activités* » (EA, L65), « *pas le même regard* » (EA, L79), « *en tant que professionnel ergothérapeute, on fait très attention à être vraiment dans un accompagnement de faire avec et de ne pas faire à la place* » (EA, L86-87), « *la posture du thérapeute, le rôle qu'on a, nos compétences* » (EB, L28), « *on a une posture et des compétences différentes de celles des professionnels qui travaillent sur l'unité de vie* » (EB, L82-83), « *notre formation et nos compétences en tant que professionnel* » (EC, L32-33), « *pas le même but* » (EC, L82).

Tous ces extraits de discours des ergothérapeutes font référence à la posture du thérapeute présent sur le PASA ainsi qu'à ses compétences. Les deux autres items de cette catégorie ne sont pas évoqués mais les ergothérapeutes ont quand même su répondre à la question qui consistait à expliquer comment elles se positionnaient face à un résident faisant preuve d'apathie au cours d'une activité.

A partir de l'analyse du potentiel thérapeutique de toutes les activités proposées au sein du PASA, nous avons retrouvé lors des entretiens plusieurs termes qui font référence aux **dimensions spatiale, temporelle et socio-culturelle**. Les notions de **productivité, plaisir et ressourcement** apparaissent aussi. Les **compétences du thérapeute** sont également un des critères mentionnés par les trois ergothérapeutes.

**Nous pouvons donc voir grâce au concept de potentiel thérapeutique de l'activité que l'approche occupationnelle proposée en PASA par les ergothérapeutes est un moyen de lutter contre l'apathie.**

Le **deuxième concept** étudié dans la matrice conceptuelle est celui de **l'engagement occupationnel** développé par Marie-Chantal Morel Bracq dans le livre des modèles conceptuels en ergothérapie (2017). Il permet de repérer les indicateurs de l'expression de l'engagement occupationnel des patients dans le verbatim des ergothérapeutes.

Le premier critère est la personne dans quatre dimensions : affective, cognitive, physique et spirituelle. La façon dont la personne réagit face aux activités proposées au sein du PASA permet d'illustrer son niveau d'implication dans l'activité. Plusieurs extraits du verbatim démontrent que les différentes dimensions de la personne permettent d'identifier les bienfaits des activités. Les ateliers proposés au sein du PASA permettent de mobiliser les capacités motrices, sensorielles, affectives et cognitives de la personne : « *sentiment d'appartenance* » (EA, L27), « *prise de plaisir* » (EA, L23-24), « *proximité* » (EA, L97), « *la personne arrive à se mettre en mouvement de façon accélérée par rapport à son rythme habituel* » (EA, L170-171), « *s'engage dans les activités* » (EB, L21), « *activités thérapeutiques adaptées à leurs capacités* » (EB, L67), « *mobiliser leurs capacités et leurs habiletés* » (EB, L133), « *la socialisation, la valorisation, le fait de canaliser les troubles du comportement et de maintenir les capacités des résidents* » (EC, L142-144).

Le deuxième critère de l'engagement occupationnel est l'environnement physique, institutionnel, culturel et social. Nous entendons dans le discours des ergothérapeutes que l'environnement a un rôle prépondérant sur l'engagement des résidents apathiques. Nous avons vu plus haut à travers la dimension spatiale les bienfaits de la structure du PASA. De plus, à de nombreuses reprises les ergothérapeutes interrogées font allusion à la notion de « *petit groupe* » qui favorise énormément la participation, la socialisation et l'engagement des résidents apathiques : « *petit groupe* » (EA, L52), « *l'effet de groupe* » (EB, L29), « *plus petits groupes* » (EB, L81), « *notion de groupe* » (EC, L32), « *la notion de nombre de personnes* » (EC, L93).

Enfin, le troisième et dernier critère de l'engagement occupationnel concerne les activités ou les occupations dans trois dimensions à savoir les soins personnels, la productivité et les loisirs. Aucun terme faisant référence aux soins personnels ne ressort au cours des entretiens en revanche, les notions de productivité et de loisirs apparaissent sous différentes formes : « *sentiment d'être actrice* » (EA, L33), « *se sentir utile* » (EA, L185), « *la personne prend plaisir dans l'activité* » (EB, L132-133), « *plus de plaisir et de satisfaction à venir sur le PASA* » (EC, L16-17), « *une activité dans laquelle il se retrouve davantage* » (EC, L163-164). Le PASA est un lieu qui propose des activités sociales et thérapeutiques à la fois signifiantes et significatives. En effet, les trois ergothérapeutes expriment qu'à la différence des activités proposées sur l'unité de vie, celles du PASA sont à visée thérapeutique. Elles s'appuient également sur des choses que les personnes aiment ou qu'elles avaient l'habitude de faire (cuisine, jardinage, musique...) pour améliorer l'engagement et la participation. Le PASA favorise également la concentration et l'attention des résidents notamment grâce à l'environnement mais aussi à la taille du groupe : « *moins d'éléments perturbateurs* » (EB, L81).

A l'issue des différentes recherches bibliographiques et de l'analyse des résultats obtenus en réponse aux entretiens, nous revenons sur notre question de recherche qui est la suivante : *En quoi l'utilisation d'une approche centrée sur l'occupation dans le cadre du PASA chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer serait un moyen de lutter contre l'apathie qui s'installe en institution et favoriserait l'engagement occupationnel ?*

Les entretiens avec les ergothérapeutes nous apportent des éléments de réponses : selon elles, **le contexte du PASA et les activités proposées sont bénéfiques pour les résidents souffrant d'apathie.** De plus, elles expriment bien que les **activités du PASA favorisent la participation et l'engagement occupationnel des résidents qui en bénéficient.**

L'ergothérapeute est un professionnel qui fonde sa pratique sur l'approche occupationnelle. **L'utilisation de cette approche au sein d'un PASA apparait comme un moyen de lutter contre l'apathie** car le contexte dans lequel sont proposées les activités s'avère être facilitateur. De plus, **la présence permanente des mêmes professionnels** au sein de cette structure **favorise énormément la relation de confiance** et permet de **créer des liens relationnels entre les résidents et les soignants.** Les thérapeutes disposent également de **compétences spécifiques** à cette population et **prennent davantage le temps** car les activités sont proposées en **petit groupe.**

Enfin, les trois ergothérapeutes interrogées observent des changements de comportement chez les résidents apathiques lorsqu'ils sont au PASA. **L'environnement du PASA ainsi que l'approche occupationnelle proposée par les ergothérapeutes et la façon dont elles amènent les activités paraissent donc être des facteurs permettant de lutter contre l'apathie qui s'installe en institution.**

### **Conclusion :**

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'intéresse à l'importance de l'approche occupationnelle proposée en PASA dans la lutte contre l'apathie chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Tout au long de ce travail, l'objectif a été de mettre en évidence l'influence du contexte du PASA et de l'intervention proposée par les professionnels sur l'engagement occupationnel. Afin de répondre au mieux à la question de recherche, nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de trois ergothérapeutes travaillant au sein d'un PASA. Cela a permis d'échanger avec des professionnels intervenant auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de recueillir des éléments sur ce qui est mis en place sur le terrain.

Après analyse des résultats exploratoires, nous voyons que ces derniers tendent à répondre positivement à une partie de la question de recherche. Le PASA apporte de nombreux bénéfices autant par son environnement que par les activités qui y sont effectuées. C'est un lieu facilitateur dans lequel sont proposées plusieurs activités en petits groupes. Les ergothérapeutes interrogées soulignent que les activités menées au sein du PASA doivent être significatives pour les personnes afin qu'elles s'engagent plus facilement. Ainsi, nous avançons que la prise en soins des personnes apathiques au sein d'un PASA permet de favoriser leur participation et leur engagement grâce aux compétences des professionnels, à la structure et aux activités qui y sont proposées.

D'autre part, nous avons vu dans la partie théorique que l'utilisation de concepts théoriques comme le MCREO permet de faciliter l'engagement occupationnel. Or, les ergothérapeutes interrogées n'utilisent pas ce modèle dans leur pratique mais s'appuient quand même sur une approche occupationnelle. Cette dernière a de nombreux effets bénéfiques comme celui de réduire l'apathie lorsqu'elle est proposée dans un lieu adapté et par des professionnels formés.

L'approche occupationnelle fait partie des thérapies non médicamenteuses qui aident à réduire les troubles liés à la maladie d'Alzheimer.

Ce travail d'initiation à la recherche a été très enrichissant car il m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le syndrome de l'apathie et la prise en soins qui en découle. Il m'a également appris qu'il faut sans cesse être dans la stimulation et la revalorisation avec des personnes apathiques. Le fait d'encourager et de rassurer ces personnes leur permet de retrouver confiance en elles. En tant que thérapeute, nous nous devons toujours d'avoir une posture de bienveillance.

Afin de compléter cette étude, il serait intéressant d'interroger d'autres professionnels de santé qui ne travaillent pas au sein de la structure PASA mais sur l'unité de vie protégée. Ces soignants ont une vision différente car ils sont amenés à s'occuper des résidents le matin avant la journée au PASA et le soir après leur retour. Cela permettrait de renforcer la notion de collaboration interdisciplinaire entre les différents professionnels qui travaillent dans et autour du PASA. En fonction des réponses, il serait intéressant de proposer une activité ou un aménagement à mettre en place au sein de l'unité de vie.

Un approfondissement sur l'utilisation des méthodes de la Validation, de l'Humanitude, l'approche Montessori utilisées par les ergothérapeutes permettraient de savoir si ces outils de communication favorisent la prise en soins des résidents souffrant d'apathie. Les ergothérapeutes interrogées trouvent que la méthode de la Validation de Naomi Feil est intéressante mais pas auprès des personnes apathiques. Après avoir lu le livre sur la Validation de Naomi Feil au cours de mon stage en EHPAD, j'ai eu l'occasion de voir l'ergothérapeute l'expérimenter auprès de résidents ne présentant pas d'apathie. Il serait donc intéressant d'avoir d'autres avis sur l'utilisation de cette méthode auprès de cette population.

Enfin, l'inclusion des proches dans la prise en soins pourrait être une autre ouverture. Le fait d'être parfois présente dans le PASA permettrait à la famille de voir son proche sous une autre facette que dans l'unité de vie. Des recherches sur l'impact de la présence de la famille sur la participation et l'engagement de la personne seraient à développer.

## **Bibliographie**

### **Articles :**

- Avinen, L., Da Costa, M., Jammot, A., Robin, S., Vastel, J., & Bouisson, J. (2017). Le PASA, un espace privilégié de reliance. *Soins Gériatrie*, 22(124), 37-40.  
<https://doi.org/10.1016/j.sger.2017.02.006>
- Brodaty, H., & Burns, K. (2012). Nonpharmacological Management of Apathy in Dementia: A Systematic Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(7), 549-564.  
<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31822be242>
- Cammisuli, D. M., Danti, S., Bosinelli, F., & Cipriani, G. (2016). Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's Disease: A critical review of the scientific literature from the last ten years. *European Geriatric Medicine*, 7(1), 57-64.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.01.002>
- Chanachev, A., & Berney, A. (2010). Apathy, a transnosographic symptom: diagnosis and treatment. *Revue Médicale Suisse*, 6(236), 326-329.
- Chanachev, A., & Berney, A. (2010). L'apathie, un symptôme transnosographique : diagnostic différentiel et prise en charge [Apathy, a transnosographic symptom : diagnosis and treatment]. *Revue Médicale Suisse*, 6(236), 326-329.
- Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., & Nuti, A. (2014). Apathy and Dementia. Nosology, Assessment and Management: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(10), 718-724.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000190>
- Desvilles, J., & Mathon, P. (2017). Un espace "comme à la maison" pour des résidents souffrant de troubles cognitifs. *L'Aide-Soignante*, 31(189), 15-17.  
<https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2017.06.006>
- Engasser, O., Bonnet, A., & Quaderi, A. (2015). L'approche non médicamenteuse de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer et apparentées : Fondements conceptuels d'une clinique thérapeutique. *Psychothérapies*, 35(3), 151-158.  
<https://doi.org/10.3917/psys.153.0151>
- Ferrero-Arias, J., Goñi-Imízcoz, M., González-Bernal, J., Lara-Ortega, F., da Silva-González, Á., & Díez-Lopez, M. (2011). The Efficacy of Nonpharmacological Treatment for Dementia-related Apathy: *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 25(3), 213-219.  
<https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3182087dbc>

- Gilmore-Bykovskiy, A., Block, L., Johnson, R., & Goris, E. D. (2018). Symptoms of apathy and passivity in dementia: A simultaneous concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3-4), 410-419. <https://doi.org/10.1111/jocn.14663>
- Guillemaud, C., Faucounau, V., Greffard, S., & Verny, M. (2013). Prise en charge thérapeutique de la démence. *EMC-AKOS*, 8(13), 1-9.
- Ishii, S., Weintraub, N., & Mervis, J. R. (2009). Apathy: A Common Psychiatric Syndrome in the Elderly. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(6), 381-393. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.03.007>
- Jacus, J. P., Dupont, M.-P., Bonnoron, S., Pelix, C., & Large, H. (2012). Modèles motivationnels et comportementaux de l'apathie : intérêts et limites. *La Revue de gériatrie*, 37(10), 793-806.
- Leone, E., Deudon, A., & Robert, P. (2012). Motivation, engagement et stimulation verbale et motrice dans les démences sévères. Étude STIM-EHPAD. *Revue de neuropsychologie*, 4(2), 114-122. <https://doi.org/10.3917/rne.042.0114>
- Marin, R. (1991). Apathy : a neuropsychiatric syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3(3), 243-254. <https://doi.org/10.1176/jnp.3.3.243>
- Nobili, A., Piana, I., Balossi, L., Pasina, L., Matucci, M., Tarantola, M., ... Tettamanti, M. (2008). Alzheimer Special Care Units Compared With Traditional Nursing Home for Dementia Care: Are There Differences at Admission and in Clinical Outcomes? *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(4), 352-361. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31818207d0>
- Nobis, L., & Husain, M. (2018). Apathy in Alzheimer's disease. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 22, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.007>
- Postec, C. (2013). Apathie : point sur un syndrome psychogériatrique incontournable. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13(75), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.12.003>
- Radakovic, R., & Abrahams, S. (2018). Multidimensional apathy: evidence from neurodegenerative disease. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 22, 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.022>
- Saettel, L. (2011). Nouveaux dispositifs d'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, les PASA et les UHR : un nouveau champ d'application de l'ergothérapie. *ErgOTHérapies*, (41), 27-32.



- Tonna, S. (2017). Évaluation et intervention non médicamenteuse auprès de personnes âgées dépendantes. *Le Journal des psychologues*, 344(2), 57-61. <https://doi.org/10.3917/jdp.344.0057>
- Treusch, Y., Majic, T., Page, J., Gutzmann, H., Heinz, A., & Rapp, M. A. (2014). Apathy in nursing home residents with dementia: Results from a cluster-randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 30(2), 251-257. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.004>

### **Pages Web et documents sur le Web :**

- ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services Médico-Sociaux). (2017). *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)*. Repéré à l'URL [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_pasa\\_16x24.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_pasa_16x24.pdf)
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2017, 1<sup>er</sup> juin). Lieux d'exercice. Repéré à l'URL <http://www.anfe.fr/lieux-d-exercice>
- Direction générale de l'action sociale. (2009). *Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement*. Repéré à l'URL [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesPASA\\_et\\_UHR-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesPASA_et_UHR-2.pdf)
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). (2015, 15 décembre). La maladie d'Alzheimer. Repéré à l'URL <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer>
- Dufouil, C., & Amouyel, P. (2015). Alzheimer-Articles-Epidémiologie. *Fondation Alzheimer*. Repéré à l'URL <http://www.fondation-alzheimer.org/0-Articles/60-Epidemiologie>
- Fondation Médéric Alzheimer. (2017, 19 décembre). Les chiffres clés. Repéré à l'URL <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/les-chiffres-cles>
- Fondation Médéric Alzheimer. (2017, 19 décembre). Mieux comprendre la maladie d'Alzheimer. Repéré à l'URL <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/mieux-comprendre-la-maladie-dalzheimer>

- Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. (s. d.). Définition et chiffres de la maladie d'Alzheimer. Repéré à l'URL <http://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/>
- Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. (s. d.). Signes d'alerte et symptômes de la maladie d'Alzheimer. Repéré à l'URL <http://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/symptomes-et-diagnostic/signes-dalertes-symptomes/>
- France Alzheimer. (s. d.). La maladie d'Alzheimer en chiffres. Repéré à l'URL <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/maladie-dalzheimer-chiffres/>
- France Alzheimer. (s. d.). Les traitements pour la maladie d'Alzheimer. Repéré à l'URL <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/traitements-maladie-dalzheimer/>
- France Culture. (2016, 21 septembre). La maladie d'Alzheimer : plus de 100 ans d'histoire et de découvertes. Repéré à l'URL <https://www.franceculture.fr/sciences/la-maladie-dalzheimer-plus-de-100-ans-dhistoire-et-de-decouvertes>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2011). *Recommandation de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. Repéré à l'URL [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prsie\\_en\\_charge.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf)
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). *Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie*. Repéré à l'URL [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/apathie\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/apathie_recommandations.pdf)
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). *Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*. Repéré à l'URL [http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/195494/3330/Haute\\_Autorite%CC%81\\_de\\_sante%CC%81.pdf?1527260809](http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/195494/3330/Haute_Autorite%CC%81_de_sante%CC%81.pdf?1527260809)
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostiquer tôt pour mettre en place un parcours de soins et d'accompagnement adapté*. Repéré à l'URL [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2851128/fr/maladie-d-alzheimer-et-](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2851128/fr/maladie-d-alzheimer-et-)

## maladies-apparentees-diagnostiquer-tot-pour-mettre-en-place-un-parcours-de-soins-et-d-accompagnement-adapte

- Insee. (2018, 27 février). Population par âge – Tableaux de l'économie française. Repéré à l'URL <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
- Inserm. (2019, 8 janvier). Alzheimer (maladie d'). Repéré à l'URL <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2015, 12 janvier). Les EHPAD | Pour les personnes âgées. Repéré à l'URL <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2017, 12 décembre). La démence. Repéré à l'URL <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018, 5 février). Vieillesse et santé. Repéré à l'URL <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP). (s. d.). Résumé descriptif de la certification - Commission nationale de la certification professionnelle. Repéré à l'URL <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=18363>
- Service Public. (2019, 1<sup>er</sup> mars). Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad). Repéré à l'URL <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

### **Encyclopédie :**

- Vulgaris Médical. (s. d.). *Syndrome de Glissement*. Repéré à l'URL <https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/syndrome-de-glissement>

### **Plans gouvernementaux :**

- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2014). *Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019*. Repéré à l'URL [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives\\_def.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2008). *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*. Paris, France : Gouvernement Français.

- Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Ministère de la santé et des sports. (2009). *Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012*. Paris, France. Repéré à l'URL [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-08/ste\\_20090008\\_0100\\_0123.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-08/ste_20090008_0100_0123.pdf)

### **Livres :**

- Feil, N. (2005). *Validation, La Méthode de Naomi Feil : Pour une vieillesse pleine de Sagesse*. Editions Lamarre

- Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation : Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Krupa, T., Edgelow, M., Chen, S., Mieras, C., & Collectif. (2011). *L'action contre l'inertie : Répondre aux besoins de santé liés à l'activité des personnes présentant un trouble mental grave*. Ottawa : CAOT Publications ACE.

- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

- Pierce, D. (2003). *Occupation by Design: Building Therapeutic Power*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.

- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa : CAOT Publications ACE.

### **Littérature grise :**

- Fontaine, M. (2016). *L'intérêt cognitif de la stimulation tactile par les ergothérapeutes dans les PASA*. (Mémoire étudiant IFE, La Musse). Repéré à <http://www.anfe.fr/memoire-etudiants-ife?view=recherche&layout=info&id=33>

- Fonteix, F. (2016). *Collaboration entre l'ergothérapeute et le musicothérapeute dans la prise en soins de la maladie d'Alzheimer en PASA*. (Mémoire étudiant IUFE, Auvergne). Repéré à <http://www.anfe.fr/memoire-etudiants-ife?view=recherche&layout=info&id=92>

## Glossaire

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ASG : Assistant(e) de Soins en Gérontologie

AES : Apathy Evaluation Scale (Echelle d'Evaluation de l'Apathie)

CSSR : Centre de Soins de Suite et de Réadaptation

CMA : Comportement Moteur Aberrant

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EAD : Echelle d'Appréciation de la Démotivation

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

HAS : Haute Autorité de Santé

IA : Inventaire Apathie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

LARS : Lille Apathy Rating Scale (Echelle d'Apathie de Lille)

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MND : Maladies Neuro-Dégénératives

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool (Outil d'évaluation de la performance occupationnelle)

NPI : Inventaire NeuroPsychiatrique

NPI-ES : Inventaire NeuroPsychiatrique – Equipe Soignante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles

SEP : Sclérose en Plaques

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

## Annexes

Annexe I : LES CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'APATHIE .....	I
Annexe II : FICHE DE POSTE DE L'ERGOTHERAPEUTE EN EHPAD.....	III
Annexe III : SCHEMA DU MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNELS (MCREO) .....	IV
Annexe IV : MATRICE CONCEPTUELLE.....	V
Annexe V : GUIDE D'ENTRETIEN .....	VII
Annexe VI : FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT .....	IX
Annexe VII : QUESTIONS EN AMONT .....	X
Annexe VIII : SYNTHESE DES QUESTIONS ENVOYEEES EN AMONT.....	XI
Annexe IX : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS .....	XIII
Annexe X : SCHEMA DU POTENTIEL THERAPEUTIQUE .....	XXVIII

## Annexe I : LES CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'APATHIE

A) L'apathie est définie par un manque de motivation par rapport au niveau de fonctionnement antérieur ou aux standards des sujets de même âge et de même culture, dont témoigne l'ensemble des trois manifestations suivantes :

### I. Une diminution franche du comportement intentionnel indiquée par :

1. une diminution de productivité,
2. une diminution de l'effort,
3. une diminution du temps passé dans les activités intéressantes,
4. un manque d'initiative ou de persévérance,
5. une soumission comportementale ou une dépendance vis-à-vis des autres pour structurer l'activité.

### II. Une diminution des activités cognitives intentionnelles manifestée par :

1. une restriction des champs d'intérêt, un manque d'intérêt pour apprendre de nouvelles choses ou vivre de nouvelles expériences,
2. une absence de préoccupation pour sa personne, sa santé, ses activités,
3. une diminution de l'importance ou de la valeur attribuée à des domaines comme la socialisation, la détente, la productivité, l'initiative, la persévérance, la curiosité.

### III. Une diminution des aspects émotionnels du comportement intentionnel indiquée par :

1. une monotonie de l'affect,
2. un manque de réactivité émotionnelle aux événements positifs ou négatifs,
3. un affect euphorique ou plat,
4. une absence d'excitation ou d'intensité émotionnelle.

B) L'absence de motivation n'est pas attribuable à un déficit intellectuel, à une détresse émotionnelle ou à une diminution du niveau de conscience. Lorsque le manque de motivation est attribuable à un déficit intellectuel, à une détresse émotionnelle ou à une réduction du niveau de conscience (sommolence ou diminution de l'attention), l'apathie doit être considérée comme un symptôme dépendant d'un autre syndrome comme une démence, une dépression ou une confusion mentale.

C) Une détresse émotionnelle est absente ou est insuffisante pour expliquer la perte de motivation.

**Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'apathie selon Marin (1991)<sup>98</sup>.**

Table 1: Diagnostic criteria for apathy according to Marin (1991)<sup>98</sup>.

A) Manque de motivation en comparaison au niveau de fonctionnement antérieur du patient ou à celui de sujets de même âge et niveau socio culturel, rapporté par le patient ou son entourage.

B) Présence depuis au moins 4 semaines, la plupart du temps, d'au moins un symptôme relevant de chacun des 3 domaines suivants :

### Réduction des comportements dirigés vers un but

- 1) Manque d'efforts ou d'énergie pour réaliser les activités quotidiennes.
- 2) Dépendance ou demande envers autrui pour structurer les activités quotidiennes.

### Réduction des activités cognitives dirigées vers un but

- 1) Manque d'intérêt pour apprendre de nouvelles choses ou vivre de nouvelles expériences.
- 2) Se sent moins concerné qu'avant par ses difficultés personnelles.

### Réduction de l'expression et/ou du ressenti émotionnel

- 1) Affects plats ou inchangés.
- 2) Manque de réponses émotionnelles aux événements positifs ou négatifs.

C) Les symptômes sont la cause de troubles significatifs dans les sphères sociales, occupationnelles ou dans d'autres sphères importantes de la vie du sujet.

D) Ces symptômes ne sont pas causés par des troubles de la conscience ou des abus de substances.

**Tableau 3 : Critères diagnostiques de l'apathie par Starskstein (2000)<sup>99</sup>.**

Table 3: Diagnostic criteria for apathy according to Starskstein (2000)<sup>99</sup>.



<i>Pour un diagnostic d'apathie, le patient doit remplir les critères A, B, C et D</i>	O U I	N O N	N A
<b>A) Perte ou baisse de motivation comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau socio-culturel du patient. Ce changement est rapporté par le patient lui-même ou son entourage</b>			
<b>B) Présence la plupart du temps durant une période minimum de 4 semaines d'au moins un symptôme dans au moins deux des trois domaines suivants :</b>			
<b>B1) ACTION : Perte ou réduction des comportements dirigés vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivants :</b>			
- <b>(Initiation)</b> Perte des comportements auto-initiés (par ex, entamer une conversation, réaliser des activités de la vie quotidienne, initier une activité sociale, communiquer des choix)			
- <b>(Réponse)</b> Perte des comportements en réponse aux sollicitations de l'environnement (par ex, répondre dans la conversation, participer à une activité sociale)			
<b>B2) COGNITION : Perte ou réduction des activités cognitives orientées vers un but, mises en évidence par au moins un des symptômes suivants :</b>			
- <b>(Initiation)</b> Perte de spontanéité ou de curiosité pour les événements nouveaux ou habituels (par ex, initier des tâches complexes, s'intéresser aux événements récents, répondre aux opportunités sociales, manifester un intérêt pour les affaires personnelles, familiales ou sociales)			
- <b>(Réponse)</b> Perte de la réactivité aux commentaires ou questions de l'entourage concernant les événements nouveaux ou habituels (par ex, à propos de la résidence, du voisinage, ou du quartier)			
<b>B3) EMOTION : Perte ou diminution des émotions mises en évidence par au moins un des symptômes suivants :</b>			
- <b>(Initiation)</b> Un manque de ressenti émotionnel (par ex, sentiment subjectif d'un manque ou d'une absence d'émotion ou observation par autrui d'affects émoussés) rapporté par le sujet lui-même ou observé par les autres			
- <b>(Réponse)</b> Perte de réactivité émotionnelle aux événements positifs ou négatifs de l'environnement (par ex, l'entourage rapporte une absence ou une faible réactivité émotionnelle face à des événements agréables, une épreuve personnelle, une maladie grave, des nouvelles bouleversantes)			
<b>C) Les critères (A et B) sont à l'origine d'une souffrance et/ou interfèrent avec la vie sociale et occupationnelle</b>			
<b>D) Les critères (A et B) ne s'expliquent pas exclusivement par un handicap physique (par ex, cécité, surdité, etc.) ou des troubles moteurs, par une réduction du niveau de conscience ou par les effets physiologiques directs d'une substance (par ex, abus de toxiques médicamenteux)**</b>			
<b>DIAGNOSTIC APATHIE (selon critères A, B, C, D)</b>			

\* NA = Non Applicable ; \*\* La réponse OUI = A & B ne sont pas liés à un handicap

La réponse NON = A & B sont liés à un handicap.

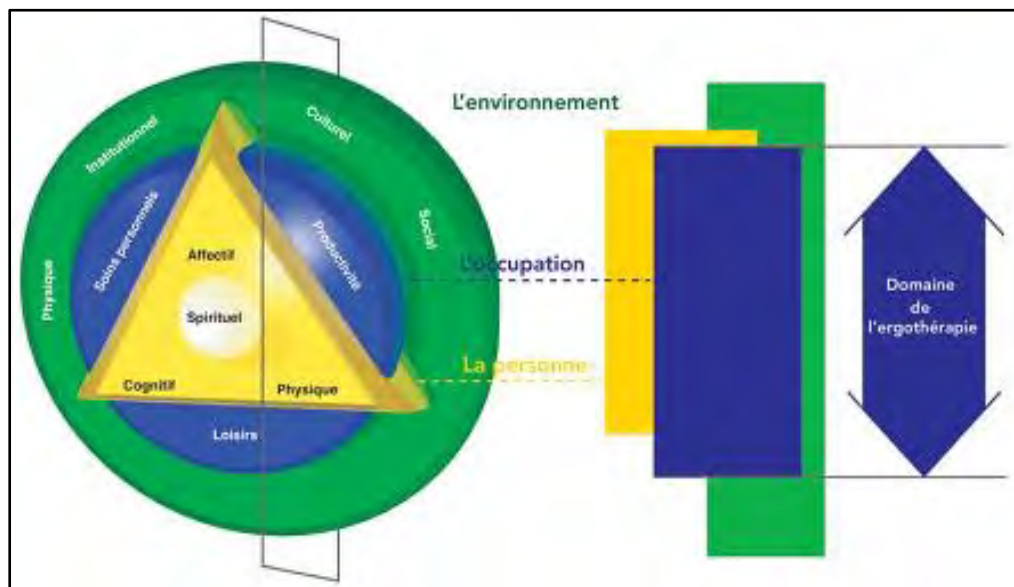
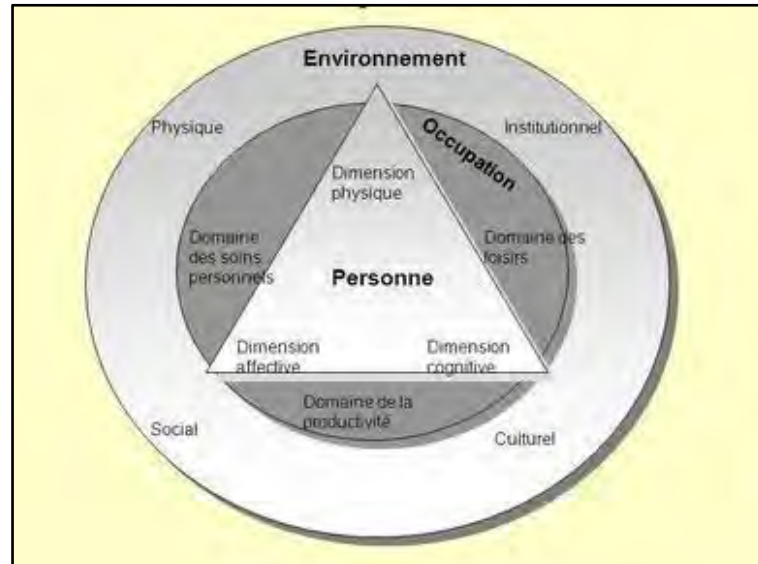
**Tableau 4 : Critères diagnostiques de l'apathie selon Robert et al (2010) <sup>(1)</sup>.**

**Table 4: Diagnostic criteria for apathy according to Robert and al (2010) <sup>(1)</sup>.**

Source : La Revue de Gériatrie (2012), 37(10), 800.

 <p><b>afeg</b> Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie 1982 - 400000147 - 01 47 00 11 11 - 19 10 20 14</p>	<h2>Missions</h2> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents.</li> <li>/ Mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité.</li> </ul>
<p><b>Ergothérapeute DE en Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes [EHPAD]</b></p>	<h2>Missions spécifiques</h2> <h3>Autonomie dans les activités de la vie quotidienne</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Renforcer, stimuler la participation aux activités de la vie quotidienne (rééducation, stratégies de compensation, aides techniques, aménagements de l'environnement).</li> <li>/ Accompagner les équipes soignantes dans la prise en charge des activités de la vie quotidienne (outils de communication, formations).</li> </ul>
<p><b>IDENTIFICATION DU POSTE</b></p>	<h3>Réadaptation de la mobilité et des transferts</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Améliorer, maintenir les schémas moteurs par des techniques de réactivation ergonomiques, des aménagements, des aides techniques, des ateliers d'activité physique.</li> </ul>
<p><b>Emploi type Ergothérapeute DE Filière Soins Position 2 Niveau 1 (Technicien)</b></p>	<h3>Réadaptation des troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et apparentées)</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Renforcer, stimuler les capacités cognitives restantes, développer les stratégies de compensation lors des activités de la vie quotidienne (aides techniques, modification des activités et de l'environnement, ateliers de stimulation de groupe).</li> </ul>
<p><b>PRÉSENTATION</b></p>	<h3>Prévention et traitement des risques de chute</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Préconisation d'aménagements de l'environnement et d'aides techniques.</li> <li>/ Rééducation, réadaptation posturale et des stratégies sécuritaires lors des activités de la vie quotidienne, ateliers équilibre et prévention des chutes.</li> <li>/ Programmes d'alternatives aux contention.</li> </ul>
<p><i>L'objectif de l'ergothérapie en gériatrie est le maintien des activités de la vie journalière et la prévention des complications liées aux pathologies du grand âge.</i></p>	<h3>Positionnement, installation des troubles posturaux assis et allongés</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Préconisation, réglage et adaptation des fauteuils roulants.</li> <li>/ Préconisation, réalisation d'aides techniques à la posture.</li> <li>/ Préconisation, réalisation de dispositifs d'aides à la prévention et au traitement des escaliers.</li> </ul>
<p><i>Ses techniques prennent en charge les différents facteurs intervenant dans la perte d'autonomie et le handicap : l'entraînement fonctionnel, l'apprentissage de compensations, l'aide aux aidants, les modifications de l'environnement, les aides techniques.</i></p>	<h3>Aides techniques</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Préconisation et entraînement à l'utilisation d'aides techniques pour la mobilité, l'équilibre, les repas, la toilette, l'habillement, les loisirs, la cognition...</li> <li>/ Aménagement de la chambre et des lieux de vie.</li> </ul>
<p><i>L'ergothérapie repose sur une démarche scientifique, fait appel à des techniques éprouvées, ainsi, l'ergothérapeute peut mettre sa méthode et son savoir au service d'une démarche qualité de l'établissement.</i></p>	<h3>Assurer la formation, le conseil, l'éducation</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Des soignant(e)s : ergomotricité, prévention des troubles musculo-squelettiques, accompagnement des sujets Alzheimer et maladies apparentées, accompagnement des troubles sensoriels et moteurs.</li> <li>/ Des stagiaires : assurer l'accueil et l'encadrement pédagogique des étudiants et stagiaires.</li> </ul>
<p>L'ergothérapie en gériatrie est une spécialité.</p>	<h3>Participer à une démarche qualité</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>/ Assurer la continuité des soins, rendre compte de son intervention et de ses résultats aux différents intervenants.</li> <li>/ Assurer une veille professionnelle, appliquer les connaissances actualisées en gériatrie.</li> </ul>
<p></p>	<p><b>FICHE 1</b> &gt; <a href="http://afeg.assa.fr">afeg.assa.fr</a> &gt; <a href="mailto:afeg.erge@aliceadsl.fr">afeg.erge@aliceadsl.fr</a></p>

Annexe III : SCHEMA DU MODELE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNELS (MCREO)



Source : Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013)

## Annexe IV : MATRICE CONCEPTUELLE

### Matrice d'analyse des entretiens

#### Le potentiel thérapeutique

Théorie/Concept : Potentiel thérapeutique – Pierce D. (2003) <i>Occupation by Design, Building Therapeutic Power</i> , Philadelphia, FA Davis Company, 356 p.		
Critères	Indicateurs	Questions
Dimension spatiale	- Le PASA est un lieu calme, lumineux, contenant, confortable, rassurant, stimulant, adapté et aménagé sous-forme de lieu de vie.	Q°2,3,4
Dimension temporelle	- Le déroulement sur une journée de 10h à 16h implique la prise du repas avec le groupe et une présence continue des mêmes professionnels. - La fréquence des interventions sur le PASA favorise la prise de repères.	Q°2,3,4
Dimension socio-culturelle	- Les activités sont proposées en petit groupe avec des personnes qui respectent les valeurs des autres. - La notion de petit groupe favorise la liberté d'expression et la communication dans le respect des uns et des autres. - La dimension socio-culturelle favorise la sociabilisation.	Q°2,3
Productivité	- La personne est active et se sent utile en produisant un résultat. - La personne crée des produits pouvant être utilisés par la suite. - La personne réalise des activités valorisantes qui favorisent son engagement. - La productivité augmente la satisfaction personnelle et donne un sens à l'existence dans la société.	Q°2,6
Plaisir	- La personne ressent du plaisir lors de la réalisation d'activités signifiantes et significatives. - La personne peut choisir l'activité. - Le plaisir est une composante de l'activité qui donne l'envie de recommencer et permet un meilleur engagement ainsi qu'une meilleure efficacité dans l'action : clé de l'engagement.	Q°2,6
Ressourcement	- La personne se détend au sein du PASA et présente un corps détendu. - La personne s'exprime par les expressions du visage (sourire, rire, joie...). - Le ressourcement permet d'augmenter le niveau d'énergie à travers l'activité. Il peut être physique et/ou psychique.	Q°6
Compétences du thérapeute	- Le thérapeute stimule les résidents, respecte la parole et la personnalité de chacun. - Le thérapeute respecte le choix et les envies de la personne. - Le thérapeute observe et établit une relation de confiance avec le résident en cherchant à comprendre la situation pour mettre en place un plan de traitement adapté.	Q°2,3,4
Collaboration dans l'identification des objectifs	- Le thérapeute collabore avec l'équipe, les familles et le patient si possible. - Le thérapeute repère les objectifs thérapeutiques prioritaires en accord avec les besoins de la personne.	Q°2,3,4
Ajustement de l'intervention à l'objectif	- Le thérapeute adapte les activités en fonction de l'état de la personne, de ses capacités, de son humeur... - Le thérapeute fixe des objectifs personnalisés et un programme d'intervention personnalisé pour chaque résident.	Q°2,3,4,7

**L'engagement occupationnel en lien avec le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement  
Occupationnels (MCREO)**

Théorie/Concept : Engagement occupationnel - Morel, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

Critères	Indicateurs	Questions
La personne : dimension affective	- La personne est en relation avec les soignants et les autres résidents. Elle peut collaborer avec les thérapeutes et choisir l'activité qu'elle a envie de réaliser. - Le PASA et les activités favorisent la sociabilisation de la personne.	Q°2,4,6
La personne : dimension cognitive	- La personne fait preuve de concentration, de compréhension, de perception et d'attention. - La personne utilise un raisonnement adapté pour la réalisation des activités.	Q°2,6
La personne : dimension physique	- La personne mobilise ses fonctions sensorielles, motrices et sensori-motrices dans la réalisation des activités.	Q°2,6
La personne : dimension spirituelle	- L'esprit et les pensées de la personne peuvent influencer sa façon d'être et de faire. - L'attitude de la personne au cours d'une activité (sens, croyances, valeurs, intérêt, émotions) peut favoriser l'engagement occupationnel.	Q°2,6
Environnement physique	- L'environnement est adapté à la population accueillie. - Le PASA est un lieu calme, contenant, confortable et rassurant. Il devient un lieu habituel/familier pour le résident qui s'y rend plusieurs fois par semaine.	Q°2,3,4
Environnement institutionnel	- La personne respecte les règles propres au PASA et à l'EHPAD.	Q°2,3,4
Environnement culturel	- La personne partage sa culture propre et similaire aux résidents venant d'une même société.	Q°2,3,4
Environnement social	- La présence d'un petit groupe de personnes de la même génération et des mêmes soignants favorise l'échange et l'accompagnement. - L'environnement social est facilitateur et autonomisant.	Q°2,3,4
Activités ou occupations : soins personnels	- La personne prend soins d'elle, de son hygiène corporelle après une tâche salissante par exemple.	Q°6
Activités ou occupations : productivité	- La personne réalise des tâches et crée des produits qui contribuent à l'épanouissement. - La personne se sent utile et importante en réalisant une activité.	Q°2,3,4,6
Activités ou occupations : loisirs	- Les activités proposées sont un moyen de se divertir et de mobiliser les capacités des résidents. - Les activités font référence à leurs habitudes de vie. - Les activités en petit groupe favorisent la socialisation au sein du groupe.	Q°2,3,4,6

### Guide d'entretien – Pré-test

Entretien de type semi-structuré : guide avec des questions ouvertes et fermées.

1. Quel rôle a la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie ? Expliquer votre choix.

Indispensable ----- Essentiel ----- Utile mais pas essentiel ----- Pas essentiel

2. Selon-vous, qu'est-ce qui influence la participation des résidents dans les activités proposées au sein du PASA ? Dans quel cadre le contexte du PASA peut-il influencer sur la participation des résidents ?

3. Selon-vous, le cadre du PASA a-t-il un impact sur la motivation des résidents ?

Oui ----- Non

Si oui, sur quels indicateurs vous appuyez-vous pour l'affirmer ?

4. Quelles sont les différences entre les activités proposées au sein de l'unité de vie et celles proposées au sein du PASA ? Quels sont selon-vous les critères qui rendent une personne différente en unité de vie qu'en PASA ?

5. Avez-vous déjà entendu parler du mot « apathie » ? Si oui, qu'est-ce que l'apathie selon-vous ?

6. Selon-vous, quels sont les bénéfices apportés par les occupations proposées aux résidents ? Pourriez-vous citer quelques exemples d'effets bénéfiques ?

7. Comment vous positionnez-vous quand des résidents font preuve d'apathie au cours d'une activité ?

8. Faites-vous référence à un modèle en ergothérapie ? Si oui, lequel ?

9. Questions d'ouverture : Utilisez-vous une approche particulière telle que la Validation de Naomi Feil, la méthode Montessori, l'Humanitude... ? Quels moyens thérapeutiques pourraient être mis en place au sein de l'unité de vie ?

## Guide d'entretien

Entretien de type semi-structuré : guide avec des questions ouvertes et fermées.

1. Quel rôle a la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie ? Expliquer votre choix.

Indispensable ----- Essentiel ----- Utile mais pas essentiel ----- Pas essentiel

2. Selon-vous, qu'est-ce qui influence la participation des résidents au sein du PASA ?

3. Selon-vous, le contexte et l'intervention au sein du PASA ont-ils une influence sur la motivation des résidents ?

Oui ----- Non

Si oui, sur quels critères vous appuyez-vous pour l'affirmer ?

4. Quelles sont les différences entre les activités proposées au sein de l'unité de vie et celles proposées au sein du PASA ? Quels sont selon-vous les critères qui rendent une personne différente en unité de vie qu'en PASA ?

5. Avez-vous déjà entendu parler du mot « apathie » ? Si oui, qu'est-ce que l'apathie selon-vous et comment définiriez-vous une personne apathique ?

6. Selon-vous, quels sont les bénéfices apportés par les occupations proposées aux résidents ? Pourriez-vous citer quelques exemples d'effets bénéfiques ?

7. Comment vous positionnez-vous quand des résidents font preuve d'apathie au cours d'une activité ?

8. Faites-vous référence à un modèle conceptuel en ergothérapie ? Si oui, lequel ?

9. Questions d'ouverture : Utilisez-vous une approche particulière telle que la Validation de Naomi Feil, la méthode Montessori, l'Humanitude... ? Quels moyens thérapeutiques pourraient être mis en place au sein de l'unité de vie ?



### FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT DES PROFESSIONNELS

Sujet de l'entretien : Phase exploratoire du mémoire de fin d'étude

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je souhaite recueillir votre témoignage en me basant sur un entretien semi-dirigé. Ce recueil participera à l'analyse de données provenant de professionnels de santé. Suite à l'interprétation de ces résultats, le but est de proposer une analyse exploratoire qui rentre dans la démarche utilisée pour la réalisation de mon mémoire sur « **L'intervention en Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) dans la lutte contre l'apathie** ».

Acceptez-vous de participer à la constitution de ce travail ? OUI  NON

Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Vous pouvez refuser d'y participer et, si vous acceptez, vous pourrez à tout moment demander l'arrêt de l'entretien sans que cette décision n'affecte la qualité de votre profession.

Ces données seront utilisées exclusivement à cette fin. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au : PREFMS, Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé – Institut de formation en ergothérapie – 74 voie du TOEC TSA 400-31 – 31059 TOULOUSE CEDEX 9 – Tél : 05-61-32-43-86

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Nom du professionnel : ..... Prénom : .....

Date :

Signature



Questions en amont

- Depuis quelle année êtes-vous diplômé ergothérapeute ?
- Quel a été votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en gériatrie ?
- En quelle année a été créé le PASA de votre établissement ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous au sein d'un PASA ?
- Avez-vous connu des changements au fil du temps (pratique professionnelle, prise en soins, patients...) ? Expliquer

Annexe VIII : SYNTHÈSE DES QUESTIONS ENVOYÉES EN AMONT

	<b>Ergothérapeute A</b>	<b>Ergothérapeute B</b>	<b>Ergothérapeute C</b>
Année d'obtention du diplôme d'ergothérapeute	2001	2010	2010
Parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui	Elle a travaillé en tant qu'ergothérapeute en rééducation fonctionnelle de 2001 à 2004, puis en psychiatrie adulte de 2004 à 2011 et en EHPAD comprenant un PASA depuis 2011 jusqu'à aujourd'hui.	Elle a travaillé en tant qu'ergothérapeute à Paris en clinique de rééducation (orthopédie, traumatologie, neurologie, gériatrie et hôpital de jour). Ensuite, elle a changé de région et créé un poste en SSR gériatrique et accueil de jour puis, en EHPAD et plateforme départementale d'accompagnement et de répit. Enfin, elle a participé à la création d'un PASA de A à Z. Elle anime également des formations « manutention/GAPA » pour l'hôpital mais aussi pour le GRETA.	Elle a travaillé en tant qu'ergothérapeute en gériatrie depuis le début de sa carrière : en EHPAD pendant 1 an, dans un établissement avec plusieurs services (EHPAD avec PASA, accueil de jour, SSR, UCC, plateforme d'accompagnement et de répit) pendant 6 ans, et actuellement en EHPAD avec PASA depuis mai 2017.
Nombre d'années d'expérience en gériatrie	8 ans	7 ans	Presque 9 ans
Année de création du PASA de l'établissement	2011	2018	2012

Nombre d'années d'expérience en PASA	8 ans	1 an mais elle a contribué à sa création depuis juillet 2017	8 ans
Changements connus au fil du temps (pratique professionnelle, prise en soins, patients...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Changement de profils des résidents bénéficiant du programme PASA.</li> <li>- Approche centrée sur les besoins des résidents et non des besoins institutionnels.</li> <li>- Plus de profils apathiques et moins de personnes avec des troubles du comportement bruyants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a des patients qui arrivent plus tard dans la maladie.</li> <li>- C'est une prise en soins qui a beaucoup évolué puisque les troubles sont encore plus importants.</li> <li>- Elle est passée par plusieurs services donc la prise en soins elle a forcément évolué.</li> <li>- Elle a fait évoluer sa pratique, elle s'est adaptée aux différents secteurs donc il y a eu un changement pour elle dans sa pratique professionnelle.</li> <li>- Elle a mûri dans son métier aussi et elle a fait des formations qui l'ont fait changer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Changements de l'approche du résident.</li> <li>- Il y a des profils de résidents de plus en plus différents.</li> </ul>

*Tableau de présentation des trois ergothérapeutes interrogées*

1 Retranscription entretien Ergothérapeute A

2  
3 Questions au cours de l'entretien :

4  
5 *Question 1 : Quel rôle a la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie ? Expliquer votre choix.*

6  
7 **Indispensable** ----- **Essentiel** ----- **Utile mais pas essentiel** ----- **Pas essentiel**

8  
9 C'est indispensable. Alors, ce n'est peut-être pas la même chose, mais pour moi dans la motivation il y a aussi  
10 de l'engagement que va pouvoir avoir la personne et c'est ce que l'on recherche, c'est-à-dire qu'il y ait un intérêt pour  
11 elle à se mettre en mouvement par rapport à l'apathie. C'est ce que l'on recherche au sein du PASA à travers les  
12 activités, donc forcément c'est indispensable pour pouvoir poursuivre après, pour qu'il y ait un ancrage je dirais au  
13 niveau de la structure, en tout cas une confiance qui s'installe avec les accompagnateurs dont l'ergothérapeute entre  
14 autres. On doit passer par là, par aller rechercher cette motivation pour que la personne puisse s'engager après dans  
15 d'autres activités. Il faut qu'on aille la chercher, qu'on la découvre cette motivation. Dès qu'elle émerge, à ce moment-  
16 là, on sait qu'il va y avoir un travail. On a le lien donc on va pouvoir proposer peut-être d'autres panels d'activités où la  
17 personne va pouvoir être mobilisable.  
18

19 *Question 2 : Selon-vous, qu'est-ce qui influence la participation des résidents au sein du PASA ?*

20  
21 Je pense que l'important déjà c'est la prise de plaisir à travers les activités. C'est un des critères qui va influencer  
22 la participation du résident, c'est-à-dire que si à un moment donné il prend plaisir dans l'activité, il va bien vouloir  
23 récidiver. C'est encore une participation, on fidélise un petit peu sa participation parce qu'il y aura eu une prise de  
24 plaisir, une émotion positive qui sera associée, rattachée à un atelier, un endroit, une personne peut-être.  
25 Il y a également l'effet de groupe qui est important et c'est ce que l'on met en place au niveau de la structure PASA. Le  
26 fait d'avoir une place dans un groupe, le côté social un petit peu du groupe, pour moi, c'est ce qui engage, c'est ce  
27 sentiment d'appartenance, qu'on appartient à un groupe et qu'on y a une place.  
28 Ensuite, il y a l'estime de soi mais aussi le fait de valoriser la personne et d'arriver à lui proposer des activités qui sont  
29 on va dire à son niveau, dans ses capacités pour justement favoriser sa participation et son engagement.  
30 Alors évidemment au début on tâtonne, on ne sait pas trop, même si on part de son histoire de vie pour essayer de  
31 recueillir ses centres d'intérêts parfois c'est un peu comme la madeleine de Proust, il y a un objet, une situation qui va  
32 faire émerger quelque chose de connu avec une émotion agréable et là on va avoir sa participation.  
33 Dès que la personne a le sentiment d'être actrice, d'avoir une maîtrise sur son environnement ou à travers l'activité, sa  
34 participation est engagée. Cela passe également par la possibilité de faire des choix à travers une activité. Si la personne  
35 se positionne, c'est-à-dire si elle exprime une opinion, qu'elle se positionne, on sent que là, effectivement là pour nous  
36 en tant que soignant on a gagné, il y a eu une participation de sa part volontaire, consciente.  
37 Les activités proposées au sein du PASA influencent beaucoup la participation des résidents du fait qu'elles sont  
38 adaptées à leurs capacités, qu'elles sont menées en petits groupes et toujours par les mêmes professionnels.  
39 Après, il y a le lieu, l'environnement du PASA comme il ressemble à une petite maison, il va favoriser la participation et  
40 l'engagement des résidents souffrant de démence grâce à des espaces spécialement aménagés pour eux.  
41

42 *Question 3 : Selon-vous, le contexte et l'intervention au sein du PASA ont-ils une influence sur la motivation*  
43 *des résidents ?*

44  
45 **Oui** ----- **Non**

46  
47 *Si oui, sur quels critères vous appuyez-vous pour l'affirmer ?*

48  
49 Oui, l'important étant les rituels que l'on met en place au sein du PASA car ils permettent à la personne déjà  
50 de s'orienter, d'avoir des repères vraiment et de rythmer sa journée. Il y a l'architecture aussi qui y fait parce que notre  
51 PASA ressemble vraiment à une maison donc il y a un côté un peu intimiste.

52 Le fait que ce soit en petit groupe permet également aux résidents de trouver une place. D'ailleurs, dès que le groupe  
53 est trop grand les résidents perdent leurs repères et ils ne se sentent pas à l'aise. Il y en a beaucoup qui l'expriment  
54 « Oh là là aujourd'hui il y a beaucoup de monde », il faut donc arriver à doser la quantité du groupe, la grandeur du  
55 groupe.  
56 Puis, il y a tout ce qui va être autour des stimulations, c'est-à-dire on sait que s'ils sont trop stimulés on va avoir les  
57 résultats inverses de ce que l'on recherche. Du coup, on est attentif au niveau du bruit et on est attentif à comment on  
58 leur propose de se placer au sein du groupe.  
59 Les rituels instaurés au sein du PASA peuvent avoir une influence sur la motivation des résidents car je pense qu'il y a  
60 une fréquence aussi à apporter à la personne. Alors, on a tâtonné, au départ on pouvait prendre une personne qu'une  
61 fois par semaine. Mais on voit que quand même, même s'ils sont désorientés dans le temps et parfois dans l'espace, il  
62 y a un rituel et des prises de repères qui se prennent. En effet, plus on va les voir assez fréquemment et plus on va  
63 inscrire quelque chose en eux. Il y a donc quand même un rapport au temps malgré tout.  
64 Puis l'intervention, c'est la façon dont nous en tant que professionnel on se positionne avec ces personnes, la relation  
65 de confiance que l'on peut instaurer et la façon dont on propose les différentes activités. Lorsque l'on est sur le PASA,  
66 on est habillé en civil et non en blouse blanche comme les soignants de l'EHPAD. On remarque que les résidents sont  
67 plus motivés pour venir sur le PASA que pour participer à des animations sur l'unité de vie. L'approche et la relation  
68 soignant-soigné ne sont pas les mêmes, au sein du PASA on est plus proche d'eux, on les connaît mieux et on est  
69 beaucoup plus disponible pour eux et c'est vraiment quelque chose dont ils se saisissent. On favorise la communication  
70 horizontale, d'égal à égal avec les résidents et on essaie de sortir du contexte de soins. Naomi Feil parle de sentiment  
71 de sécurité comme un besoin à assouvir pour la personne démente.  
72 L'environnement du PASA favorise la participation et l'engagement des résidents apathiques à travers les activités qui  
73 y sont proposées. Les personnes sont stimulées de façon à sortir en quelque sorte de leur apathie.  
74

75 *Question 4 : Quelles sont les différences entre les activités proposées au sein de l'unité de vie et celles*  
76 *proposées au sein du PASA ? Quels sont selon-vous les critères qui rendent une personne différente en unité*  
77 *de vie qu'en PASA ?*

78  
79 Déjà, elles ne sont pas menées par les mêmes professionnels donc forcément on n'a pas le même regard, on  
80 n'a pas la même façon de proposer les activités et on n'a peut-être pas la même recherche de participation non plus.  
81 Ensuite, le lieu dans lequel sont proposées les activités peut être pris en compte comme notre PASA, c'est une petite  
82 maison, l'aménagement des pièces est différent de celui de l'unité de vie. On peut proposer des activités autres que  
83 celles proposées sur l'EHPAD car on dispose d'une cuisine, d'un jardin et de pièces aménagées pour certaines activités  
84 telle que la salle Snoezelen par exemple.  
85 Rien que le passage de la porte du PASA leur redonne une identité, ce ne sont plus des patients dont on s'occupe tout  
86 le temps. En tant que professionnel ergothérapeute, on fait très attention à être vraiment dans un accompagnement  
87 de faire avec et de ne pas faire à la place, alors qu'encore certains soignants même s'ils sont formés par rapport à la  
88 maladie d'Alzheimer, ils ont quand même toujours tendance à vouloir faire à la place. Nous sur le PASA, on essaie de  
89 laisser émerger justement, de voir jusqu'où la personne peut aller si on lui laisse l'espace pour faire elle-même.  
90 Fin moi en tout cas, j'ai cette expérience de la psychiatrie et suivant d'où l'on vient, la médiation on l'étudie. On sait  
91 qu'est-ce que c'est qu'une médiation, comment on va l'utiliser, qu'est-ce qu'on recherche derrière comme objectif que  
92 je ne pense pas que le soignant sur l'EHPAD cherche, il va être plus dans l'animation. Les activités ne vont pas être  
93 menées de la même manière, sur le PASA ce seront davantage des activités à visée thérapeutique alors que sur l'unité  
94 de vie ce seront plutôt des activités d'animation.  
95  
96

97 Déjà la proximité, c'est-à-dire quand on est sur la structure, on est disponible pour eux parce que je pense  
98 qu'on est moins fatigué que les soignants et on est avec eux de 10h à peu près jusqu'à 16h. On va dire vraiment en  
99 continu, ils ont une présence et un sentiment de sécurité de ne pas être face au vide, perdu face au vide. Il y a toujours  
100 quelqu'un, on est toujours là pour leur redonner des repères, pour les rassurer et avoir une relation comme ça un petit  
101 peu en continu. C'est quelque chose d'important pour eux et ils voient la différence puisque dès qu'ils repassent la  
102 porte de l'EHPAD le soir de nouveau les troubles réapparaissent. On essaie de faire un accompagnement au plus près,  
103 mais au niveau de la séparation on voit que c'est compliqué pour pas mal de résidents parce qu'ils sont dans le vide et  
104 n'ont pas de repères sur la structure car elle est trop grande et il n'y a pas une approche personnalisée. Après, au niveau

105 de la communication, nous même le fait de travailler dans une structure qui ressemble à une maison ce n'est pas qu'on  
106 ne se sent pas au travail mais avant d'être un soignant on est un humain qui entre en relation, en communication avec  
107 l'autre. On est habillé en civil et on partage des moments de vie donc cela favorise la communication que l'on peut  
108 avoir avec eux. Vraiment on travaille et on communique on va dire d'égal à égal, alors que le soignant sur l'unité de vie,  
109 je pense que c'est beaucoup plus difficile pour ce professionnel dans l'établissement de se trouver, de se mettre en  
110 tout cas dans ce niveau de relation comme ça un peu horizontal. Il y a toujours cette volonté de la responsabilité que  
111 l'on peut avoir vis-à-vis d'un résident, le fait qu'on n'a pas trop le temps, que justement on n'est pas disponible et la  
112 personne le ressent, du coup la communication ne se fait pas de la même manière. Pour pouvoir communiquer et  
113 entrer en relation il faut que l'on sente que le récepteur est disponible (notion d'émetteur-récepteur). Si l'on sait que  
114 la personne en face est pressée, on n'aura pas envie de communiquer avec elle et on n'aura pas forcément envie  
115 d'entrer en relation. Il n'y a pas la rencontre, alors qu'ici au sein du PASA, on a tellement de temps quelque part, cette  
116 chance, que la rencontre est favorisée. Ce n'est pas la même approche entre des professionnels sur l'EHPAD et des  
117 professionnels sur le PASA.  
118 Le fait que nous travaillons dans cet environnement du PASA, d'une petite maison influence beaucoup sur la prise en  
119 soins. D'ailleurs, on a fait l'expérience d'essayer de recréer nos ateliers de temps en temps sur l'EHPAD quand il y avait  
120 des épidémies. On était confiné et on devait rester sur l'unité de vie donc avec le même profil fin les mêmes résidents  
121 dans une salle plus ou moins appropriée dans la structure. Et nous même déjà on n'est pas à l'aise, on n'a pas le même  
122 comportement. Nous aussi on crée des repères au sein de la structure et c'est cet ensemble de repères qui est créé par  
123 les accompagnateurs et les résidents qui fait la différence.  
124 On n'est pas pareil parce qu'il y a toujours des parasites dans l'établissement quand on fait des activités et les personnes  
125 elles-mêmes le fait de ne pas sortir, elles n'ont pas la même participation. On a plus de difficultés à aller les chercher,  
126 à les mobiliser pour les emmener jusqu'à la salle d'animation.  
127

128 *Question 5 : Avez-vous déjà entendu parler du mot « apathie » ? Si oui, qu'est-ce que l'apathie selon-vous et*  
129 *comment définiriez-vous une personne apathique ?*

130  
131 Oui. Pour moi, dans les profils que je peux rencontrer, on peut retrouver l'apathie dans les démences surtout  
132 dans la maladie d'Alzheimer. Ce sont des personnes qui vont avoir quand même une fluidité verbale pas très importante  
133 avec souvent un manque du mot, fin en tout cas il y a un langage qui est conservé mais qui peut être appauvri.  
134 Sur le plan physique, elles peuvent avoir quelques difficultés, elles sont ralenties on va dire, ralentissement  
135 psychomoteur des profils que j'ai en tête et ce ne sont pas des personnes extraverties de personnalité en principe. Ce  
136 sont des individus qui ont eu une vie de ce que j'en ai écho quand ils me racontent leur vie, c'est une vie assez tranquille,  
137 il n'y a pas de grand mouvement.  
138 Il y a la maladie d'Alzheimer, il peut y avoir aussi tous les profils on va dire avec des antécédents psychiatriques ou un  
139 profil psychiatrique, donc là il y a une apathie qu'on ne va pas stimuler de la même façon par contre. Chez la personne  
140 qui a des problèmes psychiatriques on va être un petit peu plus cadrant, un petit peu plus directif pour la sortir de cette  
141 apathie, essayer de la stimuler.  
142 La personne démente on lui laisse plus de temps je dirais parce qu'on sait qu'il lui faut du temps pour que peut-être à  
143 un moment donné c'est elle qui sorte un petit peu de cette apathie.  
144 Pour moi, une personne apathique si on la laisse assise sur sa chaise, elle ne va pas voir ses capacités d'initiative  
145 forcément à bouger, à se lever, elle n'aura pas d'objectif. Elle va être au niveau émotionnel un petit peu émoussée,  
146 mais dès que quelqu'un va aller à sa rencontre pour la stimuler, à ce moment-là, on a du répondant en face donc c'est  
147 quelqu'un qui est stimuable. Si on la laisse elle reste dans son apathie mais si on va à son contact et qu'on essaye de  
148 lui proposer des choses on peut facilement la sortir de cette apathie.  
149 Parmi les résidents que je rencontre sur l'EHPAD, une personne est apathique si je la croise à 9h et que quand je reviens  
150 dans l'unité à 16h je la vois à la même place n'ayant pas bougé, ayant les yeux ouverts sur ce qui se passe autour d'elle  
151 mais avec quand même au niveau du visage un manque de langage non verbal, une absence de mimiques. Ça ne  
152 s'éveille et ça ne s'exprime au niveau du visage que lorsqu'elle va croiser un regard où il va y avoir une relation duelle  
153 qui s'installe, c'est-à-dire c'est comme si elles étaient enfermées dans leur bulle. Il peut y avoir du bruit autour d'elles,  
154 bon elles ne sont pas fermées au monde mais il n'y a rien qui les fasse vraiment réagir.  
155 Après, il y a la psychologue qui peut sur les dires des soignants repérer les personnes apathiques.  
156 Une personne apathique souvent c'est quelqu'un qui ne va pas déambuler seule ou à peu de moment il y aura vraiment  
157 une déambulation à la recherche de quoi que ce soit. Il faut la solliciter pour la mettre en mouvement car d'elle-même

158 elle n'aura pas l'initiative. C'est quelqu'un qui n'est pas dans la demande c'est-à-dire que ce soit par son comportement  
159 ou par le langage, il y a très peu de demande malgré un langage qui peut être conservé donc là quand même cela pose  
160 question.  
161

162 *Question 6 : Selon-vous, quels sont les bénéfices apportés par les occupations proposées aux résidents ?*  
163 *Pourriez-vous citer quelques exemples d'effets bénéfiques ?*

164  
165 Le corporel, tout ce qui est atelier avec une approche corporelle, où il y a un ressenti corporel. Cela peut être  
166 les ateliers de mobilisation corporelle ou encore un atelier sensoriel sur le toucher par exemple. C'est important, il y a  
167 quelque chose autour du corps, de l'éveil du corps, de l'éveil des sens pour se sentir peut-être vivant. Je trouve que  
168 c'est important de mettre en action, d'avoir quelque chose à faire, d'avoir un objectif. Là je vois par rapport aux séances  
169 d'APA sur les personnes apathiques, j'ai vu un peu la différence par rapport aux activités qu'on proposait sur le PASA  
170 avec ma collègue ASG. La personne arrive à se mettre en mouvement de façon accélérée par rapport à son rythme  
171 habituel. Dès qu'il y a un objectif, on va dire avec un mouvement de la vie quotidienne c'est-à-dire aller attraper un  
172 objet, circuler entre des plots mais avec un objet à aller attraper, j'ai remarqué que les résidents accélèrent le rythme  
173 et augmentaient la longueur des pas.

174 C'est stimuler le langage, stimuler tout ce qui va être réminiscence puisque qu'est-ce qui fait que tu es un être ? C'est  
175 parce que tu as eu une vie, tu as des souvenirs et tu t'inscris dans l'histoire et dans le temps. Chacun a une histoire  
176 singulière qu'il peut raconter aux autres. C'est ce qui fait que tu es quelqu'un et que tu as une identité. Tous ces  
177 repères : j'ai eu des parents, j'ai eu des grands-parents, dans quelle lignée je m'inscris, j'ai eu un métier, pas de  
178 métier, qu'est-ce que j'ai fait dans ma vie... On sent que sur les ateliers réminiscence, c'est des personnes qui au fur et  
179 à mesure prennent place même si elles ont un langage qui peut être un peu appauvri, elles arrivent à prendre place et  
180 à raconter leur vie, à se raconter. Donc, c'est un des ateliers qui me semble important car il permet de retrouver une  
181 identité ne serait-ce que de se nommer et pour les personnes apathiques c'est très important. A l'arrivée au PASA, on  
182 essaye de refaire un tour et ces personnes se nomment d'ailleurs très facilement et plus on les nomme et plus on leur  
183 redonne une existence, cela renforce également leur estime de soi. C'est aussi une appartenance au groupe et sentir  
184 que finalement elles peuvent compter et échanger avec d'autres personnes, qu'elles ne sont pas seules...  
185 Il y a également le fait de se sentir utile à travers des activités qui peut être important pour les personnes apathiques.  
186 Je vois par exemple, autour de l'atelier cuisine il y a des personnes qui participent et qui se sentent importantes. Alors,  
187 après effectivement au niveau de la production ou de l'objet fini il n'y a pas une valorisation autour de ça forcément  
188 mais c'est sur l'instant présent. Le fait de leur demander de l'aide et de participer physiquement à une activité je pense  
189 qu'au niveau de la valorisation, de l'estime de soi c'est important, elles se sentent utiles.  
190

191 *Question 7 : Comment vous positionnez-vous quand des résidents font preuve d'apathie au cours d'une*  
192 *activité ?*

193  
194 Ce n'est pas une question facile... Alors déjà j'essaie de voir si c'est vraiment de l'apathie ou si c'est parce qu'il  
195 y a un changement de l'état général, c'est-à-dire ça peut être des personnes qui n'ont pas dormi la nuit d'avant ou en  
196 tout cas qu'on sent fatigué, qui sont un peu plus somnolentes ces jours-là.

197 Forcément je vais aller vers elles, je vais les solliciter, je vais être dans la proposition et en général il n'y a pas besoin de  
198 beaucoup insister. Les personnes apathiques sont plutôt volontaires quand on leur propose quelque chose, elles vont  
199 dire oui de suite, c'est rare qu'elles refusent.

200 Alors peut-être dans les versants plus psychiatriques où là cela peut être un peu plus compliqué parce que vraiment  
201 c'est une apathie bien ancrée donc on va avoir plus de difficultés pour les motiver. Il faut être plus directif c'est ce que  
202 je te disais tout à l'heure parce qu'on sent que sinon la personne, elle a ce côté clinophile que l'on ne retrouve pas chez  
203 l'apathie de la démence par exemple.

204 Du coup, face à une personne apathique, je vais la stimuler et la solliciter pour essayer de la motiver et de la faire  
205 participer à une activité. Pour cela, je vais forcément toujours poser la même question c'est : « J'ai besoin de vous ou  
206 nous allons passer un moment agréable », c'est-à-dire lui proposer quelque chose où peut-être il y aura un bénéfice  
207 pour elle, déjà le lui annoncer.

208 Après, je l'invite à donner son avis sur l'activité que font les autres personnes du groupe ou je la sollicite verbalement  
209 avec des questions fermées : oui/non, puis je lui demande de faire un choix entre une chose et une autre. Lors d'un

210 atelier créatif par exemple, j'invite la personne à faire un choix de couleur. Je laisse le temps à la personne de regarder  
211 les autres résidents puis je la sollicite pour voir si elle arrive à reproduire les gestes par mimétisme.  
212 Si cela bloque, je peux proposer de faire l'activité avec elle c'est-à-dire d'initier l'action en m'installant à côté d'elle et  
213 en lui demandant de faire la même chose que moi. Parfois, il suffit de mettre la personne en binôme avec un autre  
214 résident et chacun à la hauteur de ses moyens parvient à réaliser l'activité. Cela met une autre dynamique et permet  
215 la valorisation par le groupe pour retrouver une identité sociale, un plaisir à faire.  
216 Ce sont des personnes qui sont capables de faire des activités mais qui n'auront pas l'initiative de les faire. C'est à nous  
217 de remplacer cette étape-là, c'est-à-dire d'initier à chaque fois l'action pour que la personne puisse dérouler toute  
218 seule l'activité par la suite. Il manque juste ce pas pour avoir l'initiative de faire l'activité. On va proposer, on va avoir  
219 une approche et proposer une activité dans ce sens où elles seront peut-être en boucle automatique et pas sur des  
220 consignes particulières. Il faut les mettre dans un environnement qui va faciliter les gestes automatiques.  
221

222 *Question 8 : Faites-vous référence à un modèle conceptuel en ergothérapie ? Si oui, lequel ?*

223  
224 Depuis peu, c'est vrai qu'on s'est intéressé au MOHOST que ce soit la psychologue ou ma collègue ASG ou moi-  
225 même, on trouvait vraiment un intérêt dans tout ce qui était engagement, participation de la personne et d'essayer un  
226 petit peu de balayer tout son environnement, tout ce qui pouvait être obstacle ou facilitateur. On est dans cette  
227 approche-là donc c'est vrai que parfois de le prendre comme un concept mais aussi comme une évaluation et de le  
228 poser peut nous aider à voir des choses que l'on n'avait pas repéré au niveau du contexte familial, notamment au  
229 niveau des visites que les résidents ont des familles qui ne sont parfois pas pareilles. Il peut y avoir un impact sur leur  
230 comportement.  
231 Je le trouve facile d'accès au niveau passation et assez adapté par rapport à ce que l'on propose au PASA et la  
232 psychologue était de mon avis quand elle a découvert le modèle. Elle trouvait que c'était vraiment intéressant car il  
233 nous permet d'axer davantage les activités qui sont bénéfiques pour la personne, où elle va vraiment avoir une  
234 participation active.  
235 Le MOHOST est plus détaillé et se rapproche plus de l'évaluation que l'on a de l'activité. La MCRO est plus conceptuelle,  
236 beaucoup plus compliquée à remplir et moins détaillée. Je me suis davantage appropriée le concept MOHOST que le  
237 concept MCRO, mais bon pourquoi pas.  
238

239 **Questions d'ouverture à la fin de l'entretien :**

240  
241 *Question 9 : Utilisez-vous une approche particulière telle que la Validation de Naomi Feil, la méthode*  
242 *Montessori, l'Humanitude... ? Quels moyens thérapeutiques pourraient être mis en place au sein de l'unité de*  
243 *vie ?*  
244

245 J'utilise toutes les techniques de communication qui peuvent faciliter justement l'engagement de la personne.  
246 Donc oui on utilise les 3 suivant le profil des résidents. Pour les personnes apathiques Montessori c'est vrai que c'est  
247 pas mal. On utilise, je ne l'ai pas dit tout à l'heure, mais on peut utiliser le mimétisme pour faciliter parfois la  
248 gestuelle : « Faites comme moi ». Dans ce cas-là, c'est plus du Montessori, c'est « Parler moins et montrer plus ».  
249 L'Humanitude, à chaque fois que l'on a un contact avec la personne on est dans ce concept là, dans ces relations-là de  
250 capter le regard, du toucher. Pour les personnes apathiques, c'est important d'avoir à capter leur regard, qu'il y ait  
251 cette boucle-là qui soit faite avant de commencer quoi que ce soit.  
252 Et Naomi Feil oui, alors c'est vrai qu'on a tendance à être dans un langage non verbal, on essaye de percevoir, c'est plus  
253 compliqué je trouve avec les personnes apathiques d'utiliser cette approche-là. Après le sentiment de l'utilité  
254 développé par Naomi Feil on l'utilise, on essaye de rechercher quel est le besoin de la personne, le besoin primaire.  
255 C'est vrai qu'après au niveau de l'expression vraiment verbale on l'utilise plus chez des personnes qui vont avoir des  
256 comportements bruyants, qui vont être désorientées, perdues et souvent ce n'est pas ce qui est typique de la personne  
257 qui va avoir un profil apathique.  
258

259  
260 C'est être auprès d'elles, peut-être installer ces personnes au moment du repas ou hors des moments de repas  
261 à côté d'autres personnes qui sont un peu plus dans l'expression, qui vont les interpeller. Il faut parvenir à créer une



262 interactivité entre les personnes, donc c'est important de mettre ces personnes à côté d'autres personnes qui vont être  
263 un petit peu plus dans le langage, qui interpellent davantage et qui sont un peu moins apathiques on va dire.  
264 Après c'est tout ce qui va être activités sensorielles et là notamment, ils ont mis en place La Tovertafel et c'est vrai que  
265 tous les jours c'est bien. Il y a aussi tout ce qui est du domaine du Snoezelen, c'est-à-dire une approche corporelle,  
266 sensorielle du toucher, tout ce qui va être autour du massage. Ce sont des personnes qui sont très réceptives aux  
267 massages, à la musique, à la relaxation. Mais après il va falloir favoriser cette interaction car c'est ce qui manque à  
268 l'heure actuelle sur l'EHPAD.  
269 C'est un accompagnement dans leur stimulation, alors autour de la toilette et tout elles sont stimulées il n'y a pas de  
270 soucis, mais c'est plutôt au cours de la journée. Les jours où elles ne vont pas sur le PASA, ces personnes peuvent passer  
271 la journée sans avoir d'activité. Il faut donc créer du lien, les aider à pouvoir créer du lien avec les autres, le côté un peu  
272 social. On s'est aperçu qu'il y avait certaines personnes parfois qui s'en saisissaient, qui repéraient leur chambre,  
273 allaient se fermer à clef ou voulaient inviter un autre résident à venir dans leur chambre de façon spontanée. Il y a une  
274 envie, il y a un désir qui émerge. On peut susciter le désir je pense chez ces personnes, mais maintenant c'est quelque  
275 chose à faire au quotidien. Je sais que c'est difficile pour les soignants de le mettre en place, mais c'est des personnes  
276 qui devraient être dans des unités de vie où on les stimule, je ne sais pas, une à deux fois par jour et où il y a un  
277 environnement qui favorise cette interaction avec l'autre.  
278 C'est aussi les sortir à l'extérieur, qu'elles ne soient pas enfermées afin de favoriser la stimulation sensorielle par la  
279 nature : « Il fait chaud, il fait froid ..., les petits oiseaux chantent ». A ce moment-là, on retrouve un langage spontané  
280 « Tiens, un chien aboie, j'entends un chien aboyer ». Il ne faut surtout pas aseptiser leur environnement bien au  
281 contraire.

## Retranscription entretien Ergothérapeute B

### Questions au cours de l'entretien :

*Question 1 : Quel rôle a la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie ? Expliquer votre choix.*

Indispensable ----- Essentiel ----- **Utile mais pas essentiel** ----- Pas essentiel

Utile on va dire. Donc la motivation du patient en quoi elle est utile ? Pour déjà, rien que pour prendre part pas au projet du service, mais aux objectifs de prise en soins.

Pour les personnes apathiques, si vraiment il n'y a aucune motivation, cela va être très dur, c'est qu'elles sont quand même très avancées et cela va être très dur de faire quelque chose avec elles. Pour pouvoir initier un minimum d'activités, un minimum de participation, il faut qu'il y ait un peu de motivation. Voilà, ça facilite beaucoup la prise en soins du thérapeute.

Après, s'il n'y en a pas, on va essayer de proposer quelque chose, mais il y a beaucoup moins d'échecs quand les résidents ont un minimum de motivation.

Alors pour favoriser et trouver cette motivation on va utiliser plusieurs moyens. On va passer par leurs habitudes de vie essentiellement, donc leurs loisirs, leurs passions, le métier qu'ils ont pu pratiquer et puis par des petites choses du quotidien. Dès qu'on voit qu'ils commencent à accrocher, si ce n'est à la participation à la vie quotidienne, aux tâches de la vie quotidienne, dès qu'on voit qu'il y a un soupçon d'intéressement pour quelque chose, on s'accroche dessus.

C'est vrai que la motivation est quand même nécessaire pour que la personne s'engage dans les activités que l'on peut lui proposer. Elle permet aussi à la personne d'être plus réceptive aux activités proposées et de s'épanouir dans ce qu'elle fait.

*Question 2 : Selon-vous, qu'est-ce qui influence la participation des résidents au sein du PASA ?*

Déjà, les activités en lien avec leurs habitudes de vie, le goût qu'ils avaient pour ces choses-là, après beaucoup la posture du thérapeute, le rôle qu'on a, nos compétences et la sympathie qu'on attire ou pas aussi.

L'effet de groupe aussi ça marche beaucoup. Si on arrive à motiver peut-être une personne qu'ils repèrent pour eux dans le groupe ça facilite énormément.

Le mimétisme peut également influencer la participation des résidents dans les activités.

Ensuite, il y a le lieu que propose le PASA, l'environnement du PASA qui est facilitateur. C'est un environnement qui favorise la participation des résidents, c'est un lieu où même eux le disent, où ils ont l'impression d'être comme les autres. Le PASA est un espace spécialement aménagé pour eux, ils se retrouvent en petits groupes et les activités proposées font références à leurs habitudes de vie.

Un autre critère relatif au PASA de notre EHPAD, c'est que l'hiver on n'a pas de difficulté à les faire venir sur le PASA parce qu'en fait tout est accessible de l'intérieur, il ne faut pas passer par l'extérieur pour aller au PASA.

Le PASA de notre EHPAD est sur la même structure mais pas dans les services. C'est sur le même site mais pas sur le même service, donc les personnes sont obligées de sortir de leur service pour arriver au PASA. Il y a vraiment un temps de transition qui est correct en temps mais qui est indispensable pour les faire passer à autre chose.

*Question 3 : Selon-vous, le contexte et l'intervention au sein du PASA ont-ils une influence sur la motivation des résidents ?*

**Oui** ----- Non

*Si oui, sur quels critères vous appuyez-vous pour l'affirmer ?*

Oui bien-sûr. Le contexte du PASA c'est ce que je te disais tout à l'heure c'est quand même très facilitant, c'est un lieu avec plein de repères et où ils ont leurs habitudes, donc oui c'est facilitant. Nous en tant que professionnel je ne suis pas persuadée qu'ils cernent toi tu es l'ergothérapeute, toi tu es l'ASG (Assistant de Soins en Gériatrie) donc c'est plus la sympathie de la personne ce que je te disais tout à l'heure qui influe beaucoup, l'attitude professionnelle,

53 le côté aussi un peu familial parce que c'est quand même important sur ce service-là. Donc oui, oui oui ça influence  
54 énormément sur la motivation, la participation et l'engagement dans les activités.  
55

56 *Question 4 : Quelles sont les différences entre les activités proposées au sein de l'unité de vie et celles*  
57 *proposées au sein du PASA ? Quels sont selon-vous les critères qui rendent une personne différente en unité*  
58 *de vie qu'en PASA ?*

59  
60 Alors sur l'EHPAD, les activités proposées, il y a forcément des activités d'animation, donc grosse différence  
61 entre thérapeutique et animation. Ensuite, il y a des activités qui sont proposées quand même par la psychologue,  
62 l'autre ergothérapeute de l'EHPAD et l'APA (la professeure d'activité physique adaptée). Donc là, ce seront plutôt des  
63 accompagnements individuels, elles ne vont pas forcément s'attarder sur les personnes qui ont des troubles du  
64 comportement. Ça va être plutôt pour les autres personnes et c'est vrai que les personnes qui viennent au PASA  
65 souvent elles sont un peu écartées des animations, des autres activités parce qu'elles sont plutôt perturbatrices.  
66 Le PASA pour elles est donc plus adapté et va leur permettre de participer et de s'engager dans ce qui est proposé grâce  
67 à des activités thérapeutiques adaptées à leurs capacités. Et elles le disent clairement que jusque-là elles ne faisaient  
68 rien, c'est très clair pour elles. On le remarque aussi quand elles retournent dans les services où elles disent « j'ai passé  
69 une très bonne journée mais maintenant je vais m'ennuyer, je ne sais plus quoi faire. » C'est une perte de repères à ce  
70 moment-là.  
71 Les activités proposées sur l'unité de vie seront plutôt des activités d'animation en groupe ou des activités en individuel  
72 pour les personnes avec peu de troubles du comportement. Alors que sur le PASA c'est plutôt des activités  
73 thérapeutiques adaptées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées et ayant  
74 des troubles du comportement.  
75  
76

77 Déjà, il y a les critères des NPI qui reflètent bien ça, qui montrent qu'une personne est différente en termes de  
78 comportement entre l'unité de vie et le PASA. Après, on a des observations quotidiennes sur le comportement et puis  
79 voilà ce que je t'ai dit jusqu'à présent c'est que vraiment les personnes en service, elles ont tendance à flamber au  
80 niveau des troubles du comportement alors que sur le PASA ces troubles sont plutôt vraiment atténués. Cela vient du  
81 fait qu'elles sont en plus petits groupes déjà, qu'il y a moins d'éléments perturbateurs sur le PASA que sur l'unité de  
82 vie et que le lieu est tout simplement plus adapté. Nous aussi en tant que professionnel on a une posture et des  
83 compétences différentes de celles des professionnels qui travaillent sur l'unité de vie, donc cela peut contribuer aux  
84 changements de comportement des résidents.  
85

86 *Question 5 : Avez-vous déjà entendu parler du mot « apathie » ? Si oui, qu'est-ce que l'apathie selon-vous et*  
87 *comment définiriez-vous une personne apathique ?*

88  
89 Oui, bien-sûr qu'on en entend parler, c'est un des critères du NPI, donc qui est obligatoire sur les PASA, c'est  
90 un critère d'entrée. L'apathie, c'est un manque d'initiative, un désintérêt...  
91 Pour te donner une description de la personne apathique, c'est une personne qui est plutôt prostrée, le regard hagard,  
92 qui est en attente de rien. C'est une personne qui peut passer plutôt inaperçue. Une fois que la toilette est faite on va  
93 l'installer sur son fauteuil et elle y restera toute la journée. C'est des personnes qu'il faut stimuler pour échanger, on  
94 peut plutôt les oublier. L'apathie ce n'est pas un trouble du comportement qui est lourd sur l'EHPAD.  
95 Les personnes apathiques ne participeront pas aux activités de l'EHPAD par contre, l'équipe du PASA, on va les stimuler  
96 pour les faire venir sur le PASA. C'est des personnes que l'animation ne va pas chercher à prendre, parce-que bon elles  
97 sont tranquilles, elles ont dit non plusieurs fois, donc voilà.  
98 Par contre, pour les faire venir sur le PASA c'est plutôt facile quand même en tout cas pour les personnes que l'on a  
99 nous. Cela vient aussi du fait qu'on les rencontre en amont du PASA pour leur proposer, alors on ne propose pas de la  
100 thérapeutique, on propose de passer un bon moment, de venir boire le café et très souvent les personnes sont ouvertes  
101 et elles sont même étonnées de voir qu'il se passe quelque chose ailleurs. En fait, juste leur dire de sortir de la routine  
102 du quotidien, très souvent cela fonctionne et puis comme je disais tout à l'heure le fait de les intéresser à quelque  
103 chose qu'elles connaissaient aussi avant va favoriser leur acceptation et leur participation. Ici, c'est quand même assez  
104 rural donc on parle en occitan pour la plupart. Déjà de commencer à les aborder comme ça, à proposer un café ça  
105 fonctionne, c'est quelque chose d'accrocheur et c'est 80% de réussite. Il manque juste le fait d'aller les chercher, elles

106 sont disponibles. Ce ne sont pas des personnes qui ont envie de faire quelque chose, elles seraient prêtes peut-être à  
107 faire quelque chose mais elles n'ont pas forcément envie. Les personnes apathiques sont dans l'attente de quelque  
108 chose mais cela ne viendra pas d'elles.  
109

110 *Question 6 : Selon-vous, quels sont les bénéfices apportés par les occupations proposées aux résidents ?*  
111 *Pourriez-vous citer quelques exemples d'effets bénéfiques ?*

112  
113 Alors pour tous on a une activité qui marche très bien, on fait des ateliers d'écriture pour créer notre journal.  
114 On a créé le journal du PASA qui sort trimestriellement et ça, ça crée vraiment beaucoup d'engouement pour les  
115 personnes parce qu'on retrace les activités effectuées sur le PASA. On utilise vraiment leurs mots et c'est quelque chose  
116 qui est très valorisant pour elles au sein de la structure, auprès de leur famille et dans le service PASA. C'est une des  
117 activités phares et qui fonctionne très bien avec tout le monde parce qu'il y a toute la phase d'écriture, d'illustration,  
118 de relecture, puis de diffusion et après on le reprend tous ensemble une fois qu'il est diffusé. Et ça les personnes  
119 apathiques ça les stimule pas mal. C'est une activité qui marche pour tout type de personne, ça marche pour tout le  
120 monde.

121 Après, il y a les activités de la vie quotidienne donc tout ce qui est cuisine, pâtisserie, préparation du repas, vaisselle,  
122 rangement, c'est vrai que ce sont des activités qui ont beaucoup d'effets bénéfiques, qui fonctionnent beaucoup et  
123 avec tout le monde puisqu'elles demandent des gestes qu'ils connaissent par cœur et ça les valorise énormément.

124 Voilà, après le chant aussi ça marche très bien. Ici, on a un ASG qui joue de la guitare donc ça nous facilite pas mal les  
125 choses et ça pour les personnes apathiques c'est vraiment très bien.

126 Après, les activités manuelles c'est un peu au cas par cas. Les sorties extérieures aussi marchent à 100%.

127 Les personnes se montrent sous un autre jour à ce moment-là. Sur l'EHPAD elles ne sortent plus du tout et les ¾ ont  
128 l'habitude de rester sur le fauteuil de la chambre et attendre, ou dans le hall d'entrée à attendre, donc tout ce qui les  
129 sort du quotidien est favorable, tout ce qui est placé en force. Dès qu'on a leur consentement tout est plus simple.

130 Du coup, pour les personnes apathiques c'est principalement la création du journal et le chant qui fonctionnent très  
131 bien et qui permettent de favoriser l'engagement et la participation des résidents dans l'activité. Ces deux activités  
132 permettent de diminuer l'apathie de ces personnes mais aussi elles sont très valorisantes. La personne prend plaisir  
133 dans l'activité et comme je te disais ça permet de mobiliser leurs capacités et leurs habiletés. Les activités proposées  
134 aux résidents permettent de réduire leurs troubles du comportement, de les apaiser et de les canaliser.  
135

136 *Question 7 : Comment vous positionnez-vous quand des résidents font preuve d'apathie au cours d'une*  
137 *activité ?*

138  
139 Moi je vais plutôt chercher à quand même les solliciter alors sans être trop intrusive non plus mais quand même  
140 on va essayer de rechercher leur motivation, la participation. Je n'hésite pas à les solliciter, après si je vois que ça les  
141 met en difficulté j'arrête, mais on va dire que les personnes apathiques j'aurais plus tendance à les prendre en petit  
142 groupe qu'en grand groupe, elles ont besoin de plus d'attention.

143 On a des groupes de 14 personnes par jour, moi je prévois les activités par semaine et par jour aussi donc voilà il y a un  
144 planning fixe que l'on peut modifier selon les envies, les besoins de chacun. Après on se répartit, le matin on a plus  
145 tendance à rester en grand groupe parce que c'est plus facile après le café, les actualités tout ça c'est plus facile ; et  
146 l'après-midi on a plus tendance à se diviser en deux petits groupes, en deux groupes de 7 et ça fonctionne pas mal.  
147 Mais rien n'est figé, vraiment on s'adapte au jour le jour.

148 On fait des groupes hétérogènes pour que ceux qui justement sont un peu plus désinhibés motivent les apathiques et  
149 que les apathiques apaisent un peu les désinhibés.

150 Pour la motivation les groupes hétérogènes ça marche bien pour cadrer un peu les troubles autant des désinhibés que  
151 des apathiques c'est pas mal. Il s'instaure aussi énormément de relations entre les différents résidents au sein du PASA  
152 et en plus c'est entre les résidents d'un même service et de services différents.

153 En fait, c'est des personnes qui arrivent à se reconnaître même quand elles se retrouvent dans de grandes animations  
154 sur toute la structure, elles prennent leurs repères et ça fonctionne plutôt bien. Après, il peut y avoir toujours sur un  
155 groupe, on a 32 personnes nous qui viennent sur le PASA, on peut toujours avoir 2-3 indifférents, bon c'est normal.  
156 Mais, pour la plupart ça fonctionne très bien.  
157

158 *Question 8 : Faites-vous référence à un modèle conceptuel en ergothérapie ? Si oui, lequel ?*

159 Alors moi j'ai été diplômée en 2010, les modèles n'existaient pas ou on n'en parlait peut-être pas, donc je vais  
160 te dire l'occupationnel puisque c'est celui que je connais le mieux, plutôt le MOH que le MCREO.  
161 Je me base très peu dessus dans ma pratique professionnelle, franchement pour moi c'est de la théorie qu'on apprend  
162 à l'école qui est très bien pour vous les jeunes diplômés, mais moi ça ne me semble pas utile du moment que je ne les  
163 ai pas vu au cours de mes études. C'est très bien de mettre des mots dessus, j'aurais peut-être aimé les approfondir à  
164 l'école mais dans ma pratique quotidienne j'attends pas du tout après ça. Je ne me suis pas plus formée à ça, c'est de  
165 la théorie, je suis plus sur la pratique. Après, c'est chaque ergothérapeute qui fait son ergothérapie vraiment, donc il y  
166 en a qui vont être plus branchés sur la théorie et qui vont plus développer tous ces modèles, qui vont se cadrer dessus.  
167 Cela peut être bien pour encadrer des pratiques, c'est intéressant, après voilà, moi ça ne m'a pas été utile peut-être à  
168 tort mais cela vient aussi de ma formation initiale.  
169

#### 170 Questions d'ouverture à la fin de l'entretien :

171

172 *Question 9 : Utilisez-vous une approche particulière telle que la Validation de Naomi Feil, la méthode*  
173 *Montessori, l'Humanitude... ? Quels moyens thérapeutiques pourraient être mis en place au sein de l'unité de*  
174 *vie ?*

175

176 Alors j'ai été formée Humanitude donc bien-sûr qu'on l'utilise. Je pense qu'en tant qu'ergothérapeute on est  
177 quand même très sensible à tout cela sans avoir besoin de faire Humanitude, Naomi Feil et Montessori... Je trouve que  
178 tout ça, ça résume bien l'ergothérapie. Je trouve que c'est quand même plutôt instinctif chez nous tout ça, mais c'est  
179 vrai que j'ai été formée Humanitude, je suis référente Humanitude et j'utilise quand même les différents piliers de  
180 l'Humanitude.

181 Après, Montessori je m'y intéresse plus personnellement, je n'ai pas reçu la formation, mais c'est une méthode qui  
182 fonctionne très bien.

183

184

185 Alors en ce moment, moi je travaille sur un projet qui est très intéressant parce que bon tu as vu le PASA il a un  
186 an, il va faire un an de vie en avril. On s'est beaucoup questionné sur le retour dans les services ou les unités de vie et  
187 la majoration des troubles du comportement. Donc, moi j'ai fait la formation aménagement de l'environnement pour  
188 les personnes qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées et du coup on travaille sur ça.  
189 Fin, je travaille plus particulièrement dessus, sur l'aménagement des espaces en unités de vie et l'accès libre aux  
190 activités. Donc des activités plutôt du quotidien, des activités qui sont connues, voilà, c'est vraiment l'ouverture qui est  
191 faite du PASA sur les unités de vie.

192 C'est essayer de retrouver un environnement adapté pour ces personnes-là au sein de l'unité de vie.

193 L'EHPAD c'est censé être un lieu de vie, chez nous ça reste toujours un lieu de soins, on a quand même une philosophie  
194 très hospitalière. Du coup, c'est essayer de retrouver le lieu de vie tout en mêlant le lieu de travail pour les  
195 professionnels et le lieu de soins et vraiment réinstaurer cette idée de lieu de vie en créant des espaces de vie donc un  
196 coin qui fasse plutôt salon, salle à manger mais vraiment visuellement qu'on le comprenne réellement. Un coin qui  
197 fasse plus cuisine où les personnes puissent se servir, puissent faire d'elles-mêmes un café, un thé, ... Et un espace peut-  
198 être plus activités libres du quotidien avec du pliage, du repassage, un balai pour qu'elles puissent passer le balai, enfin  
199 bon voilà. C'est des activités automatiques qui puissent se mettre en place facilement pour leur permettre de réduire  
200 les troubles du comportement sur les services. On a beaucoup de personnes qui sont anxieuses, qui ont besoin d'être  
201 en activité et qui ont des automatismes au PASA impressionnants, du coup on aimerait pouvoir le recréer sur les  
202 services donc on est en train de travailler dessus. Je vais former les équipes et il y a déjà des personnes des services des  
203 unités de vie qui viennent, des professionnels qui viennent sur le PASA pour observer le fonctionnement, pour mieux  
204 comprendre les troubles du comportement.

205 C'est super intéressant, c'est un gros projet à mener mais voilà ... Ça inclut l'environnement mais aussi on propose des  
206 activités, donc ça va permettre de les mettre en mouvement dans la journée et de ne pas rester sans rien faire ou à  
207 déambuler sans but apparent. C'est pour retrouver un but et un rôle social tout simplement. On va essayer aussi de les  
208 intégrer sur les activités du quotidien des services comme mettre la table, couper le pain, des choses qu'ils font  
209 spontanément mais qui sur les services leur est inaccessible. Le but est qu'ils retrouvent un rôle social, que les lieux  
210 soient visibles et que quand on arrive dans un lieu on comprenne ce qu'il faut y faire. Par exemple, quand on arrive  
211 dans le hall d'entrée qu'on ne se dise pas c'est une salle d'attente, qu'on comprenne que là il y a un coin salon, il y a un  
212 coin plus calme, un coin lecture et que cela réponde quand même aux habitudes de vie de nos personnes à nous, à  
213 notre population.

## Retranscription entretien Ergothérapeute C

### Questions au cours de l'entretien :

Question 1 : *Quel rôle a la motivation du patient dans la pratique en ergothérapie ? Expliquer votre choix.*

Indispensable ----- **Essentiel** ----- Utile mais pas essentiel ----- Pas essentiel

C'est essentiel. Si les résidents n'ont pas un minimum de motivation, pour les intégrer sur des activités, sur de la rééducation ou autre, c'est évidemment qu'il y a besoin de motivation, c'est nécessaire. La motivation des patients a un rôle essentiel dans la pratique en ergothérapie notamment pour les faire adhérer aux activités que l'on propose. C'est vraiment pour adhérer et au-delà d'une attente de résultat, mais au moins les faire adhérer à ce que l'on va proposer. C'est vrai que quelqu'un qui va nous dire « Oui oui, je veux bien » mais qui n'a pas une réelle motivation derrière il va venir 2 ou 3 fois puis ça va vite s'étioler, alors que quelqu'un qui est vraiment motivé par ce qu'on propose en général, sur la durée on le sent et on a de meilleurs résultats en termes d'engagement et de participation. Si le résident fait preuve de motivation il s'engagera davantage dans les activités qu'on va lui proposer et il éprouvera plus de plaisir et de satisfaction à venir sur le PASA et à faire les activités.

Question 2 : *Selon-vous, qu'est-ce qui influence la participation des résidents au sein du PASA ?*

Alors, on essaye d'avoir des activités qui les intéressent, quelque chose qui leur parle et qui est plutôt accrocheur. C'est l'intérêt de l'activité proposée le principal critère qui va influencer la participation des résidents. Les personnes apathiques notamment seront plus réceptives si l'activité est signifiante pour elles et si nous aussi on est motivant dans la façon dont on propose l'activité.

Ensuite, il y a la notion de groupe finalement qui marche bien, ça va les entraîner, les motiver et c'est ça qui va influencer leur participation. C'est vrai que sur le PASA le fait d'être en petit groupe et toujours avec les mêmes personnes cela peut être un facteur qui influence la participation des résidents car ils se connaissent tous et certaines personnes peuvent être source de motivation pour d'autres.

Il y a la façon dont on amène la chose aussi parce que si on leur dit : « Venez, je vous emmène on va au PASA ou en activité », la personne aura tendance à répondre : « Non, je n'ai pas envie ». Alors que si on le propose différemment en disant : « On va avec les autres, on va faire un peu de cuisine, un peu de ... Ah beh oui pourquoi pas ».

Donc principalement, c'est la notion de groupe qui aide à la participation, notre formation et nos compétences en tant que professionnel et la façon dont les activités vont être proposées. C'est essentiellement ces critères qui vont influencer la participation des résidents dans les activités proposées au sein du PASA.

Question 3 : *Selon-vous, le contexte et l'intervention au sein du PASA ont-ils une influence sur la motivation des résidents ?*

**Oui** ----- Non

*Si oui, sur quels critères vous appuyez-vous pour l'affirmer ?*

Oui, je pense que c'est important. Le PASA comme il est constitué, c'est un lieu qui est bien précis, la décoration est adaptée, les locaux sont adaptés, donc en termes de repères c'est assez bien conçu pour les personnes âgées souffrant de démence. Il y a un grand espace qui peut être scindé en deux avec une partie repos et une partie plus activités manuelles. Il y a également une grande pièce plus lumineuse pour tout ce qui va être activités motrices, gym douce, des choses comme ça et on a une cuisine encore à côté. C'est vrai que c'est bien ouvert entre tous les espaces, il y a un espace de déambulation quand même s'ils ont besoin de bouger et une sortie extérieure sur le jardin. Le PASA est un lieu chaleureux, accueillant, pas trop grand, pas trop petit, il y a ce qu'il faut, un espace de liberté tout en étant quand même contenu, donc c'est vrai que le contexte du PASA peut influencer sur la motivation des résidents.

51 Après, c'est le fait que ce soit le même personnel, on a un personnel dédié vraiment, donc forcément les têtes  
52 nouvelles, ce matin on avait une tête nouvelle pour s'en occuper et il y en a quelques-uns qui ont eu du mal « J'y vais,  
53 je n'y vais pas, qu'est-ce que je fais ? ».  
54 Je dirais que le contexte et l'intervention au sein du PASA ont une influence plutôt positive sur la motivation des  
55 résidents parce que les locaux sont rassurants et c'est le même personnel tout le temps. On remarque que les troubles  
56 du comportement et l'apathie sont diminués grâce aux activités et à l'environnement du PASA.  
57 Les activités proposées au sein du PASA peuvent aussi avoir une influence sur la motivation des résidents parce qu'il y  
58 a des choses qui marchent bien, il y a certaines activités clés qui reviennent et du coup l'engagement et la participation  
59 se font plus facilement. Par contre, sur certains ateliers on va avoir du mal à les motiver, il va falloir aller les chercher  
60 et amener la chose comme il faut. Les activités cuisine, chant, sorties sont par exemple des activités qui marchent  
61 d'elles-mêmes très bien.  
62

63 *Question 4 : Quelles sont les différences entre les activités proposées au sein de l'unité de vie et celles*  
64 *proposées au sein du PASA ? Quels sont selon-vous les critères qui rendent une personne différente en unité*  
65 *de vie qu'en PASA ?*

66  
67 Il y a beaucoup d'activités similaires sauf qu'on n'a pas du tout la même, fin la population est tellement  
68 hétérogène ici, on a des cas psychiatriques, une population vieillissante « normale » et des personnes Alzheimer ou  
69 démentes que l'on retrouve sur le PASA. Donc, la même activité on ne va pas du tout la mener de la même façon et les  
70 stimuler de la même façon, les solliciter de la même façon.  
71 Il y a des différences par exemple entre l'activité lecture du journal proposée sur l'unité de vie et celle proposée sur le  
72 PASA. La lecture du journal comme elle est faite au sein de l'EHPAD ça ne marche pas. On ne le fait pas de la même  
73 façon ni au même moment de la journée déjà. L'activité cuisine c'est pareil, on ne la mène pas du tout de la même  
74 façon. Alors qu'on le fait toutes les deux avec l'animatrice, mais c'est fait au sein de l'EHPAD et non au sein du PASA.  
75 Il y a aussi le fait qu'il y a un objectif autre à travers les activités proposées sur le PASA, on ne cherche pas la même  
76 chose, donc forcément que l'activité ne va pas être menée de la même façon lorsqu'elle est proposée par l'animatrice  
77 et lorsqu'elle est proposée en activité thérapeutique sur le PASA. C'est une des différences entre les activités proposées  
78 au sein de l'unité de vie et celles proposées au sein du PASA. On n'a pas le même regard, quand l'animatrice fait un  
79 atelier gym douce elle n'a pas le même objectif que si moi je le fais et pareil les filles sur le PASA, les ASG ne vont pas  
80 non plus rechercher la même chose. A la fin, ce que l'on va chercher nous sur le PASA c'est les troubles du  
81 comportement, s'il y en avait, s'il n'y en a plus ou au contraire, s'il n'y en avait pas est-ce que c'est apparu ou pas ? Fin  
82 voilà, on n'a pas le même but derrière.  
83

84  
85 Alors, on se rend compte que sur le PASA c'est une petite unité, c'est assez ciblé, on connaît bien les résidents  
86 et finalement on arrive à mieux cibler la prise en charge et noyés parmi les 80 autres résidents quand ils repassent sur  
87 le côté unité de vie c'est plus compliqué pour eux effectivement. La notion de petit groupe fait la différence et  
88 notamment sur l'anxiété. Par exemple, des personnes qui sont anxieuses sur l'EHPAD, on va les prendre sur le PASA et  
89 on n'aura plus du tout ce comportement-là. Du coup, ça va mieux, on les bascule à nouveau sur l'EHPAD et ça revient.  
90 Le PASA va permettre le temps d'un instant de canaliser ces personnes grâce à des activités adaptées et du personnel  
91 formé.  
92 Le lieu aussi, l'environnement est un critère qui peut rendre la personne différente entre l'EHPAD et le PASA avec le  
93 cadre qu'il propose. Il y a le cadre et après c'est la notion de nombre de personnes surtout parce qu'au final on va avoir  
94 le même nombre de personnel mais pas du tout pour le même nombre de résidents, donc l'approche sera différente,  
95 il y aura plus de proximité avec les soignants sur le PASA que sur l'unité de vie.  
96

97 *Question 5 : Avez-vous déjà entendu parler du mot « apathie » ? Si oui, qu'est-ce que l'apathie selon-vous et*  
98 *comment définiriez-vous une personne apathique ?*

99  
100 Oui. L'apathie, je le vois comme une perte d'intérêt pour des activités, un manque de motivation, une perte  
101 d'initiative...

102 Alors quand on les voit ces gens-là, on se dit « qu'est-ce qu'ils sont calmes, ils ne posent pas de soucis, ils sont très bien,  
103 tout va bien, il n'y a pas de problème de comportement ». Puis, on se rend compte qu'ils ne font rien donc il va falloir  
104 aller les chercher. Le profil d'une personne apathique, c'est quelqu'un de très gentil, qui ne pose pas de problème mais  
105 qui ne fait rien. C'est une personne qui ne nous interpelle pas au premier abord quand on passe devant elle, qui est en  
106 retrait et qui ne fait pas de bruit.

107 Les personnes apathiques ce sont des personnes que l'on va prendre sur le PASA pour justement essayer de lutter  
108 contre cette apathie. Quand on les prend sur le PASA, au début l'objectif c'est de les faire venir dans le groupe ; on  
109 n'aura pas forcément une grande participation mais on les fait venir dans le groupe et puis petit à petit on va évaluer,  
110 surveiller le comportement et évaluer la participation. Des fois, en les sollicitant il n'y aura rien, puis petit à petit ça va  
111 venir et les rares fois où on a fait sortir les personnes du PASA parce qu'elles étaient bien, elles avaient repris de  
112 l'intérêt, elles venaient avec plaisir, on les a faites sortir et leur apathie est revenue de suite. Donc, les résidents  
113 apathiques c'est des personnes qu'on a je pense « à vie » parce que sinon on perd tout ce qui avait été mis en place.  
114 C'est compliqué de le retransposer à côté sur l'unité de vie.

115 Bon ça arrive au début quand on leur propose de venir sur le PASA qu'ils disent non mais bon pourquoi pas. En général,  
116 ce n'est pas vraiment un oui franc mais ils ne sont pas contre l'idée de venir quand même. Après, c'est dans la façon de  
117 présenter les choses, il faut être motivant et entraînant avec des personnes apathiques. C'est vraiment les stimuler,  
118 leur donner envie de faire une activité.

119 Pour les personnes apathiques et pour les autres personnes, il y a quelque chose d'accrocheur et qui marche bien c'est  
120 le fait de partir de leur histoire de vie. C'est en connaissant les petits détails de leur vie, de leur histoire, qu'on arrive à  
121 les accrocher. C'est des petits détails mais qui font la différence pour les emmener avec nous.

122 Par contre, une fois qu'elles sont au PASA si on les accompagne bien, elles vont faire l'activité mais c'est juste le manque  
123 d'initiative en fait. D'elles-mêmes, elles n'auront pas l'initiative d'aller à telle ou telle activité, il faut vraiment aller les  
124 chercher.

125 Il y a le rituel en termes d'horaire aussi. Si tous les jours on vient à la même heure et bien petit à petit elles s'y font et  
126 puis si des fois on ne vient pas, parfois elles vont nous dire « Ah je ne vous ai pas vu ce matin ». Donc ces personnes  
127 prennent des rituels, des repères temporels.

128

129 *Question 6 : Selon-vous, quels sont les bénéfices apportés par les occupations proposées aux résidents ?*  
130 *Pourriez-vous citer quelques exemples d'effets bénéfiques ?*

131

132 Alors le principal c'est pour canaliser les troubles du comportement, les activités canalisent voire diminuent les  
133 troubles du comportement et ça, ça ressort vraiment. A travers les activités du PASA c'est le principal effet bénéfique,  
134 une personne très agitée à son arrivée sur le PASA le sera moins à la fin de la journée et une personne apathique sera  
135 moins repliée sur elle-même au PASA si les activités sont bien menées.

136 Ensuite, le maintien au niveau des capacités mine de rien car non seulement, les activités leur permettent de se mettre  
137 en mouvement mais aussi elles leur redonnent un sentiment de compétence, de valorisation et de plaisir quelque part.  
138 Après, en termes de socialisation aussi parce que finalement les personnes sont tout le temps en groupe là quand elles  
139 sont au PASA donc elles créent des liens, elles se reconnaissent et elles partagent des moments ensemble. Le fait d'être  
140 en interactivité avec d'autres résidents cela va favoriser leur sociabilisation. C'est donc un effet bénéfique qui peut être  
141 apporté grâce aux activités proposées aux résidents puisqu'ils partagent une même activité à plusieurs.

142 Du coup, les bénéfices apportés par les occupations proposées aux résidents au sein du PASA sont principalement : la  
143 sociabilisation, la valorisation, le fait de canaliser les troubles du comportement et de maintenir les capacités des  
144 résidents.

145

146 *Question 7 : Comment vous positionnez-vous quand des résidents font preuve d'apathie au cours d'une*  
147 *activité ?*

148

149 Alors, on va essayer de faire un accompagnement « individuel » au sein du groupe. En général, on essaye d'être  
150 à deux sur les activités pour animer ou gérer le groupe. Il y en a un qui va avec cette personne-là et essaye de lui faire  
151 faire des choses et si elle ne veut vraiment pas faire, on va entraîner au moins une discussion, essayer de maintenir un  
152 contact quand même sur l'activité qui est faite. Même si ce n'est pas une participation active, qu'il y ait au moins un  
153 minimum d'intérêt, de discussion.



154 Parmi les différentes activités proposées sur le PASA il y en a certaines qui sont plus bénéfiques que d'autres pour les  
155 personnes apathiques donc on va jouer sur ça aussi. C'est celles où l'on aura le plus de résultats, fin de résultats entre  
156 guillemet en termes de participation spontanée. Il y a le chant, la musique c'est des petits détails mais voilà il y a une  
157 participation plus spontanée. Elles vont quand même participer sur de la gym, sur de la mémoire, en les sollicitant elles  
158 vont participer mais peut-être que plus spontanément il y aura plus d'effets sur de la musique ou de la cuisine. On  
159 remarque qu'elles participent plus naturellement, plus facilement, c'est aussi des activités qu'elles avaient plus  
160 l'habitude de faire. Le jardinage également, on a un petit jardin et ça c'est super intéressant pour les personnes âgées.  
161 Elles retrouvent les gestes du quotidien, les gestes automatiques, des automatismes. Elles ne sont pas capables de nous  
162 dire ou d'expliquer ce qu'il faut faire, mais quand elles sont devant le bac c'est parti, le geste revient tout seul.  
163 Du coup, quand un résident fait preuve d'apathie au cours d'une activité on va plutôt chercher à lui proposer une  
164 activité dans laquelle il se retrouve davantage ou alors comme je te disais on va faire de l'accompagnement individuel  
165 pour cette personne-là. A ce moment-là, on va essayer de la stimuler différemment pour maintenir un lien avec la  
166 personne et éviter qu'elle se renferme davantage dans son apathie.  
167

168 *Question 8 : Faites-vous référence à un modèle conceptuel en ergothérapie ? Si oui, lequel ?*

169  
170 Non, je ne me réfère pas à un modèle en particulier. Ça s'entrecroise entre plusieurs mais je n'ai pas un modèle  
171 particulier de référence. C'est vrai que c'est intéressant mais je trouve que c'est réducteur de penser à un modèle en  
172 particulier. Je pense qu'en général, enfin moi, je pioche dans plusieurs modèles et je me retrouve dans quelques-uns  
173 plutôt qu'un en particulier. Après, j'avoue que je ne me réfère pas à ça, c'est plus sur le terrain que j'ai construit ma  
174 pratique et je ne suis pas allée mettre en lien avec un modèle. Mais, le MCREO avec l'engagement occupationnel peut  
175 faire référence avec les activités proposées au PASA, le MOH avec l'occupation humaine, la participation, en fait partie  
176 aussi. C'est des types de modèle où effectivement on va rechercher tout ça. Je ne me base pas forcément dessus dans  
177 ma pratique mais c'est sur des modèles comme ça d'occupation que l'on peut s'appuyer.  
178 Moi, pour monter les activités, fin monter les ateliers que je propose au sein du PASA je me base plutôt sur ce que j'ai  
179 vu en formation à la base à l'école et sur le DU Alzheimer. On nous a un peu expliqué que les activités cognitives  
180 fonctionnaient mieux le matin que les après-midis, du coup j'ai essayé de structurer un petit peu comme ça le planning  
181 du PASA. Les fins d'après-midis ils ont tendance à monter en pression, donc on va chercher des activités plus calmes  
182 pour les poser. Ensuite, on affine en fonction des capacités parce que des fois le groupe va baisser en capacité donc  
183 tout ce qui est manuel on va le diminuer, puis quand ça repart on peut réinstaurer des activités manuelles plus  
184 facilement. Les activités sont également proposées en fonction des goûts des personnes, on a des grilles d'évaluation  
185 qui nous permettent un petit peu de voir ce qui les intéressent. Quand personne n'adhère à un atelier, si on se rend  
186 compte que personne ne participe ou que c'est source de troubles du comportement ou que pour beaucoup de monde  
187 cela ne sert à rien, on se dit que ce n'est pas adapté et à ce moment-là on revoit.  
188

189 **Questions d'ouverture à la fin de l'entretien :**

190

191 *Question 9 : Utilisez-vous une approche particulière telle que la Validation de Naomi Feil, la méthode*  
192 *Montessori, l'Humanitude... ? Quels moyens thérapeutiques pourraient être mis en place au sein de l'unité de*  
193 *vie ?*

194

195 Alors la Validation beaucoup, mais je n'ai pas été formée particulièrement c'est plus en me documentant. Après  
196 Montessori je trouve que c'est une méthode qui se rapproche beaucoup de l'ergothérapie, quand on propose quelque  
197 chose, je trouve que dans notre profession c'est ce qui guide, donc on s'y retrouve. Et l'Humanitude je trouve que c'est  
198 une fumisterie, c'est très intéressant de rappeler ce modèle parce que c'est quelque chose d'important mais pour tout  
199 soignant, pour moi c'est la base de notre métier. Je trouve qu'on devrait tous agir comme ça et que cela ne doit pas  
200 être un concept particulier de dire « Je fais de l'Humanitude ». Non, on doit tous fonctionner comme ça, c'est inné, ça  
201 fait partie de notre pratique c'est comme ça que je le vois.  
202 L'Humanitude et Montessori ce sont plutôt des approches qui sont je dirais naturelles à la profession et la Validation je  
203 m'y suis un petit peu plus intéressée parce que c'est quand même une approche qui s'acquiert. J'ai une collègue qui  
204 était formée à cette méthode et qui m'en avait parlé du coup je me suis documentée un peu là-dessus.  
205 Par contre, la Validation je vais plus l'utiliser avec des personnes qui ont des troubles du comportement que des  
206 personnes apathiques, avec les très angoissées notamment.

207 On a en projet de monter une salle justement pour les personnes qui ne relèvent pas du PASA mais qui ne  
208 s'intègrent pas à l'animation non plus. C'est un manque que l'on a dans la maison et qui est clairement identifié. Cette  
209 salle permettrait de proposer quelque chose de plus à ces personnes-là. Souvent quand les résidents finissent, quand  
210 ils sortent du PASA parce qu'ils n'en relèvent plus, on se retrouve en difficulté car ils ne relèvent pas de l'animation non  
211 plus, donc on ne sait pas quoi leur proposer. Ainsi, ce problème fait partie des besoins clairement identifiés par  
212 l'établissement.

213 Il y a des choses qui se font, des activités communes comme je te disais, mais on n'aura pas les mêmes objectifs. Chez  
214 nous, le problème qu'il va y avoir c'est le personnel, c'est-à-dire qu'être deux pour 14 et être deux pour 40, cela ne  
215 peut pas donner pareil malheureusement.

216 Nous, on est parti sur l'idée de cette salle avec un environnement adapté un peu comme le PASA où seront proposées  
217 des activités permettant de canaliser les résidents qui ont des troubles du comportement, qui sont bruyants, qui  
218 déambulent... On l'a testé quelque fois, on n'a pas encore tout le matériel adapté mais en l'ayant testé quelques fois  
219 on se rend compte que c'est bénéfique pour ces personnes qui vont crier en bas ou poser soucis. Le fait d'être dans  
220 une petite salle avec peu de monde, on se retrouve en contexte PASA entre guillemets et il y a moins de troubles du  
221 comportement et plus de cris. Ce sont des activités adaptées qui leur sont proposées, des choses très simples mais voilà.  
222 C'est les aides-soignants qui animeraient les activités dans cette salle, chapotés par la psychologue et par moi-même.  
223 Actuellement, c'est vraiment ce qui est proposé, l'idée, la façon dont on l'a réfléchi c'est ça.

224 Pour l'instant on n'a pas encore aménagé la salle parce qu'on teste un petit peu, on essaye de voir avec les problèmes  
225 d'organisation, c'est toujours pareil. Si l'on nous prend un aide-soignant de quelque part pour faire ça, ça veut dire  
226 comment on s'organise, donc voilà c'est compliqué.

227 Du coup, ce serait quand même une salle avec un décor spécifique, lumineuse, on c'était dit quelque chose de  
228 « cocooning » parce que souvent c'est ce qui ressort et ce serait proposé aux résidents plutôt l'après-midi en petits  
229 groupes.

Annexe X : SCHEMA DU POTENTIEL THERAPEUTIQUE

Pierce D. (2003) *Occupation by Design, Building Therapeutic Power*, Philadelphia, FA Davis Company, 356 p.



Source : Pierce, D. (2003). Philadelphia, PA: F.A. Davis

## **Titre : L'intervention en PASA dans la lutte contre l'apathie chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer – la place de l'ergothérapeute**

Auteur : Pauline GOMBERT

Résumé : Actuellement, le vieillissement de la population est un enjeu de santé publique. L'augmentation de l'espérance de vie engendre l'apparition de maladies émergentes telle que la maladie d'Alzheimer qui touche 900 000 personnes en France et représente la quatrième cause de mortalité. Cette pathologie entraîne des troubles cognitifs, affectifs et émotionnels, ainsi que des troubles du comportement. L'apathie est un des symptômes que l'on rencontre fréquemment en institution chez cette population. Face à ce déclin de motivation et d'engagement, l'ergothérapeute peut apporter des solutions non médicamenteuses par le biais d'activités. L'intérêt de cette étude est de montrer comment les activités proposées par les ergothérapeutes au sein d'un PASA favorisent la lutte contre l'apathie et permettent d'améliorer l'engagement occupationnel. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) est un outil pouvant aider à atteindre cet objectif. Ainsi, pour mener à bien cette étude, trois entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant en PASA afin de les interroger sur leur pratique. Les résultats montrent les effets bénéfiques de l'utilisation d'une approche occupationnelle en PASA dans la lutte contre l'apathie mais également que les ergothérapeutes interrogées cherchent à améliorer l'engagement occupationnel à travers des activités sans pour cela prendre appui sur un modèle conceptuel comme le MCREO.

Ainsi, la pratique d'activités significatives dans un lieu adapté et par des professionnels qualifiés permet d'agir sur l'apathie de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré et favorise l'engagement de ces personnes. Cependant, il serait intéressant d'élargir cette étude en incluant d'autres soignants et les familles des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

**Mots clés** : Ergothérapie, Maladie d'Alzheimer, Apathie, Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), Activités significatives, MCREO.

---

### **Title: Intervention in STAU (Special Treatment and Activity Units) to fight against apathy in elderly people with Alzheimer's disease - the role of the occupational therapist**

Abstract: Currently, aging of the population is a public health issue. The increase in life expectancy is leading to the emergence of emerging diseases such as Alzheimer's disease which affects 900,000 people in France and represents the fourth leading cause of mortality. This pathology leads to cognitive, emotional disorders or even behavioural disorders. Apathy is one of the symptoms that is frequently encountered in institutions for this population. Faced to this decline in motivation and engagement, the occupational therapist can provide non-pharmacological solutions through activities. The aim of this study is to show how the activities offered by occupational therapists who worked in a STAU promote the fight against apathy and improve occupational engagement. The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) is a tool that can help achieve this objective. Thus, to carry out this study, three semi-directives interviews were conducted with occupational therapists working in STAU in order to interrogate them about their practice. The results show the beneficial effects of using an occupational approach in STAU in the fight against apathy, but also that the occupational therapists interviewed seek to improve occupational engagement through activities without relying on a conceptual model such as the CMOP-E.

To conclude, the practice of meaningful activities in a suitable place and by qualified professionals makes it possible to act on the apathy of the elderly person suffering from Alzheimer's disease at a moderate stage and encourages the engagement of these people. However, it would be interesting to expand this study by including other caregivers and the families of elderly people with Alzheimer's disease.

**Key words**: Occupational therapy, Alzheimer's disease, Apathy, Special Treatment and Activity Units (STAU), Meaningful activities, CMOP-E.