

# **Institut de Formation en Ergothérapie**

2014 - 2017

---

## **La maladie d'Alzheimer au regard de l'Humanité : un prendre-soin sensoriel ?**

Sous la direction de : Madame ROUILLIER Aline

---

**Audrey ROUSSEAU**

**INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE  
CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL**

**La maladie d'Alzheimer  
au regard de l'Humanité :  
un prendre-soin sensoriel ?**

UE 5.04.S6

Mémoire présenté par Audrey ROUSSEAU en vue de l'obtention du Diplôme  
d'Etat d'ergothérapeute

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute reproduction  
intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illicite.

## **INSTITUT DE FORMATION EN FILIERE DE LAVAL**

Je, soussigné(e) Audrey ROUSSEAU

déclare sur l'honneur que ce mémoire, en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat en ergothérapie est le résultat d'un travail original et personnel.

Je sais que le plagiat de documents représente une violation des droits d'auteurs et que cela est passible de sanction.

Je n'ai ni copié, ni utilisé des parties de documents sous tous types de formats sans en préciser l'auteur. Toutes les sources d'informations ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur.

Prénom, NOM : Audrey ROUSSEAU

Fait à : LAVAL

Le : 22/05/2017

Signature :

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie (I.F.E.) de Laval pour leur accompagnement durant ces trois années d'étude.

Tout particulièrement, je remercie mes formateurs, Madame Sandra AMY, Madame Géraldine PORIEL et Monsieur Laurent DAZIN, pour leur suivi et leur soutien qui m'ont amené à prendre conscience de mon évolution professionnelle.

Egalement un grand remerciement pour ma maître de mémoire, Madame Aline ROUILLIER, pour nos entretiens collectifs, nos échanges, ses conseils, ainsi que son accompagnement. Malgré les quelques tensions liées au stress, elle a toujours su trouver les mots pour « garder le cap » et me rassurer.

Je tiens aussi à remercier les ergothérapeutes que j'ai contactés, notamment les quatre professionnels interrogés, pour leur réceptivité, les renseignements fournis, leur collaboration et leur disponibilité.

Pareillement, je remercie l'ensemble des professionnels croisés au cours de ces trois années, durant mes stages ou durant leur intervention à l'I.F.E., pour leurs apports de connaissances, leur encadrement, leur expérience et leur regard différent sur la pratique.

Plus spécifiquement, je tiens à remercier mes parents de leur soutien moral et financier durant ma formation, leurs conseils et leur disponibilité. Je tiens à transmettre mes sincères remerciements plus singulièrement à mon père qui s'est montré patient et a su élargir mes idées.

Egalement, un grand remerciement à tous mon entourage proche, pour leur écoute attentive, leurs encouragements et leur ouverture d'esprit.

Enfin, je tiens à remercier mes camarades de la promotion, notamment certains d'entre eux, qui se reconnaîtront, pour m'avoir rassuré, aidé, soutenu et accompagné durant ces trois années.

---

# Liste des sigles

---

- A.N.F.E. : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- A.S.G. : Assistant de Soins en Gérontologie
- B.M.E. : Bilan Modulaire d'Ergothérapie
- E.S.A. : Equipe Spécialisé Alzheimer
- I.F.E. : Institut de Formation en Ergothérapie
- M.M.S.E. : Mini Mental State Examination (Test de FOLSTEIN)
- M.O.H.O. : Model Of Human Occupation (Modèle de l'Occupation Humaine)
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
- P.A.S.A. : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
- S.I.B. : Severe Empairment Batterie (Batterie des déficiences sévères)
- U.C.C. : Unité Cognitivo-Comportementale
- U.E. : Unité d'Enseignement
- U.H.R. : Unité d'Hébergement Renforcé

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1. Phase de théorisation : cadre conceptuel .....</b>	<b>- 2 -</b>
1.1. La maladie d'Alzheimer .....	- 2 -
1.1.1. Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer .....	- 2 -
1.1.2. Quelles sont les conséquences de la maladie d'Alzheimer ? .....	- 3 -
1.1.3. Comment définir les troubles de la mémoire ? .....	- 5 -
1.2. La formation initiale en ergothérapie .....	- 6 -
1.2.1. Cadre juridique de la formation.....	- 6 -
1.2.2. Les fondements de base dans la formation en ergothérapie.....	- 9 -
1.2.3. Les principes de communication dans la formation .....	- 10 -
1.2.4. Le travail de l'ergothérapeute auprès de la population ciblée .....	- 12 -
1.3. Les diverses approches humanistes .....	- 14 -
1.3.1. Le principe de Carpe Diem : une approche canadienne .....	- 14 -
1.3.2. La philosophie de l'Humanitude .....	- 16 -
1.3.3. Quelles approches humanistes auprès des personnes âgées ? .....	- 18 -
<b>2. Phase de problématisation : cadre exploratoire .....</b>	<b>- 21 -</b>
2.1. Présentation de la recherche .....	- 21 -
2.1.1. De la question de départ à la question de recherche.....	- 21 -
2.1.2. Emergence de la problématique.....	- 21 -
2.2. Méthodologie de recherche.....	- 22 -
2.2.1. Population ciblée : les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer .	- 22 -
2.2.2. Les entretiens exploratoires .....	- 23 -
2.2.3. Les hypothèses de mon enquête .....	- 24 -
<b>3. Phase d'investigation : cadre méthodologique .....</b>	<b>- 25 -</b>
3.1. Déroulement de l'enquête .....	- 25 -
3.1.1. Méthode utilisée permettant de répondre à mon hypothèse .....	- 25 -
3.1.2. Organisation de mes recherches et de mes enquêtes .....	- 26 -
3.1.3. Limites de mes enquêtes .....	- 26 -
3.2. Observations et analyse des résultats.....	- 30 -
3.2.1. L'engagement de la personne soignée .....	- 30 -

3.2.2.	La communication non-verbale .....	- 35 -
3.2.3.	Le toucher .....	- 39 -
3.2.4.	Le concept de l'Humanitude .....	- 42 -
3.3.	Discussion .....	- 45 -
3.3.1.	Synthèses des analyses .....	- 45 -
3.3.1.	Confrontation des données .....	- 46 -
3.3.2.	Prolongations possibles du travail .....	- 47 -
<b>Conclusion .....</b>		<b>- 50 -</b>
<b>Bibliographie.....</b>		<b>- 51 -</b>
<b>Annexes .....</b>		<b>I</b>
<b>Annexe I : .....</b>		<b>I</b>
<b>Annexe II .....</b>		<b>II</b>
<b>Annexe III .....</b>		<b>III</b>
<b>Annexe IV.....</b>		<b>IV</b>
<b>Annexe V :.....</b>		<b>V</b>
<b>Annexe VI : .....</b>		<b>VII</b>
<b>Annexe VII.....</b>		<b>X</b>
<b>Annexe VIII : .....</b>		<b>XI</b>

---

# Introduction

---

Avec les progrès de la médecine et l'amélioration de la qualité de vie, l'espérance de vie a augmenté, d'où le vieillissement actuel de la population. L'allongement de la durée de vie étant un facteur de risque de certaines maladies, les établissements de santé sont alors directement confrontés au problème de la dépendance.

En France aujourd'hui, les chercheurs estiment que 3 millions de personnes sont touchés par la maladie d'Alzheimer (stade asymptotique non identifiable), dont plus de 850 000 diagnostiqués. Chaque année, ces chiffres augmentent, alors qu'il n'existe actuellement aucun traitement préventif ou curatif pour lutter contre cette pathologie<sup>1</sup>, c'est pourquoi j'ai décidé d'en faire le sujet de mon mémoire d'initiation à la recherche.

Face à cet enjeu de santé publique, comment accompagner les personnes devenues dépendantes suite à la progression de la maladie ? Autrement dit, quelles attitudes les professionnels de santé doivent-ils adopter afin d'accompagner au mieux ces personnes ?

En 1935, Gordon ALLPORT affirme qu'une attitude « *représente un état mental et neuropsychologique de préparation à répondre, organisé à la suite de l'expérience et qui exerce une influence directrice et dynamique sur la réponse de l'individu à tous les objets et à toutes les situations qui s'y rapportent.* »<sup>2</sup> En accord avec cette définition, Jean-Claude ABRIC définit l'attitude comme « *supposé être derrière le comportement. C'est-à-dire que les attitudes sont des prédispositions à agir. L'attitude est une cause des comportements.* »<sup>2</sup>

D'où mon interrogation en début de recherche : **dans quelles mesures l'attitude de l'ergothérapeute favoriserait l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?**

En préambule, j'exposerai la phase de théorisation, qui m'amènera à l'émergence de la problématique. Je développerai ensuite, dans la phase de problématisation, ce qui me permettra d'identifier les hypothèses. Enfin, j'aborderai la phase d'investigation, en exposant le cadre méthodologique, qui me permettra de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse choisie.

Je conclurai sur les apports personnels et professionnels et sur un résumé de la recherche.

---

<sup>1</sup> Disponible sur : <http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/692>

<sup>2</sup> ABRIC, Jean-Claude. *Psychologie de la communication : théories et modèles*. Page 24.

# **1. Phase de théorisation : cadre conceptuel**

## **1.1. La maladie d'Alzheimer**

### **1.1.1. Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer<sup>3</sup> ?**

La maladie d'Alzheimer a été découverte par Aloïs ALZHEIMER en 1907, alors qu'il étudiait le fonctionnement cérébral d'une patiente, Auguste DETER. Les symptômes se présentaient sous forme de troubles de la mémoire, d'un mutisme, d'une désorientation et d'hallucinations.

A son décès, par une autopsie, il a détecté deux types de lésions dans le cerveau : les plaques séniles et les dégénérescences neurofibrillaires. L'identification des constituants biologiques des deux lésions n'ont été découvertes que plus tard.

En effet, en 1984, George GLENNER a mis en évidence que les plaques séniles étaient constituées de protéines bêta-amyloïde. Dans le fonctionnement normal du cerveau, ces protéines sont libérées, puis éliminées par l'organisme. Dans la maladie d'Alzheimer, une fois libérées, les protéines bêta-amyloïde ne sont pas bien régulées et se retrouve en quantité excessive. Elles s'agrègent entre-elles et forment ainsi les plaques séniles.

Ces lésions, qui ne sont pas responsables des symptômes de la maladie, se propagent en premier lieu dans le cortex cérébral. Puis, par un mouvement centripète, elles se répandent jusqu'à l'hippocampe, siège de la mémoire, et enfin à l'ensemble du cerveau.

En 1985, Jean-Pierre BRION a compris que la dégénérescence neurofibrillaire était due à la présence accumulée de la protéine TAU anormale. Ces protéines TAU sont garantes de la stabilisation des microtubules responsables de la conduction du message nerveux entre le corps cellulaire du neurone et la synapse (l'entre-neurone). Avec la maladie, ces protéines deviennent défectueuses et se détachent des microtubules, contribuant ainsi à la dissociation du squelette du neurone. Sans squelette, le neurone dégénère puis meurt, les connexions entre les neurones se perdent. Les protéines s'agrègent ensuite dans le neurone, formant alors des filaments. L'accumulation de ces filaments constitue la dégénérescence neurofibrillaire.

Ces lésions se créent dans l'hippocampe, région essentielle à la mémoire et à l'apprentissage. Ensuite, par un mouvement centrifuge, elles se propagent à l'ensemble du cerveau, provoquant son

---

<sup>3</sup> Disponible sur : <https://www.maladiealzheimer.fr/mieux-comprendre-la-maladie-d-alzheimer/>

atrophie, à l'origine de la symptomatologie de la maladie. Celle-ci débute par des troubles de la mémoire, puis du langage, de reconnaissance, et aboutit à l'incapacité d'accomplir des gestes.

Pour que la maladie se développe, la présence des deux lésions (les plaques séniles et les dégénérescences neurofibrillaires) est nécessaire. Ces dernières se développent 10 à 15 ans avant les premiers symptômes. Il existe deux formes différentes :

- Sporadique, « *apparition tardive* » : représente 90-95 % des cas, se déclare après 65 ans ;
- Familiale, « *apparition précoce* » : dû à l'héritage de gènes mutés, se déclare avant 65 ans.

Cette pathologie, dans toute sa complexité, n'est pas encore très bien connue, malgré le progrès de la médecine. C'est pourquoi les facteurs de risques ne sont pas encore clairement définis. Nous connaissons toutefois celui lié au vieillissement de la population : avec l'âge, les mécanismes du cerveau peinent à réparer les lésions cérébrales causées par la maladie. Le deuxième connu est l'hérédité, responsable des formes familiales précoces : plusieurs gènes responsables de cette maladie ont été identifiés pendant les années 1990. Parmi eux, le gène APP porté sur le chromosome 21, le gène PS1 situé sur le chromosome 1 et le gène PS2 localisé sur le chromosome 14.

D'autres facteurs de risques sont possibles, tels que le diabète, le cholestérol, l'hypertension, les carences alimentaires ou liées à l'activité physique. Mais les causes restent encore mal identifiées.

### 1.1.2. Quelles sont les conséquences de la maladie d'Alzheimer ?<sup>4</sup>

Les conséquences de la maladie sont d'ordre cognitif et comportemental. En effet, les fonctions cognitives, aussi appelées « intellectuelles ou supérieures » sont essentiellement touchées et, à un stade plus élevé de la maladie, le comportement de la personne est atteint. Les détériorations dépendent alors de l'évolution de cette dégénérescence neurofibrillaire :

- « *Stade 1 : aucun affaiblissement intellectuel (fonctionnement normal) : aucun trouble de mémoire identifié.* »
- « *Stade 2 : affaiblissement intellectuel très léger (il peut s'agir de changements normaux associés à l'âge ou à des signes les plus précoces de la [maladie])* » : troubles mnésiques avec pertes et non reconnaissance (agnosie) d'objets familiers, ainsi que des oublies de noms connus, généralement non apparent pour l'entourage.
- « *Stade 3 : affaiblissement intellectuel léger (ces symptômes peuvent permettre de diagnostiquer la [maladie])* », évident pour la famille, les amis et les collègues de travail :

---

<sup>4</sup> THOMAS-ANTERION, Catherine. *Santé Mentale n°137 : Alzheimer et troubles cognitifs*. Page 43

- Troubles mnésiques précédents (pertes d'objets) auxquels s'ajoutent des difficultés à faire de nouveaux apprentissages ;
  - Désorientation temporo-spatiale avec difficulté de repérage dans le temps et l'espace ;
  - Troubles du langage (aphasie) par des manques du mot ;
  - Troubles de la concentration et attention limitée.
- « *Stade 4 : affaiblissement intellectuel modéré (stade léger, initial ou précoce (...))* » :
- Troubles mnésiques précédents avec oublie de souvenirs et d'événements récents ;
  - Difficulté à raisonner : gestions administratives et financières difficiles.
- « *Stade 5 : affaiblissement modérément grave (stade modéré ou intermédiaire (...))* » :
- Troubles mnésiques importants avec oublie de noms familiers ;
  - Altération du jugement : difficulté dans l'évaluation des situations de vie.
- « *Stade 6 : affaiblissement intellectuel grave (stade modérément avancé (...))* » :
- Troubles mnésiques soutenus avec oublie de noms des proches aidants ;
  - Difficultés motrices (apraxies) : besoin d'aide pour effectuer certains gestes ou accomplir certaines activités de la vie quotidienne ;
  - Modification du comportement : sensibilité accrue à l'anxiété, perturbation du cycle veille-sommeil, épisodes d'incontinence.
- « *Stade 7 : affaiblissement intellectuel très grave (stade avancé ou sévère (...))* » :
- Troubles mnésiques graves : vocabulaire limité et habilités verbales qui disparaissent ;
  - Difficultés motrices : pertes des fonctions locomotrices, besoin d'aide pour effectuer les activités de la vie quotidiennes (alimentation, toilette...) ;
  - Perte de motivation : apparition progressive d'une tendance dépressive, même envers les activités qui étaient de l'ordre de la passion ;
  - Changement de personnalité : perte progressive du caractère propre à la personne.

La durée des stades évoqués varie : les stades débutants (1, 2, 3 et 4) durent deux à cinq ans ; les stades modérés (5 et 6) près de dix ans ; le stade avancé (7) annonce une fin de vie imminente.

Les conséquences étant trop nombreuses à analyser, dans le cadre de mon mémoire, je ne développerai que les symptômes des troubles de la mémoire. L'Humanitude, sujet de mon étude, est un concept qui induit la sollicitation de la mémoire émotionnelle de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, notamment grâce à des méthodes de stimulation multi-sensorielle ; il me semblait alors logique de me focaliser sur les troubles mnésiques.

### 1.1.3. Comment définir les troubles de la mémoire ?

La mémoire n'est pas seule et unique, mais est multiple : celle à court terme et celle à long terme, cette dernière en comportant plusieurs types (Cf. Annexe I, page I).

Tout d'abord, la mémoire à court terme est celle qui est sollicitée pour retenir un numéro de téléphone par exemple. Elle est limitée dans le temps et en quantité. Elle comprend la mémoire de travail, qui permet de stocker les informations de la mémoire à court terme dans la mémoire à long terme, tout en renouvelant le contenu de cette dernière.

La mémoire à long terme, quant à elle, est composée de différentes mémoires, qui permettent de stocker diverses informations. Elle est illimitée dans le temps et en quantité :

- La mémoire explicite déclarative (consciente) :
  - La mémoire sémantique : elle regroupe les connaissances liées à ce que l'on connaît, donc liées à la culture générale. Elles sont partagées par tous et sont décontextualisées de leur contexte d'apprentissage.
  - La mémoire épisodique : elle fait référence aux souvenirs vécus dans un contexte donné. Elle fait appel à des processus d'encodage (enregistrement des informations en mémoire), de stockage (maintien de l'information en mémoire) et de récupération (recherche de l'information stockée en mémoire).
  - La mémoire autobiographique, constituée de composantes sémantiques (connaissances identitaires) et épisodiques (événements vécus).
- La mémoire implicite non-déclarative (non-consciente) :
  - La mémoire procédurale : elle concerne les connaissances relatives au savoir-faire et qui s'expriment de manière automatique.
  - La mémoire sensorielle, dite « émotionnelle », dont la prime enfance a favorisé l'encodage, l'enregistrement des informations dans la mémoire.
- La mémoire prospective, autrement appelée la « mémoire du futur ». Elle permet d'anticiper et de planifier certaines conduites.

Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles mnésiques se développent progressivement (Cf. Annexe II, page II) :

1. La mémoire déclarative est la première touchée : la mémoire épisodique, puis la mémoire sémantique sont les deux premières affectées.
2. A un stade plus avancé, la mémoire autobiographique est ensuite atteinte.

3. Il se peut, à des stades extrêmes de la démence, que la mémoire non-déclarative soit touchée. Dans ces très rares cas, elle concerne uniquement la mémoire procédurale, porteuse du savoir-faire et des habitudes de la personne. Mais que quel que soit le stade de développement de la dégénérescence neurofibrillaire, la mémoire émotionnelle perpétue.

Cette persistance de la mémoire émotionnelle a été mise en exergue par Marcel PROUST, lorsqu'il évoque la fameuse Madeleine : « *Mais, quand d'un passé ancien rien ne subsiste (...), seules, plus frêles mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps, comme des âmes, à se rappeler (...) l'édifice immense du souvenir* »<sup>5</sup>. Cet adage signifie que lorsqu'un adulte mange une madeleine, sucrerie qui évoque l'enfance, des souvenirs liés à celle-ci resurgissent (bruits des ustensiles de cuisine, odeurs des pâtisseries...).

De nombreux troubles en relation avec les mémoires existent, tels que les troubles du rappel ou l'amnésie rétrograde (des événements passés). Toutefois, les troubles de la mémorisation proprement dits sont dus à une difficulté de consolidation de l'information (Cf. Annexe III, page III).

Comme peut le témoigner le livre de Marcel PROUST, la voie affective permet le passage de la mémoire de travail à la mémoire à long terme. La réciproque s'effectue alors par voies de rappel et de récupération. C'est parce que l'empreinte émotionnelle est permanente, malgré la maladie d'Alzheimer, que j'ai choisie de focaliser mon mémoire d'initiation à la recherche dessus.

**Comment stimuler cette mémoire afin de rendre la personne actrice ? Autrement formulé, quelles attitudes l'ergothérapeute doit adopter afin d'optimiser la participation de la personne dans ses activités quotidiennes ?**

## **1.2. La formation initiale en ergothérapie**

### 1.2.1. Cadre juridique de la formation

L'ergothérapie est une profession réglementée par le Code de la Santé Publique (L4331-1 et R4331-1), qui s'exerce suite à trois années d'études fixées par le Ministère de l'Enseignement Supérieur. Elle est régie par une fiche métier rédigée par le ministère de la Santé et des Sports<sup>6</sup>.

Par l'article L4331-1 de ce code : « *est considérée comme exerçant la profession d'ergothérapeute toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels*

---

<sup>5</sup> PROUST, Marcel. *Du côté de chez Swann*, premier tome de l'œuvre *A la recherche du temps perdu*. Page 143.

<sup>6</sup> Disponible sur : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=12>

*d'ergothérapie, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale. ».*

Les définitions de ce métier sont nombreuses dans la littérature. J'en retiendrai deux, la première définissant ce qu'est le métier, la seconde exposant en quoi il consiste :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), « *l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé (...). Il évalue [les] compétences motrices, sensorielles, psychologiques et cognitives [de la personne]. Il analyse ses besoins, ses habitudes de vie, ses facteurs environnementaux, ses situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique. Il met en œuvre (...) des interventions (...) visant à réduire et compenser ses limitations (...) d'activités, (...) maintenir [son] indépendance, [son] autonomie et [son] implication sociale. Il conçoit des environnements (...) adaptés (...) et préconise des aides [de toute sorte] (...).* »<sup>7</sup>.

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (A.N.F.E.), affirme que « *l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière (...) autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. (...)* »<sup>8</sup>. Pour cela, les praticiens utilisent le support qu'est l'occupation, autrement appelée « activité signifiante et significative ». L'activité est donc le concept central de l'ergothérapie.

« *L'ergothérapie repose sur une philosophie humaniste (...). Les (...) habiletés de l'ergothérapeute sont mises au service des personnes dans leur quotidien. C'est là l'aspect pragmatique de l'ergothérapie qui (...) représente l'objet de notre profession : redonner du sens à la vie de nos clients et améliorer leur quotidien par la voie d'une relation médiatisée par l'activité.* »<sup>9</sup>

En conclusion, la profession d'ergothérapeute est centrée sur le développement et le maintien de la capacité d'agir des personnes, contribuant à son bien-être et à l'amélioration de sa santé. Elle facilite la participation des individus dans les activités se déroulant au sein de la société. Cette définition fait référence à l'« empowerment », un terme spécifique à la profession.

Anne-Emmanuèle CALVES détermine que l'empowerment est la « *capacité des individus et des collectivités à agir pour assurer leur bien-être ou leur droit de participer aux décisions les*

---

<sup>7</sup> Disponible sur : [https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf)

<sup>8</sup> Disponible sur : <http://www.anfe.fr/definition>

<sup>9</sup> FERLAND, Francine et DUTIL, Elisabeth. *Ergothérapie au Québec, histoire d'une profession*. Page 13.

concernant »<sup>10</sup>. En France, ce terme est synonyme d'« *autonomisation* ». Ainsi, il fait référence à l'auto-détermination de la personne, en lien avec la prise de décision, la participation et le bien-être de celle-ci dans les activités qui la concerne.

La cadre juridique de la formation en ergothérapie stipule également, dans l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, que certaines unités d'enseignement (U.E.) transmettent aux étudiants des notions de bases en rapport avec la communication et la relation :

- U.E. 3.02 S1 : « Initiation aux fondements de la pratique »
- U.E. 3.05 S1 : « Diagnostic et processus d'intervention »
- U.E. 3.06 S3 : « Médiation, relation et cadre thérapeutique »
- U.E. 4.02 S3 : « Techniques et outils de la relation et de la communication »

La communication vient du latin « *communicare* », qui signifie « *être en relation avec* »<sup>11</sup>.

En psychologie, la communication est un « *processus par lequel une personne (...) émet un message et le transmet à une autre (...) qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles (...)* »<sup>12</sup>. Pour cela, les interlocuteurs emploient un langage parlé ou un langage gestuel. Le message est alors véhiculé par un canal de communication emprunté.

La relation est un « *rapport, lien impliquant une interdépendance, une interaction avec un milieu* »<sup>12</sup>. Elle est en lien avec la communication, au sens que lorsque deux personnes ont une influence réciproque, elles se transmettent des messages : elles communiquent.

Nous verrons plus précisément, dans une partie ultérieure, que ces notions acquises pendant la formation facilitent l'acquisition d'un savoir-être auprès de la population soignée.

Nonobstant, ces savoirs théoriques ne sont pas les seuls qui permettent d'adopter une conduite adaptée aux besoins de la population ciblée : les principes ergothérapeutiques (ou « *ergothérapeutique* », terme d'origine utilisé dans la profession selon Francine FERLAND<sup>13</sup>) facilitent également l'instauration de certaines attitudes et postures. Quels sont ces fondements spécifiques à la profession qui favorisent la mise en relation ?

---

<sup>10</sup> CALVES, Anne-Emmanuèle. *Empowerment : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement*. Page 735.

<sup>11</sup> Disponible sur : <http://www.communicationorale.com/definition.htm>

<sup>12</sup> Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition>

<sup>13</sup> FERLAND, Francine et DUTIL, Elisabeth. *L'ergothérapie au Québec, histoire d'une profession*. Pages 45 à 110

### 1.2.2. Les fondements de base dans la formation en ergothérapie

Comme nous venons de le définir, l'ergothérapie s'appuie sur l'« occupation ». Ce qui signifie que l'ergothérapeute utilise la médiation occupationnelle afin de répondre adéquatement aux besoins de chacune des personnes qui bénéficie de cette discipline. Ce support représente un tiers dans la relation soignant-soigné. Comment cela peut-il s'instaurer ?

L'occupation représente toutes les tâches de la vie quotidienne, à l'intérieur desquelles la personne voit un sens, constituant ainsi ses habitudes de vie et ses rôles sociaux. Elle se réfère donc à la notion d'« Agir », de « Faire ». Ensuite, l'occupation peut être de l'ordre d'une activité humaine, c'est-à-dire une activité qui s'inscrit entre l'homme et son environnement, proche ou distancié.

L'ergothérapeute se base sur la science de l'occupation, c'est-à-dire sur l'étude des activités humaines. Il s'appuie sur des hypothèses de base : l'occupation influence la santé et le bien-être, elle apporte une structure et donne un sens à la vie. Les humains ont besoin d'occupations et, pour ceux qui sont suivis en ergothérapie, elles acquièrent un potentiel thérapeutique efficient.

En outre, afin de parvenir à l'aboutissement des objectifs de la personne, l'ergothérapeute prend en considération l'occupation pour ensuite, par une analyse d'activité, déterminer les habiletés requises pour effectuer la tâche, dans un environnement donné.

D'après Monsieur TROMBLY (1995)<sup>14</sup>, ce professionnel est principalement centré sur la vie quotidienne de la personne et ce qu'elle veut travailler pour accomplir son activité de manière satisfaisante. Ces caractéristiques témoignent de l'application d'une approche Top-Down, dite « occupation-centrée ». Elle se diffère de l'approche biomédicale qui est centrée sur la pathologie. Cette dernière s'intéresse à « *la réparation des organes lésés (...), la récupération de la dimension physique de la personne* »<sup>14</sup>, c'est-à-dire au problème spécifique de l'individu.

Pour mettre en pratique cette approche occupation-centrée, le professionnel est susceptible d'utiliser des modèles conceptuels spécifiques à l'ergothérapie, tel que le Modèle de l'Occupation Humaine (M.O.H.O.). Il a été inventé par Gary KIELHOFNER et s'appuie sur une dynamique entre l'Être, l'Agir et l'Environnement, interagissant avec une perspective future : le « Devenir ». Il met en exergue la possibilité de changement d'un individu, dans un environnement et une activité donnés.

Ce modèle conceptuel en ergothérapie est illustré en Annexe IV, page IV.

---

<sup>14</sup> ROY-DUBOIS, Alexandre. *L'utilisation de l'approche holistique basée sur l'occupation*. Page 18.

En parallèle, par mes expériences personnelles et professionnelles, j'ai constaté que la relation est le fondement d'une intervention. En effet, les postures d'un thérapeute ont des répercussions sur celles de son interlocuteur, singulièrement sur celles de la personne dont il prend en soins. Via la relation, les attitudes du thérapeute ont alors une influence sur celles du patient.

La posture du thérapeute à l'égard du patient aura-t-elle une incidence positive sur la qualité de la relation et sur la création d'une relation de confiance ?

Ainsi, le thérapeute crée une relation avec l'individu, via la communication établie entre eux.

### 1.2.3. Les principes de communication dans la formation

Comme définie précédemment, la communication est l'action d'établir une relation avec autrui en transmettant des informations et des émotions.

Chaque Institut de Formation en Ergothérapie (I.F.E.) développe et privilégie les notions de communication et de relation dans les enseignements, même si l'approche est différente.

Au début des années 1950, l'École de Palo Alto a été fondée, apportant de nombreuses méthodes thérapeutiques de référence dans la communication interpersonnelle. Elle a été créée aux États-Unis (Californie) par Gregory BATESON afin d'y apporter des savoirs dans les domaines de la communication et de la relation entre les individus. Il affirme que la communication est liée au comportement des individus, qu'« il n'y a pas de « non-comportement » », la communication est continue. D'où ce postulat : « *il est impossible de ne pas communiquer* »<sup>15</sup>.

Celui-ci a été repris par Paul WATZLAWICK, un des membres fondateurs de l'école, dans son livre « Une logique de la communication »<sup>15</sup>, où il relate les 5 axiomes de la communication :

1. « *On ne peut pas ne pas communiquer* ». Tout être humain adopte continuellement un comportement, porteur de message et d'informations, définissant une communication. Le silence faisant partie intégrante des comportements, donc de communication.
2. « *Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et est par suite une métacommunication.* » Le contenu est le cœur du message que l'on veut faire passer. Toutefois, on cherche toujours à véhiculer une émotion afin de faire accepter le contenu plus facilement, c'est le début d'une « relation ». Enfin, ce qui se transmet lorsqu'on communique est ce qu'on appelle la « métacommunication ».
3. « *La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires* ». La communication est un échange perpétuel entre des partenaires : le

---

<sup>15</sup> WATLAWICK, Paul. *Une logique de communication*. Page 1 à 280.

comportement de l'un a une incidence sur celui de l'autre et réciproquement. Mais nous considérons notre attitude, en seule réaction au comportement de l'interlocuteur.

4. « *La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique* ». La première concerne les différents codes et conventions définis par un groupe culturel, tel que le langage verbal (c'est le contenu). La deuxième concerne le langage non-verbal, qu'il s'agisse de gestes ou d'attitudes (c'est la relation).
5. « *La communication est soit symétrique, soit complémentaire* ». La première est une relation d'égal à égal, limitant les différences. La seconde est une relation hiérarchisée, donc inégale.

Lorsque nous parlerons de l'attitude de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, nous prendrons en compte ces 5 axiomes de Paul WATZLAWICK.

Cette analyse a également été exploitée par Carl ROGERS qui, dans son livre « L'approche centrée sur la personne »<sup>16</sup>, a mentionné les attitudes optimales de communication du soignant :

1. Le regard positif inconditionnel : c'est l'acceptation de l'autre par le thérapeute. Il ne juge pas mais accepte l'autre tel qu'il est, incluant l'acceptation des silences : c'est un « *sentiment positif vis-à-vis de la personne sans aucune réserve ni jugement* » ;
2. La congruence : c'est l'authenticité du thérapeute, la concordance entre ses ressentis et sa conscience pour se montrer disponible et bienveillant. « *Cela signifie que le thérapeute est l'ensemble des sentiments et attitudes qui coulent en lui en l'instant* » ;
3. L'empathie : c'est la capacité de contrôler ses réactions socio-affectives afin de se rendre pleinement disponible à l'autre pour percevoir avec exactitude les sentiments de l'autre. Cette compréhension empathique implique une écoute active. C'est donc « *être sensible aux significations mouvantes ressenties, qui coulent dans l'autre personne* ».

Ces attitudes sont en connexion avec la notion de « relation thérapeutique ». Définie de manière officielle depuis le 11 février 2002<sup>17</sup>, la relation soignant-soigné incarne des caractéristiques spécifiques : les relations se créent entre sexes différents socialisés différemment, elles sont de corps à corps et s'inscrivent dans une temporalité, elles témoignent d'une certaine dépendance du soigné vis-à-vis du soignant, ce sont, par conséquent, des relations d'inégalité.

En résumé, la communication, inhérente à l'Homme, peut s'observer sous trois formes :

- Verbale : correspond à l'usage de la parole pour donner un sens littéraire aux mots ;
- Para-verbale : accompagne la parole (correspond au timbre, à l'intonation, à la mélodie...) ;

---

<sup>16</sup> ROGERS, Carl. *L'Approche Centrée sur la Personne*. Page 1 à 544.

<sup>17</sup> Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355>

- Non-verbale : accompagne l'échange verbal par le corps : gestes, postures, mimiques...

Dans le milieu professionnel, lors d'un suivi en ergothérapie, la communication entre le soignant et le soigné fait appel à des notions de « distances thérapeutiques », c'est-à-dire l'espace convenable à avoir avec une personne afin de ne pas être intrusif, ni être distant, mais aussi se protéger soi-même. Dans le premier cas, si nous franchissons la sphère intime, la personne peut se sentir persécutée ; dans le deuxième cas, en étant trop éloignée, celle-ci peut croire que nous sommes indifférents à son histoire, et ainsi à sa prise en soin.

Selon Cécile DELAMARRE, il existe quatre distances proxémiques possibles. Nous entendons par proxémique « *l'utilisation de l'espace par les être animés dans leurs relations* »<sup>18</sup>.

- Sphère intime de 0 à 45 cm : permet d'embrasser quelqu'un ou lui susurrer des mots doux ;
- Sphère personnelle de 45 cm à 1,20 m : permet d'accueillir nos amis ;
- Sphère sociale de 1,20 m à 3,60 m : permet d'accueillir des connaissances ou des collègues ;
- Sphère publique au-delà de 3,60 m : distance à conserver pour s'enfuir en cas de danger.

En étant trop intrusif ou trop éloigné, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut être auteure de comportements inadaptés à une situation ou un contexte donné. Ces attitudes ont un sens pour la personne et sont porteurs de messages.

La relation peut alors faciliter le thérapeute à être à juste distance et à pénétrer dans la réalité intérieure de l'individu et ainsi concevoir un accompagnement plus approprié.

Par cet intérêt que je porte aux notions de communication et de relation, je me suis davantage questionnée sur le travail de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

#### 1.2.4. Le travail de l'ergothérapeute auprès de la population ciblée

Les entretiens exploratoires effectués m'ont permis d'éclaircir le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Son travail consiste à stimuler au maximum les facultés résiduelles de la personne afin qu'elle puisse exercer au maximum son autonomie et son indépendance, dans le but qu'elle continue à donner un sens à ses activités, incluant les activités de la vie quotidienne, tels que les besoins essentiels.

---

<sup>18</sup> DELAMARRE, Cécile. *Alzheimer et communication non-verbale*. Page 17.

Pour cela, l'ergothérapeute, pouvant être accompagné par un collègue de travail (kinésithérapeute, psychomotricien...) met en place des ateliers adaptés pour privilégier l'empowerment de la personne (ci-dessous, des exemples non exhaustifs) :

- L'atelier cognitif : mise en place d'activités faisant travailler les fonctions exécutives (planification, anticipation, raisonnement, etc.), instrumentales (langage, capacités visuo-spatiales, etc.), de la mémoire et de l'attention ;
- L'atelier cuisine : mise en situation dans une cuisine dite « thérapeutique », avec élaboration d'un dessert, d'un plat ou d'un repas entier, suivi de la dégustation ;
- L'atelier gym-douce : élaboration de gestes spécifiques à la gym douce, incluant des étirements, des activités de balle ou des enchainements gestuels ;
- L'atelier lecture : permet de se regrouper un petit comité pour partager une activité calme, favorisant la détente musculaire et le repos psychique ;
- L'atelier de musique : tout comme la lecture, favorise la détente, tout en permettant la remémoration de certains souvenirs passés.

Toutes ces activités peuvent solliciter les facultés motrices, psychiques et sensorielles, afin de permettre à la personne, via cette stimulation, d'être dans l'Être et l'Agir.

L'ergothérapeute peut évaluer les capacités résiduelles de la personne par des bilans normés. La stimulation des celles-ci aura ainsi pour but d'optimiser l'autonomie. La plus connue est le Mini Mental State Examination (M.M.S.E.) ou Test de FOLSTEIN, dont la passation est généralement effectuée par le neuropsychologue lorsqu'il est présent. D'autres permettent d'exploiter plus précisément les dimensions cognitives, comme le Severe Impairment Batterie (S.I.B.), ou le B.M.E. (Bilan Modulaire d'Ergothérapie).

Avec les résultats obtenus et leur analyse, l'ergothérapeute peut réajuster sa pratique dans le but de mieux répondre aux besoins de la personne.

Auparavant, nous avons vu que l'ergothérapeute utilisait la multi-sensorialité et la reconnaissance émotionnelle avec les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il essaie, par de la stimulation sensorielle et par la validation des ressentis, de prendre en compte la personne dans sa singularité. D'autres méthodes de stimulation sensorielle existent et peuvent être pratiquées par l'ergothérapeute, tel que Snoezelen.

Ce dernier terme a été développé en 1970 par deux hollandais. Il provient de la contraction de « Snuffelen » (sentir) et « Doezelen » (sommoler), se traduisant par l'exploration sensorielle via le

plaisir et la détente<sup>19</sup>. C'est une activité s'exerçant dans un espace spécialement aménagé de matériaux lumineux variés, dégageant une ambiance harmonieuse.

D'après Line BERBIGIER ESCHAUZIER : « *développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. (...) Une personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir participer à des activités adaptées.* »<sup>19</sup>, Snoezelen en fait partie et peut être conduit par l'ergothérapeute. Cette méthode prône la stimulation sensorielle par une approche humaniste centrée sur la personne.

### **1.3. Les diverses approches humanistes**

L'approche humaniste est apparue dans les années 1960, aux Etats-Unis, par le psychologue Carl ROGERS, concepteur de l'Approche Centrée sur la Personne.

Ce modèle psychothérapeutique est dit humaniste puisqu'il réunit trois critères directement liés à l'Homme : il reconnaît les valeurs de la personne dans le respect, il lui permet de prendre ses propres décisions, et admet ses compétences à vouloir être dans un processus de changement. « *Cette perspective cherche à donner à la personne les moyens de trouver ses propres réponses dans les situations existentielles auxquelles elle est confrontée* »<sup>20</sup> : c'est le processus d'autonomisation.

Durant la phase de problématisation, mes pensées ont évoluées en suivant diverses approches humanistes que je vais mentionnées en suivant le cours de mes recherches.

#### **1.3.1. Le principe de Carpe Diem : une approche canadienne**

« Carpe Diem » est une maxime latine extraite d'un poème d'HORACE, qui signifie : « *Saisir le jour* »<sup>21</sup>. Elle peut être interprétée comme : « *Cueille le jour présent sans te soucier du lendemain* »<sup>21</sup>, se traduisant par la mise à profit de l'instant présent.

Cette expression illustre les quatre fondements de l'approche Carpe Diem : favoriser les relations de confiance ; viser le maintien de l'autonomie en sollicitant le pouvoir de décision ; respecter les liens avec l'entourage et favoriser l'implication de la famille ; créer une réponse adaptée à la situation et à la personne.

---

<sup>19</sup> BERBIGIER ESCHAUZIER, Line. Snoezelen : la maladie d'Alzheimer et la communication dynamique non directive. Page 1 à 146.

<sup>20</sup> Disponible sur : <http://www.ifef.org/approche-humaniste-experientielle>

<sup>21</sup> Disponible sur <http://alzheimercarpediem.com/l%E2%80%99approche-carpe-diem/>

Conçu en 1997 à Trois-Rivières, au Québec-Canada, par la fondatrice Nicole POIRIER, cet organisme a pour mission de recueillir des fonds dans le but de faire développer le Centre de Ressources Alzheimer et d'encourager les recherches concernant la maladie d'Alzheimer.

L'idée s'appuie sur l'approche Carpe Diem, philosophie qui prône l'écoute des résidents et la compréhension de leurs besoins. L'individu est considéré en tant que tel et non en tant que malade, c'est pourquoi les accompagnements sont orientés sur les capacités de chacun, non sur leurs déficits.

Le principe de cette idéologie est de ne pas utiliser la médication comme moyen de contrôler les comportements ou de remplacer les accompagnements. Pour le personnel, chaque comportement a un sens et constitue un message. La structure et les services essaient alors de comprendre et traduire ce message afin de s'adaptent au résident et à ses exigences.

Cette philosophie repose sur la psychologie humaniste existentielle développée par Carl ROGERS dans son ouvrage « L'Approche Centrée sur la Personne »<sup>22</sup>, fondée sur la relation de confiance entre le soigné et le soignant. Cela permet de mettre la personne au centre de l'accompagnement proposé par Carpe Diem.

Selon Yves GINESTE, « *un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne (...) ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit (...) détruire la santé de cette personne* »<sup>23</sup>. Les philosophies de soins ont déterminé deux champs d'actions pour les soignants : « *CURE, qui signifie soigner, dans le sens guérir ; CARE, qui signifie prendre soin* ».

Un thérapeute, quant à lui, est « *une personne qui soigne à l'aide d'une thérapie. Le thérapeute a un rôle d'accompagnateur, de médiateur* »<sup>24</sup>. Ce qui explique qu'il existe différents types de thérapeute : il existe différentes médiations, qu'elles soient ou non médicamenteuses.

Un ergothérapeute est donc un soignant : au sens « CARE » du terme induite dans la relation et au sens « CURE » via la rééducation. Il utilise l'activité comme médiation pour parvenir à ses fins.

Par des échanges avec la fondatrice de Carpe Diem – Centre de Ressource Alzheimer, Madame Nicole POIRIER et la documentaliste de l'I.F.E. de Laval, Madame Jennifer FONTAINE, j'ai appris que le principe de Carpe Diem se nourrissait du concept de l'Humanité.

Dans les établissements de soins français, quel qu'il soit (en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes [E.H.P.A.D.], en Pôle d'Activités et de Soins Adaptés [P.A.S.A.],

---

<sup>22</sup> ROGERS, Carl. *L'approche centrée sur la personne*. Pages 1 à 544

<sup>23</sup> GINESTE, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanitude : comprendre la vieillesse*. Page 194, Page 205, Page 151.

<sup>24</sup> Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/definition>

en Unité d'Hébergement Renforcé [U.H.R.], ou en Unité Cognitivo-Comportementale [U.C.C.]), la philosophie de l'Humanité n'est pas visible au premier abord.

### 1.3.2. La philosophie de l'Humanité

La philosophie de l'Humanité est un savoir-être basé sur le « prendre-soin », qui prend en compte la personne dans son humanité et sa dignité. Nous entendons par « humanité » l'« *ensemble des caractères par lesquels un être vivant appartient à l'espèce humaine* » et par « dignité » le « *sentiment de la valeur intrinsèque d'un personne et qui commande le respect d'autrui* »<sup>25</sup>.

Cette méthode de soin Gineste-Marescotti® est souvent utilisée dans la relation soignant-soigné, notamment pour la mobilisation ou la toilette de la personne âgée. Elle met en parallèle la vulnérabilité de la personne âgée avec celle du nouveau-né. Pour compenser cette fragilité, l'attitude des parents est primordiale : « *tout nouveau-né doit être humanisé* ». Dans le sens d'Albert JACQUARD, « *notre donné génétique nous permet d'être un homme, mais il ne nous apprend pas à devenir un homme. Pour orienter le potentiel initial vers la réalisation d'un homme, d'autres hommes sont nécessaires* »<sup>26</sup>. La philosophie du prendre-soin et l'éducation vont permettre cette réalisation.

Le vieillissement s'accompagne de modifications sensorielles et cognitives : avec l'âge, les sens de l'individu s'altèrent, de même pour la mémoire. Or, lorsqu'une information est perçue par les sens, elle s'inscrit brièvement dans la mémoire sensorielle. « *Si nous y sommes attentifs, elle pénètre dans notre mémoire de travail. Là, nous pouvons l'analyser, la comprendre, et juger de la nécessité de la retenir ou de l'oublier.* »<sup>26</sup> Une personne âgée aura alors des difficultés dans l'analyse des informations environnementales, d'autant plus si celle-ci développe la maladie d'Alzheimer, puisque ses troubles mnésiques seront majorés.

« *Ces défaillances sensorielles et cognitives provoquent un manque d'informations, une plus grande difficulté à comprendre le monde, à s'ajuster à son environnement. Les personnes qui les éprouvent peuvent donc facilement et légitimement se sentir agressées par des actions ou des gestes, quelles que soient les bonnes intentions de ceux qui les font.* »<sup>26</sup> Ces altérations peuvent ainsi générer des angoisses, en raison des difficultés d'analyse des informations de l'environnement.

L'Humanité se base sur de la stimulation sensorielle. Dans cette philosophie, le soignant se doit de désamorcer les angoisses afin d'éviter que la personne considère les actes de prise en soin comme agressifs. Pour cela, le thérapeute adapte ses attitudes en fonction de la personne.

---

<sup>25</sup> Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>26</sup> GINESTE, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanité : comprendre la vieillesse*. Page 15 à 20.

Au fil des années, la vue diminue, c'est pourquoi, d'après la philosophie de l'Humanité, le soignant ne doit pas se trouver en contre-jour, car la lumière devient agressive pour la personne.

Par ailleurs, avant d'entrer en relation avec l'individu, il est préférable que celui-ci nous voit, car commencer à lui parler sans qu'il ne nous ait vu peut générer de la surprise, source d'angoisses. « *Le regard transmet la tendresse, la fierté, la sécurité à l'enfant* »<sup>27</sup>. Tout comme avec l'enfant, le soignant privilégie un regard qui dure longtemps, qui est « *horizontal (même hauteur), axial (de face à face) et proche, tout en respectant la sphère intime* »<sup>27</sup> de la personne âgée.

La parole est un autre sens exploité par l'Humanité. Avec l'âge, les sons aigus sont moins bien perçus, c'est pourquoi parler avec une voix grave est à prioriser.

Comme pour le nourrisson, « *la parole (...) entoure les actes de soins (...) et les intègre dans la relation* »<sup>28</sup>. Pour que la personne ne perde le fil de la conversation, élaborer des phrases courtes, portées par un ton mélodieux, est nécessaire afin qu'elle soit dans un univers de mots positifs.

Le toucher, nommé « *toucher-tendresse* », consiste à effleurer les parties peu sensibles du corps (les épaules ont moins de récepteurs sensoriels que la paume de la main par exemple), permettant à la personne de ressentir son corps, donc son existence, sans se sentir agressée. Afin de favoriser le bien-être, le touché doit être lent et doux, « *presque caressant* »<sup>27</sup>.

De plus, la manipulation corporelle permet d'initier le schéma moteur pour stimuler le geste encodé dans la mémoire procédurale. Elle permet donc de préserver cette mémoire plus longtemps.

Tout comme l'enfant, l'apaisement des personnes âgées passe par le regard, la parole et le toucher. « *Sur les plans neurologique et psychologique, ils vont permettre, avec l'atmosphère affective qu'ils font naître, l'élaboration et l'enrichissement de notre mémoire émotionnelle.* »<sup>27</sup>

Enfin, la verticalité est aussi utilisée dans l'Humanité. L'altération progressive du schéma corporel incite la personne à devenir de plus en plus statique. Or, l'immobilisation entraîne des grabatisations. C'est pourquoi, en fonction du bilan moteur réalisé, aider la personne à se verticaliser et à se mobiliser (marcher entre autre) au moins dix minutes par jour permet de réduire les risques de grabatisation.

---

<sup>27</sup> GINESTE, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanité : comprendre la vieillesse*. Page 266-268.

Pour ne pas me cantonner au sujet de l'Humanitude, je me suis renseignée concernant d'autres approches existantes pouvant permettre d'accompagner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

### 1.3.3. Quelles approches humanistes auprès des personnes âgées ?

De nombreuses méthodes thérapeutiques existent, telles les approches comportementale, systémique et cognitive. Toutefois, d'après Samuel MERGUI, psychologue clinicien français, ces dernières ne sollicitent pas assez l'auto-détermination de la personne prise en soin<sup>28</sup>.

L'un des rôles de l'ergothérapeute est de solliciter la capacité de la personne à décider de son devenir, ces approches me semblent trop éloignées de la pratique, c'est pourquoi je suis restée focalisée sur l'approche humaniste.

De plus, j'ai décidé d'orienter mon mémoire d'initiation à la recherche sur la sollicitation de la mémoire émotionnelle via la stimulation sensorielle. Ainsi, j'ai retenue trois méthodes, respectant les principes de l'approche humaniste, qui semblent appropriées pour favoriser l'entrée en relation par les sens, avec une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit de la philosophie de l'Humanitude, la méthode MONTESSORI et la méthode FEIL.

Tout d'abord, comme mentionné dans la partie précédente, la **philosophie de l'Humanitude**. Ce terme a été introduit pour la première fois dans la sphère médicale par Lucien MIAS, dès 1989.

Ce concept ancre le « prendre-soin » dans la mise en Humanitude (notion développée en 1995 par Yves GINESTE et Rosetta MARESCOTTI), c'est-à-dire par la mise en place d'attitudes soignantes favorisant l'accompagnement des personnes âgées, au centre de leur prise en soin<sup>29</sup>.

Globalement, c'est une manière d'être avec les personnes âgées : puisque leurs sens se modifient, le soignant se doit de désamorcer l'angoisse que ces phénomènes génèrent, ceci grâce au regard, à la parole, au touché et à la verticalité. Ce savoir-être permet de stimuler la mémoire émotionnelle qui, nous le verrons, est l'une des seules à se perpétuer en dépit de la maladie.

La **méthode MONTESSORI** est un outil de communication initialement imaginée pour être appliquée en pédiatrie : c'est le fondement de la pédagogie de Maria MONTESSORI, créée en 1907, qui repose sur l'éducation sensorielle et kinesthésique de l'enfant.

---

<sup>28</sup> Disponible sur : <http://www.samuelmergui-psychologueparis.fr/PBCPPlayer.asp?ID=1034569>

<sup>29</sup> GINESTE, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanitude : comprendre la vieillesse*. Pages 1 à 319.

Pour Madame MONTESSORI, le terme « éduquer » prend son sens dans un accompagnement par « *le développement de l'être humain dans toutes les dimensions : physique, social et spirituelle.* »<sup>30</sup>. Explicitement, il s'agit de guider l'enfant pour révéler son potentiel humain dans un environnement approprié qui respectera son histoire, sa personnalité et son rythme de vie. Pour comprendre ce qu'il apprend, l'enfant doit manipuler ce qui l'environne : cette approche multi-sensorielle met l'enfant au cœur de son apprentissage.

Dans les années 1990, Cameron CAMP a adapté la méthode MONTESSORI aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs<sup>31</sup>, dont celles touchées par la maladie d'Alzheimer. Il a su l'enrichir avec la neuropsychologie et de la philosophie de l'accompagnement, dans le but de lutter contre la stigmatisation et de remettre la personne au centre des interventions soignantes.

Selon lui, appliquer cette méthode en gériatrie requiert trois valeurs clés dans le soin : le respect, la dignité et l'égalité pour tous les êtres humains. Ces notions font références à un savoir être du thérapeute qui, par son positionnement, place la personne au centre de sa prise en soin.

Contrairement à ce procédé, l'Humanitude sollicite le savoir-être du thérapeute. Il ne s'agit pas d'une autostimulation, mais d'un accompagnement du thérapeute dans la prise en soin de la personne : on parle alors du « faire avec » et non du « faire pour ».

En somme, avec la méthode MONTESSORI, l'ergothérapeute joue un rôle dans la stimulation sensorielle, ce qui est déjà le cas dans son travail auprès de cette population.

La **méthode FEIL**, portée sur la **Validation**, soutient la reconnaissance des émotions et des sentiments de la personne, permettant de la rencontrer dans sa réalité subjective. Naomi FEIL a développée cet outil à partir de 1963. Il s'appuie sur des théories de psychologie comportementale (savoir-être et savoir-faire du soignant), analytique (études effectuées) et humaniste (place de l'Homme dans les soins)<sup>32</sup>.

Cette approche requiert également le respect et la dignité de la personne, en y incluant les notions d'empathie et de bienveillance, car sans relation de confiance, la reconnaissance des émotions d'une personne est inefficace : « *la Validation est inopérante* »<sup>33</sup>. Ce procédé se base sur la pyramide des besoins humains d'Abraham MASLOW et sur la théorie du développement humain

---

<sup>30</sup> Disponible sur : <https://montessori-france.asso.fr/la-pedagogie-montessori-2/approche-montessori/>

<sup>31</sup> Disponible sur : <https://www.ag-d.fr/presentation-agd/cameron-camp/>

<sup>32</sup> PHANEUF, Margot. *La validation, une approche de communication avec les personnes en perte d'autonomie cognitive*. Pages 1 à 58.

<sup>33</sup> FEIL, Naomi. *Validation : La méthode de Naomi Feil pour une vieillesse pleine de sagesse*. Page 9 à 42

d'Erik ERIKSON, ceux-ci permettant d'établir les différentes étapes de la résolution : la mal orientation, la confusion, les mouvements répétitifs, et l'état végétatif chronique<sup>34</sup>.

Pour rappel, la maladie d'Alzheimer peut avoir un début précoce ; la réaction à la Validation est moindre, car c'est une maladie dégénérative qui finit par prendre le dessus.

En conclusion, la méthode FEIL se fonde essentiellement sur la reconnaissance de la personne dans sa singularité, ce qui s'exerce déjà en ergothérapie, quelle que soit la population.

Les points communs des trois méthodes sont la prise en compte de la personne en tant que telle et la mise en place de soins centrés sur celle-ci. De ce fait, elles rejoignent le concept de l'Humanité puisqu'elles se réfèrent aux éléments suivant : la valorisation de l'individu, la considération de ses choix, l'adaptation de la communication et de ses activités, la connaissance de ses habitudes et de ses capacités préservées, ainsi que le respect de son humanité.

De plus, s'y ajoute les notions de Carl ROGERS (communication optimale) et de Paul WATZLAWICK (axiomes de la communication), omniprésentes quelle que soit l'approche.

En conséquence, ces procédés renvoient au travail de l'ergothérapeute au sein d'une structure accueillant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Par son tempérament et sa formation initiale, ce professionnel développe un savoir-être facilitant la relation.

---

<sup>34</sup> FEIL, Naomi. Validation : *La méthode de Naomi Feil pour une vieillesse pleine de sagesse*. Page 9 à 42

## **2. Phase de problématisation : cadre exploratoire**

### **2.1. Présentation de la recherche**

#### **2.1.1. De la question de départ à la question de recherche**

Le choix de mon sujet a été concrétisé en réalisant un premier entretien exploratoire (Cf. Annexe V, page V) auprès d'une ergothérapeute exerçant en France, diplômée à l'école de Rennes depuis 2010, et étant formée à l'Humanitude. Celui-ci m'a permis de faire apparaître des questions plus explicites et mieux détaillées : quelle est l'influence de la relation soignant-soigné sur la mise en place d'une pratique centrée sur les occupations de la personne accompagnée ?

L'analyse de ces propos m'ont permis d'émettre l'hypothèse que la stimulation sensorielle encouragerait l'entrée en relation avec la personne, via une communication verbale ou non-verbale, cela permettrait de réduire son agressivité ou son apathie (troubles comportementaux liés à la maladie) et de la rendre actrice de sa propre vie. L'Humanitude s'adressant aux personnes ayant un comportement agressif, je ne traiterai que cet aspect.

Après quelques réflexions, j'ai pu dégager de manière plus distincte, le thème principal de mon mémoire d'initiation à la recherche : l'attitude de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'Humanitude ne serait pas qu'un simple moyen thérapeutique et outil de communication, mais un savoir-être du soignant permettant d'entrer en relation. Toutefois, en quoi le savoir-être lié au concept de l'Humanitude serait bénéfique en ergothérapie ?

#### **2.1.2. Emergence de la problématique**

Les ergothérapeutes sont habilités à faire le bilan sur l'ensemble des capacités de la personne et de solliciter celles-ci afin de la rendre plus autonome au quotidien.

Parallèlement, le premier problème observé auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer est l'entrée en relation. Celles-ci ont des difficultés à communiquer avec le personnel soignant et ainsi à exprimer leurs besoins.

Plusieurs études au sujet des communications verbale et non-verbale ont été entreprises. Selon Paul WATZLAWICK<sup>35</sup>, le langage du corps représenterait 75 % du contenu de la communication. Selon Albert MEHRABIAN<sup>35</sup>, ce rapport serait de 7 % pour la communication parlée et 93 % pour le versant non-verbal, ce dernier se déclinant comme suit : communication vocale égale à 38 %, communication corporelle égale à 55 %.

En somme, nous communiquons essentiellement avec notre corps. En raison du faible usage de la communication verbale dans le quotidien, je me suis intéressée à la communication non-verbale et plus précisément, dans le contexte de l'Humanitude, à la stimulation sensorielle. D'où ma problématique :

***En quoi l'ergothérapeute, par le choix des canaux sensoriels de communication développés dans la philosophie de l'Humanitude, favoriserait l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, dans ses activités quotidiennes ?***

## **2.2. Méthodologie de recherche**

### **2.2.1. Population ciblée : les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer**

Avec l'analyse faite jusqu'à présent, j'ai pris conscience de la population que j'avais ciblée : les résidents logeant en Maison Carpe Diem sont, en grande partie, âgés. Ma petite expérience a mis en exergue le plaisir que j'ai à travailler avec cette population et mon aisance à communiquer avec.

En parallèle, la population vieillissant, il me semblait intéressant de ne pas épargner les pathologies liées à l'âge. Celles-ci pouvant être des troubles de la vision (cataracte, dégénérescence maculaire), des maladies osseuses (arthrose, ostéoporose), ou encore des pathologies neurologiques, telle que la maladie de Parkinson. Celle qui m'a le plus interpellée et qui atteint de plus en plus de personnes chaque année, est la maladie d'Alzheimer.

Au cours de mes études, j'ai eu l'occasion de découvrir le concept de l'Humanitude. J'ai été très intéressée par cette approche. Concernant les Maisons Carpe Diem, aucun poste d'ergothérapeute n'est actuellement proposé et l'approche portant le même nom n'a toujours pas été développée en France. Nonobstant, les autres soignants, tels que les infirmiers et les aides-soignants, l'emploient quotidiennement auprès des résidents, tant sur le plan comportemental, que sur le plan méthodologique.

---

<sup>35</sup> DELAMRRE, Cécile. *Alzheimer et communication non-verbale*. Page 31.

Cette philosophie de l'Humanitude est principalement étudiée dans les écoles pour former les aides-soignants, afin d'acquérir un savoir-être spécifique pour prendre soin d'une population « âgée ». Cependant, selon le décret du 5 juillet 2010, ce concept n'est ni étudié, ni détaillé dans la formation initiale en ergothérapie, ce qui a motivé ma détermination à développer ce sujet.

### 2.2.2. Les entretiens exploratoires (Cf. Annexe V, page V)

Mon premier entretien a été effectué dans un E.H.P.A.D., auprès d'une ergothérapeute formée à l'Humanitude. Elle m'a m'expliqué en quoi consistait la mise en Humanitude tout en faisant le parallèle avec la pratique ergothérapique.

Mon deuxième entretien s'est réalisé sur Skype avec une ergothérapeute de Montpellier, diplômée depuis 6 ans, formée à la méthode MONTESSORI et au concept de l'Humanitude. J'ai alors pu obtenir des informations concernant la différence entre MONTESSORI et l'Humanitude.

Enfin, mon dernier entretien exploratoire s'est effectué lors d'un appel téléphonique avec un ergothérapeute de Marseille, formé à la méthode MONTESSORI, ayant une dizaine d'années d'expérience dans la pratique ergothérapique auprès de la population âgée. Il a su me renseigner sur chacune des méthodes, dont celle de FEIL, qu'il applique sans avoir reçu de formation appropriée.

En résulte alors une meilleure connaissance concernant les trois approches humanistes pouvant être mise en application, via une formation complémentaire, dans la pratique en ergothérapie. Pour rappel, celle-ci est exposée ci-dessous :

- La Validation, ou méthode FEIL, consiste en la reconnaissance des émotions et des sentiments de la personne âgée,
- La méthode MONTESSORI est une stimulation multi-sensorielle sollicitée par l'ergothérapeute mais effectuée par la personne même (autostimulation),
- La mise en Humanitude est un savoir-être du thérapeute (ou du soignant), permettant à la personne âgée d'être comprise et respectée dans toute son humanité, y compris la prise en considération de ses capacités résiduelles.

Or, d'après le décret du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état en ergothérapie, par les domaines de compétences trois et quatre, l'ergothérapeute reçoit des apports théoriques et pratiques lui permettant d'acquérir un savoir-être et un savoir-faire auprès de la population dite « âgée ». Il apprend ainsi la multi-sensorialité et la reconnaissance de la personne, habiletés comprises, dans toute sa singularité et dans toute sa dignité.

### 2.2.3. Les hypothèses de mon enquête

J'établie la conjecture d'un probable rapport entre le bien-être et les comportements agressifs de l'individu : la stimulation du canal sensoriel préférentiel de la communication non verbale permettrait d'entrer en relation avec la personne. Par ce procédé, cette dernière se sentirait rassurée, en sécurité. Ainsi dans un bien-être, ses éventuels comportements agressifs diminueraient et sa participation dans ses activités se verrait croître.

Le canal préférentiel est le canal de communication où la personne est plus réceptive : c'est grâce à lui qu'elle mémorise plus rapidement (capacité d'encodage) et qu'elle retient les informations plus longtemps (capacité de stockage).

Cependant, dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche, je ne traiterai que d'un seul canal sensoriel de communication, n'ayant pas le temps de tous les traiter. Nous pouvons tout de même citer plusieurs hypothèses :

1. ***La stimulation du canal sensoriel de communication, que la philosophie de l'Humanité nomme « le toucher-tendresse », encouragerait-il, via l'apaisement physique, l'engagement de la personne atteinte d'Alzheimer dans ses activités quotidiennes ?***
2. *La stimulation du canal sensoriel de communication, que la philosophie de l'Humanité nomme « la parole », encouragerait-il, via l'apaisement verbal, l'engagement de la personne atteinte d'Alzheimer dans ses activités quotidiennes ?*
3. *La stimulation du canal sensoriel de communication, que la philosophie de l'Humanité nomme « le regard », encouragerait-il, via la prise en considération visuelle, l'engagement de la personne atteinte d'Alzheimer dans ses activités quotidiennes ?*

Afin de délimiter mon cadre méthodologique, j'ai choisi d'analyser uniquement la première hypothèse, celle portant sur le canal sensoriel préférentiel du toucher-tendresse.

Nous allons ultérieurement traiter la place de l'ergothérapeute au sein d'une équipe soignante et son rôle auprès de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer.

### **3. Phase d'investigation : cadre méthodologique**

#### **3.1. Déroulement de l'enquête**

##### **3.1.1. Méthode utilisée permettant de répondre à mon hypothèse**

Mon sujet portant sur l'attitude de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, cela me semblait indispensable d'interroger ces professionnels de santé.

Afin d'obtenir de plus amples informations qualitatives en rapport avec les notions et concepts développés dans le cadre théorique, j'ai décidé d'effectuer des entretiens semi-directifs, réalisés grâce aux guides d'entretiens préalablement construits (Cf. Annexe VI, page VII).

Puisque je cherche à savoir si l'Humanitude est une plus-value dans la pratique de l'ergothérapeute, j'ai décidé d'interroger deux professionnels

- Un non formé à ce concept ;
- Un formé à ce concept.

De cette manière, en analysant les résultats de mes entretiens et en exposant les biais éventuels, je pourrai comparer les pratiques des deux thérapeutes, et ainsi vérifier la possible plus-value de l'Humanitude, en parallèle à la formation ergothérapeutique initiale.

Diverses structures dans lesquelles exercent l'ergothérapeute peuvent accueillir la population ciblée, tels que mentionnés dans les parties précédentes : les E.H.P.A.D., les U.H.R., etc.

Dans la mesure où l'Humanitude peut être pratiquée dans un centre de soins ou au domicile d'un individu, il me semblait intéressant de comparer la pratique du professionnel dans ces deux contextes, c'est pourquoi je souhaitais interroger (les quantifications ne sont pas exhaustives) :

- Un ergothérapeute travaillant en E.H.P.A.D., lieu de vie adapté pour les démences ;
- Un ergothérapeute travaillant en E.S.A., équipe spécialisée se déplaçant au domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Courant février 2017, j'ai alors commencé la recherche de professionnels que je souhaitais interroger. En somme, je voulais m'entretenir avec quatre ergothérapeutes minimum, formés, ou non, à l'Humanitude, puisqu'il s'agit de comparer la mise en place de la stimulation sensorielle en fonction des structures professionnelles et de la formation complémentaire.

### 3.1.2. Organisation de mes recherches et de mes enquêtes

Via le réseau social Facebook et des échanges par mails, j'ai pu envoyer une quinzaine de demandes d'entretien, dont sept m'ont rendu réponse. J'ai alors sélectionné les personnes entrant dans mes critères de recherches.

Après avoir analysé quels parcours professionnels seraient des plus intéressants à approfondir, j'ai repris contact avec plusieurs d'entre eux afin de convenir les dates de nos échanges en fonction des disponibilités de chacun. Ci-dessous, le résumé synthétique de chacun de nos entretiens effectués :

- **Entretien 1** : échange sur Skype de 46 minutes avec une ergothérapeute travaillant en E.H.P.A.D. et non formée à l'Humanitude ;
- **Entretien 2** : rendez-vous de visu de 42 minutes avec une ergothérapeute travaillant en E.H.P.A.D. et formée à l'Humanitude ;
- **Entretien 3** : rendez-vous de visu de 43 minutes avec une ergothérapeute travaillant en E.S.A. et non formée à l'Humanitude ;
- **Entretien 4** : échange téléphonique de 66 minutes avec une ergothérapeute travaillant en E.H.P.A.D. et ayant travaillé en E.S.A., non formée à l'Humanitude.

Lors de ces entrevues, un dictaphone a toujours été utilisé afin d'enregistrer et retranscrire les conversations. Cet outil a servi de prémices à la rédaction finale de l'analyse.

Pour des raisons de confidentialité et de respect, les noms des professionnelles sont modifiés et les villes dans lesquelles elles exercent ne sont pas mentionnées. La désignation « ergo », tiré du mot « ergothérapeute », sera ultérieurement employé pour faire référence aux praticiennes.

### 3.1.3. Limites de mes enquêtes

Les entretiens se sont déroulés dans des environnements distincts les uns des autres, où aucune nuisance de source externe ou interne n'était présente. Cependant, quelques perturbations ont entravés la communication :

- **Entretien 1** : l'échange sur Skype a été ponctué de bugs informatiques, probablement dus à la distance géographique ou au réseau de communication. Régulièrement, l'ergothérapeute et/ou moi-même devons répéter quelques phrases, perturbant le fil de la conversation.
- **Entretien 2** : la première rencontre avec cette ergothérapeute s'est faite virtuellement, via Skype. Les problèmes audiovisuels étant trop importants, aucune communication n'était

possible, c'est pourquoi une deuxième rencontre a été programmée. La semaine suivante, je me suis rendue au domicile de l'ergothérapeute afin de reprendre l'entretien. Le conjoint de celle-ci étant présent, je me suis adaptée à la situation au cours de l'échange verbal.

- **Entretien 3** : la rencontre s'est effectuée en fin d'après-midi, sur son lieu de travail. A cette heure-ci, les enfants viennent de finir l'école. La pièce dans laquelle nous étions étant exposée à la sortie d'une école primaire, nous entendions des sonorités provenant de l'extérieur, dérangeant quelque peu notre conversation.
- **Entretien 4** : l'échange téléphonique a eu lieu en début de soirée, après que l'ergothérapeute soit allée chercher son enfant à la crèche. Ce dernier était donc présent pendant l'entretien, interrompant de temps à autre la communication.

Les perturbations intervenant pendant l'élocution ont contribué au manque de concentration des professionnelles de santé ainsi qu'à mon égard, parfois même à une communication restreinte en raison de l'incompréhension réciproque dans l'échange. Je n'arrivais pas à comprendre, parfois, mon interlocutrice, ce qu'elle disait, où elle voulait m'emmener. Elle ne répondait pas concrètement aux questions posées, ou leurs réponses restaient trop succinctes.

Ces facteurs environnementaux ont parfois décontenancés les témoignages, engendrant certains troubles de mémoire, nécessitant des reformulations, c'est pourquoi ils ne sont pas à épargner dans mon analyse. Ils participent aux biais de mon objet d'étude.

Par ailleurs, la première partie de ma grille d'entretien, celle relative à la formation en ergothérapie, permet d'exposer d'autres biais. L'identité de l'ergothérapeute interrogée, ainsi que son parcours professionnel peuvent fausser mon analyse des résultats :

**Questions 1 : Dans quel établissement exercez-vous ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
En E.H.P.A.D.	En E.H.P.A.D.	En E.S.A.	En E.H.P.A.D.

La pratique de l'ergothérapie diffère en fonction du lieu d'exercice et de la spécialisation de ce dernier, c'est pourquoi elle sera différente dans un E.H.P.A.D. ou en E.S.A.

**Question 2 : Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Depuis mon diplôme je suis en hôpital gériatrique, où je divise mon temps entre du long séjour (...) et deux services d'E.H.P.A.D.. Je suis à 25% sur chaque E.H.P.A.D.. » « J'ai fait un an de prépa pour le concours, après je suis rentrée dans la formation. »	« Actuellement, je travaille dans 3 E.H.P.A.D., dont deux P.A.S.A.. » « Par concours »	Fac de médecine « Je travaille à domicile depuis 9 ans (...) avec un petit peu d'expérience en institution car c'était en temps partiel au départ. Maintenant à vie à domicile à temps plein depuis 2009. » A déjà travail en S.A.M.S.A.H. (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)	« J'ai travaillé 3 ans en E.S.A. (...). Maintenant je travaille en E.H.P.A.D.. » « J'avais un temps partiel en E.H.P.A.D. quand j'étais en E.S.A. » « Ça fait 7 ans que j'ai une activité en E.H.P.A.D.. » A déjà travaillé en S.A.V.S. (Service d'Accompagnement à la Vie à Domicile) et dans un centre de rééducation/réadaptation

L'expérience professionnelle joue un rôle prépondérant dans le développement de sa pratique. Ainsi, un jeune diplômé aura probablement tendance à suivre l'organisation institutionnelle déjà établie avant de pouvoir se lancer dans des intentions plus spécifiques.

A l'inverse, un praticien avec dix ans d'expérience se sera vraisemblablement déjà investi dans la mise en place de nouveaux projets, permettant de faire évoluer ses apprentissages acquis.

**Question 3 : En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?**

**Question 4 : Dans quelle école avez-vous obtenu votre diplôme ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
En 2016, à Evreux	En 2015, à Berck	En 2007, à Bordeaux	En 2007, à Rennes

Chaque I.F.E. promulgue un apprentissage plus approfondi, d'un domaine de compétence spécifique, dans la pratique ergothérapique initiale. Toutes les écoles ont les mêmes unités d'enseignements à transmettre aux étudiants, mais les méthodes d'apprentissages diffèrent d'une

école à l'autre. La manière d'exercée est alors influencée par les procédés pédagogiques reçus pendant les années de formation.

**Question 5 : Avez-vous eu des formations supplémentaires ou complémentaires ? Si oui, lesquelles ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Une journée de sensibilisation où c'était pour tout l'hôpital (...) sur les traitements non-médicamenteux. » Formation sur la médiation animale (encore non réalisée le jour de l'entretien)	« J'ai reçu une formation sur : promouvoir la créativité des personnes ayant l'Alzheimer en ergothérapie » « Et l'Humanitude »	« Deux principalement : une formation sur la réhabilitation des troubles cognitifs chez le malade Alzheimer ou maladie apparentée (...). Et puis une formation de formatrice PRAP. »	« J'ai fait une formation (...) [sur] la thérapie occupationnelle en lien avec la maladie d'Alzheimer. (...) J'ai fait une formation sur (...) la prise en charge en ergothérapie sur l'adaptation motrice. »

Tout ergothérapeute a droit à la formation continue, quelle qu'elle soit. La diversité des formations pouvant être proposées permet aux professionnels de santé de se spécialiser dans un domaine, la plupart du temps en rapport avec son lieu d'exercice. Ce qui explique que les quatre ergothérapeutes interrogées ont eu des formations différentes.

Les formations reçues participent à l'approfondissement de compétences, parfois apprises en formation initiale, contribuant ainsi à la spécialisation de sa pratique. Certaines connaissances peuvent être complémentaires à d'autres, c'est pourquoi elles peuvent être des biais à mon étude : l'Humanitude n'est pas le seul traitement non-médicamenteux permettant de solliciter les sens des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; la méthode MONTESSORI, pour rappel, en est un autre exemple.

Pour ce qui est des limites du cadre de mes recherches, il s'agit d'une enquête à petite échelle, réalisée auprès de quatre ergothérapeutes, travaillant dans quatre établissements différents. En conséquence, les résultats ne sont significatifs, et ne peuvent représenter l'organisation, le fonctionnement des autres structures du même nom.

Au départ, je souhaitais, en quatrième et dernier entretien, un ergothérapeute travaillant en E.S.A. et formé à l'Humanitude. Afin de trouver une personne répondant à mes critères, je me suis

dirigée vers deux organismes formant des équipes soignantes à la philosophie de l'Humanitude. Le premier n'a pas donné suite à mon courriel, le second n'a su répondre à ma demande. Je n'ai alors pas pu interroger la personne recherchée. A défaut, je me suis alors entretenu avec l'Ergo. D.

En utilisant l'entretien semi-directif comme outil d'enquête, l'Ergo. C et l'Ergo. D n'ont pas toujours compris le sens de mes questions ou les termes employés. Les sujets étant toutes deux diplômées en 2007, soit avant l'arrêté du 5 juillet 2010, il est possible que les mots utilisés pour formuler mes questions ne soient identiques à ceux développés dix années plus tôt.

En effet, la profession d'ergothérapeute étant en plein essor en France aujourd'hui, les instructions éducatives le sont également. Depuis l'arrêté mentionné, relatif au diplôme d'Etat en ergothérapie, les enseignements ont alors pu évoluer, expliquant ainsi l'apparition d'un vocabulaire plus spécifique, ne modifiant en rien le contenu pédagogique.

D'autre part, notre mémoire à long terme n'étant pas infaillible, ces professionnelles ont certainement oubliés quelques notions abordées pendant leur formation initiale. Cela n'a toutefois pas été un obstacle majeur, puisqu'en expliquant chacun des termes incompris, mes interlocutrices ont pu répondre à mes interrogations.

En résumé, malgré les incompréhensions de certaines praticiennes, et dans le but d'obtenir des résultats plus probants, cette investigation aurait nécessité un plus grand nombre d'enquête.

### 3.2. Observations et analyse des résultats

A la suite de cette présentation générale des ergothérapeutes interrogées, permettant de citer quelques limites à mon étude, j'aborde les autres thèmes de ma grille d'entretiens. Je vais procéder à l'exposition des résultats, pour ensuite les analyser (Cf. Annexe VII, page X).

#### 3.2.1. L'engagement de la personne soignée

**Question 1 : En tant qu'ergothérapeute, avez-vous déjà déterminé le canal sensoriel de communication auquel la personne est réceptive ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Ça dépend des personnes. »	« Déjà tout dépend des personnes. »	« Il y en a pas d'automatique. C'est	« En fonction des personnes. »

« Avec certaines personnes tu le vois dès le premier entretien. (...) Tu vois s'ils sont plus sensibles au contact ou pas. »	« Ça passe d'abord par le regard. Après l'audition. Et souvent aussi on lui touche l'épaule pour (...) la solliciter. » « En général, il y a des trois. »	vraiment en fonction de la personne. » « Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui passe par la vue. (...) Le toucher aussi après. »	« En général, le regard est (...) pour capter l'attention. » « Après ce sera plus le toucher. » « Pour moi c'est d'abord le regard et après le toucher (...). »
--	--	---	---

A l'unanimité, les ergothérapeutes interrogées s'accordent sur le fait que le canal sensoriel de communication auquel la personne est le plus réceptif dépend des individus. De manière générale, trois d'entre elles affirment que la relation passe d'abord par le regard, puis par le toucher. Une autre ajoute que la parole est également un canal nécessaire dans l'entrée en relation.

Ainsi, la stimulation multi-sensorielle est le moyen utilisé par ces ergothérapeutes pour faciliter l'établissement d'une relation.

**Question 2 : Stimulez-vous la personne dans le but de solliciter la « capacité d'agir » (l'empowerment) ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Ça m'arrive. »	« Par la parole on va leur demander (...) pour qu'ils se mettent en action. » « On va essayer d'amorcer le geste aussi. (...) Souvent c'est pour la marche. »	« En échangeant sur ses besoins. (...) Raccrocher ça avec (...) les objectifs. » « Une fois que la relation est établie, (...) l'échange est important (...) pour que la personne (...) soit actrice. »	« Faut que la personne ait envie. (...) Sur certaines choses on est sur faire développer de l'autonomie, (...) sur l'envie d'agir. » « Ça dépend des objectifs. » « Chercher à ce que la personne soit active. »

Excepté l'Ergo. A qui ne donne pas de détails dans sa réponse, les professionnelles sont d'accord sur le fait que la sollicitation de l'empowerment de la personne passe essentiellement par la parole. Une ergothérapeute ajoute que l'amorce du geste y contribue.

En conclusion, suite à l'instauration d'une relation entre le soignant et le soigné, qui généralement, passe par le regard et le toucher, l'empowerment de la personne est majoritairement sollicité par l'usage de la parole, un autre canal sensoriel de communication.

**Question 3 : Stimulez-vous la personne dans le but de solliciter son engagement ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Surtout chez des personnes qui sont apathiques (...), qui sont un peu triste. »	« Par la parole. » « Notre expression fait que la personne est plus engagée. (...) Ils ne captent pas la mimique qu'on fait, mais ça s'inscrit dans leur mémoire émotionnelle. » « Ils vont se rappeler un bon moment. »	« C'est plus verbal. » « C'est dans l'échange »	« Je ne fais pas très bien la nuance avec la volonté d'agir. » « Je vais impliquer la personne pour qu'elle soit engagée. Qu'est-ce qui lui procure de la motivation pour faire qu'il y ait une volonté, une autonomie. (...), l'engagement. »

Deux ergothérapeutes pensent que la sollicitation de l'engagement se fait par la parole, dans l'échange avec la personne. Les deux autres ne mentionnent pas de canal de communication spécifique, le but final étant l'engagement de la personne, quel que soit le moyen pour y parvenir.

D'après les résultats, favoriser l'engagement passe par deux moyens de communication :

- Le verbal, permettant d'exprimer les objectifs à la personne, pour la rendre actrice ;
- Le para-verbal, témoin de la sérénité du thérapeute pour solliciter la personne.

L'approche non-verbale est ici secondaire. Néanmoins, elle contribue, selon l'Ergo. B, à l'ancrage de la situation dans la mémoire émotionnelle, elle seule persistant en dépit de la maladie.

**Question 4 : Quel lien faites-vous entre l'empowerment et l'engagement dans les activités quotidiennes ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Certaines personnes font l'activité parce	« On essaie les deux en général. »	« C'est toujours délicat de voir s'il y a un	« Quand quelqu'un à cette capacité d'agir,

<p>qu'on leur demande de le faire (...). Et il y a celles qui s'engagent parce qu'elles ont envie de faire l'activité. On peut faire une activité grâce à la capacité d'agir mais sans s'engager. »</p>	<p>« Je les lie, donc j'ai du mal à les distinguer. » « Pour qu'il y ait un réel engagement, il faut l'empowerment. » « L'empowerment serait à un instant T et l'engagement serait sur tout le long de l'activité. »</p>	<p>transfert qui se fait dans le quotidien quand on n'est pas là. Il y a des gens qui nous associent à une tâche, mais quand on n'est pas là pour le travailler avec elle, le transfert ne se fait pas de façon automatique. »</p>	<p>elle est vraiment engagée dans ses activités. » « C'est lié au moral, à l'état psychologique de la personne. (...). Si la personne n'a pas envie, qu'elle n'a pas l'élan vital, c'est là où on avance le moins. »</p>
---	--	--	--

Ce tableau montre que pour atteindre l'engagement dans l'activité, l'empowerment au préalable est nécessaire, mais l'inverse n'est pas avéré.

Ce qui signifie que l'empowerment serait une décision pré-occupationnelle résultant d'un processus cognitif qui, alimenté par l'envie de la personne à réaliser l'activité, donnerait place à l'engagement de celle-ci le temps de l'activité, soit sur du plus long terme.

***Question 5 : Pensez-vous qu'en stimulant la personne via son canal sensoriel préférentiel, cela l'aide à mieux s'investir dans ses activités de la vie quotidiennes ?***

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
<p>« Je ne sais pas. » « Ça dépend de l'état de la personne, comment elle est... » « Je pense que la personne s'investie mieux avec moi parce qu'elle sent que je suis là pour elle. »</p>	<p>« Oui. » « Mais même avec la marche, avec le toucher, quand on impulse. »</p>	<p>« Oui, de manière informelle : la personne ne va pas se rendre compte. » « Ça passe souvent par les mêmes canaux. » « Le visuel aide dans la communication non-verbale. »</p>	<p>« Je pense que la plupart du temps, ouais, si on vient stimuler avec bienveillance, dans une bonne partie des cas ça l'aide oui. »</p>

Les réponses à cette question divergent. Pour l'Ergo. A, la personne ne s'investirait davantage qu'en sa présence, en raison de la disponibilité dont elle fait preuve et de son

positionnement serein à son égard. Les trois autres professionnelles répondent positivement à la question avec des arguments différents, mais sans se contredire les unes les autres.

Ainsi, la stimulation sensorielle pratiquée par l'ergothérapeute favoriserait l'investissement de la personne dans ses activités quotidiennes, notamment en présence du soignant. En son absence, la confirmation de ce propos n'est pas vérifiée. Cette stimulation serait principalement effectuée selon une approche non-verbale : le regard, l'impulsion et la bienveillance du geste.

**Question 6 : Selon vous, la formation à l'Humanitude est-elle/serait-elle une plus-value pour la pratique ergothérapique au quotidien ? Si oui, pourquoi ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
<p>« Ça peut être intéressant. »</p> <p>« Je pense que c'est du bon sens. Surtout les ergos, on est formé à la relation. »</p> <p>« Je pense que c'est intéressant d'avoir les liens scientifiques par rapport à ça. »</p> <p>« Ça dépend du tempérament de l'ergo. »</p>	<p>« C'est un travail d'équipe. On a notre place d'ergo dans l'Humanitude, mais c'est institutionnel. Si l'ergo est seul ça ne va pas fonctionner. »</p> <p>« Je ne peux pas l'inculper seule. »</p> <p>« Je n'ai pas beaucoup de poids par rapport à la formation Humanitude. (...) C'est la place qu'on a et l'expérience. »</p>	<p>« J'en sais rien du tout. »</p> <p>« Je ne pourrais pas répondre objectivement. »</p>	<p>« C'est du bon sens. (...) Ça va dans notre positionnement en tant qu'ergo. »</p> <p>« Ça aide quand c'est toute une équipe qui a fait la formation. (...) C'est une plus-value pour communiquer. »</p> <p>« Ça apporte quand on est jeune professionnel et que c'est pas facile de créer une relation qu'on n'apprend pas en cours. »</p>

L'Ergo. C n'a su s'exprimer sur la question. A contrario, les trois autres praticiennes admettent que la formation à l'Humanitude est inscrite dans la pratique ergothérapique et qu'elle ne serait une plus-value que si toute l'équipe pluridisciplinaire recevait la formation.

Elles affirment que le bon sens induit dans l'Humanitude, selon le tempérament de chacun, l'ergothérapeute le possède, mais que l'appliquer seul n'a de répercussions notables :

- L'influence d'une personne par rapport à toute une équipe est faible, d'autant plus si c'est un jeune professionnel. Si la formation était à titre institutionnel, cela aurait plus d'importance dans la pratique des uns et des autres ;

- Toute personne n'a pas reçu la même éducation ni vécu les mêmes expériences, le tempérament des uns varie de celui des autres : le bon sens n'est pas identique pour chacun. Faire la formation à toute une équipe faciliterait alors les échanges par l'usage d'un langage et de pratiques communes, favorisant la relation avec le soigné.

L'Humanitude ne serait pas une plus-value pour l'ergothérapeute, puisqu'il a acquis les savoirs théoriques pour entretenir une bonne relation avec le soigné. De plus, nous ne nous dirigeons pas vers le métier d'ergothérapeute par hasard, nos valeurs personnelles nous ont orientées.

### 3.2.2. La communication non-verbale

***Question 1 : Comment mettez-vous en place la stimulation sensorielle au quotidien auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (snoezelen, humanitude...)?***

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Je ne fais pas vraiment de stimulation sensorielle. » « J'essaie d'avoir toujours un contact avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. (...) Pour qu'il y ait une relation un peu plus privilégiée. »	« Par exemple en activité cuisine il y a le toucher, la parole. L'activité chant, danse, là ça va être la musique ». « C'est au quotidien : être avec eux, discuter avec eux. »	« Rien de tout ça. » « Par des mises en situation. Au niveau de l'E.S.A. on fait peu d'accompagnement, c'est surtout des évaluations. » « C'est plus une évaluation des sens, qu'une stimulation proprement dite. » « Les interventions en ergo, ça va être de l'ordre d'adaptations d'une signalétique, des choses comme ça. » « Les A.S.G. (Les Assistants de Soins en Gérontologie assurent	« Principalement par le regard et les émotions, et réagir à ce qu'elles te renvoient. » « Mettre à disposition différentes matières, des choses du quotidien, des choses à manipuler qui évoquent quelque chose de sensoriel, et à la fois une activité du quotidien, des gestes très ancrés. (...) Ça m'arrive de chanter. C'est une manière de rentrer dans l'univers de la personne. (...) Il y a des chansons qui leur

		tous les actes qui peuvent concourir à soulager un mal-être) continue à travailler en automatisant le plus possible pendant les séances. »	parlent et qui les mettent en confiance. »
--	--	--	--

D'après les résultats précédents, la pratique de l'ergothérapie diffère en fonction des structures, mais aussi en fonction des professionnels de santé.

En effet, l'Ergo. A fait de la stimulation sensorielle par le biais d'une relation de confiance, c'est-à-dire en élaborant toujours un contact avec la personne, dans sa sphère intime. L'Ergo. B la pratique via des activités, comme celles préalablement mentionnées dans la partie théorique (la cuisine, la musique...). De ce fait, elle sollicite davantage la sphère sociale de la personne. L'Ergo. C ne fait pas vraiment de suivi, mais plutôt des interventions ponctuelles. L'Ergo. D réalise la stimulation sensorielle en pénétrant dans l'univers de l'autre, par deux façons différentes : la prise de contact et la mise à disposition de matériaux. Ces méthodes réactivent la mémoire émotionnelle, en sollicitant la réalisation de gestes profondément ancrés.

Dans tous les cas, cette stimulation s'effectue régulièrement, notamment par le biais de la relation. Ce qui appuie les axiomes « *Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation (...)* » et « *La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital (le langage verbal, le contenu) et analogique (le langage non-verbal, la relation)* ».

**Question 2 : Quelle place prend la communication non-verbale par rapport à la communication verbale ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Je pense qu'elle est assez importante la communication non-verbale. » « Il y a des personnes démentes qui n'ont plus cette capacité	« Faut les deux. » « Dès qu'on est un peu énervé, un peu fatigué, ils le ressentent, et c'est un engrenage. Donc c'est à nous de prendre sur nous et de	« Les deux sont quand même quasiment toujours associées. » « Ça passe plus par le verbal. (...) C'est sur ce qu'on dit, comment on le dit, la	« Avant même qu'on ait dit quoi que ce soit, il y a un message qui passe. Plus avec des personnes désorientées qui sont dans le ressenti, parce

verbale, ils n'ont plus la capacité de comprendre la communication verbale et d'échanger avec moi. »	faire un transfert positif pour les apaiser. » « C'est à nous d'interpréter aussi leur communication non-verbale. » « Les personnes ayant une démence bien avancée, la communication non-verbale est plus importante. »	formulation... » « Avec l'évolution de la maladie, la personne est de plus en plus sensible au non-verbal. »	que les mots elles ne les comprennent pas. Et du coup elles ressentent l'émotion. » « On essaie de faire sentir qu'on est disponible. » « Le verbale, on le maîtrise. (...) Mais ce qu'on dégage dans le ressenti c'est moins habituelle et c'est aussi important. »
--	---	---	---

Les résultats montrent qu'avec l'évolution des symptômes, la personne comprendra moins facilement les messages verbaux. Puis, elle utilisera de moins en moins le langage parlé, celui-ci devenant trop complexe. Enfin, la sensibilité aux émotions sera accrue : elle s'exprimera sur le plan physique de manière à transmettre l'émotion qu'elle ressent, et elle ressentira celle-ci de plus en plus par la façon dont nous nous exprimons, verbalement ou non. Ainsi, plus le stade de la maladie est avancé, plus l'approche non-verbale prend de l'importance dans la communication.

Par ailleurs, comme l'exprime l'Ergo. B. (« C'est à nous de prendre sur nous ») et l'Ergo. D. (« On essaie de faire sentir du bien-être ») : elles sous-entendent que même si des pensées négatives nous envahissent, notre travail est de faire paraître que tout va pour le mieux dans une atmosphère positive. Ce qui confirme l'axiome : « *On ne peut pas ne pas communiquer* ».

**Question 3 : Quels sont les impacts de l'approche non-verbale sur le comportement des personnes ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Ça peut être calmant. » « Ça dépend de la personne. » « Généralement je n'ai pas à faire à de	« Il faut chercher à les apaiser quand ils sont agressifs, et leur redonner confiance. » « Les intonations, les mots qu'on utilise vont	« Un impact en réassurance, en confiance aussi. » « Le non-verbal est important pour les réassurer, pour	La personne sera vite énervée si on est un peu opposante. (...) Tout ce qu'on peut renvoyer de calme, de sérénité, va souvent

l'agressivité, c'est souvent apaisant pour la personne. »	les encourager. » « L'apathie c'est comme redonner envie, on ne sait pas trop comment aborder la personne. »	dédramatiser un peu les choses. » « En fonction des personnes c'est différent. »	aider à ce que ça ne monte pas trop dans l'énervement. Si on n'arrive pas faire le soin, on s'arrête, sans que la personne se mette dans un état, on verra plus tard. »
---	---	---	---

Les quatre ergothérapeutes créent un lien entre le calme du thérapeute et l'apaisement de la personne : le premier a une influence sur le second, remplaçant ainsi la confiance entre les deux interlocuteurs au centre de l'accompagnement.

L'approche non-verbale atténuerait alors les comportements inadaptés et/ou agressifs. Ceci confirme le propos introductif : « *L'attitude est une cause des comportements* », en ce sens que l'attitude du thérapeute a des répercussions sur le comportement des patients.

**Question 4 : Quelles sont les répercussions de l'approche non-verbale dans la vie quotidienne des personnes ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Je n'ai pas vu vraiment de changement. » « Je ne sais pas s'il y a un impact sur le quotidien. » « Les personnes ont un comportement différent avec moi. »	« C'est pareil. Il y a l'intonation qui joue, les gestes qu'on peut avoir. » « Il faut solliciter, solliciter, solliciter. »	« Je pense que oui. » « Quand eux savent mieux comment appréhender la situation, ils vont être moins stressés. (...) Ça va apaiser de manière générale. »	« L'approche va être rassurante. » Si la personne est en confiance, qu'elle sent des regards, des touchers bienveillants, son état d'esprit peut être plus calme. Et aussi sur l'autonomie : oser faire les choses. » « Si la stimulation est braquée, la personne se décourage, s'énerve. »

La réponse à cette question n'a pas été très explicitée. Certaines ergothérapeutes interrogées sont même restées sceptiques sur leur réponse apportée. Ce qui a clairement été exposé, c'est que par sa présence et en adoptant des postures relatives à celles exprimées par Carl ROGERS, le thérapeute contribue, via la stimulation sensorielle, à l'optimisation de l'autonomie de la personne. En son absence, aucune réponse probante ne peut être apportée. Le quotidien des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se voit-il différent en l'absence d'ergothérapeute ?

Ces faits montrent que le comportement d'une personne à une incidence sur celui de l'autre : la communication est un échange perpétuel entre deux partenaires. Autrement dit, « *La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences (...)* » (axiome de Paul WATLAWICK).

### 3.2.3. Le toucher

#### **Question 1 : Selon vous, le toucher a-t-il un impact sur le comportement du résident ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« La personne veut rentrer en contact avec moi, elle accepte le toucher. » « Je trouve que le toucher brise un peu cette distance. »	« Dans des P.A.S.A. on a instauré les massages pour se détendre. Le fait d'être ensemble tout le temps [peut énerver] les résidents et peuvent devenir agressifs... »	« Oui, là aussi dans la réassurance. » « On le sent bien. » Entre quand on arrive et quand on repart où les gens ne veulent pas nous lâcher la main, on sent bien que c'est très important. »	« Se faire toucher, ce n'est pas facile pour tout le monde. » « Le toucher peut avoir quelque chose d'apaisant, qui donne confiance. » « Le plaisir à caresser le chien, on sent qu'il y a vraiment quelque chose d'agréable, de rassurant, de plaisant. »

D'après les ergothérapeutes interrogées, bien que les mouvements tactiles ne soient pas acceptés de la même manière par tout le monde, ils sont généralement perçus comme des gestes apaisants. Ceux-ci permettent de rentrer en contact avec la personne, diminuant alors la distance thérapeutique, et optimisant la relation de confiance.

La stimulation sensorielle, via le toucher, peut également s’observer avec l’animal pour médiation, non pas avec l’occupation comme l’ergothérapeute à l’habitude d’analyser. Celle-ci pouvant être parfois mieux tolérée par les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer, comme l’exprime l’ergo D. Néanmoins, l’objectif en reste inchangé : stimuler la personne, tout en l’apaisant.

**Question 2 : Pensez-vous que la manière de toucher permet d’apaiser la personne ?**

**Question 3 : Si oui, le pensez-vous notamment en ce qui concerne les angoisses liées au vieillissement (dégénérescence des sens, fragilité...) ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Si on vient doucement vers la personne elle va se sentir moins agressée que si on est un peu trop rapide. (...) Pour une personne démente qui est un peu plus ralentie, elle va se sentir agressée, que si on vient calmement. » « J’essaie d’être dans le toucher pour les personnes déficientes visuelles ou auditives pour rassurer. »	« Si on la prend en pince c’est agressif. Alors que si on prend des prises en berceau... » « Si on stimule les zones sensibles, la personne peut partir au quart de tour. » « Quand on est trop pressé, ça peut générer de l’agressivité. Si on ne prend pas le temps... Il n’est pas préparer mentalement. »	« Je pense que oui. Après il y a des personnes avec qui il ne faut pas abuser. » « Il y a des tempéraments propres à chacun, où le toucher peut paraître plus agressif. » « On rentre un peu dans leur espace personnel. (...) Mais la majorité du temps c’est plutôt bénéfique. »	« Il y a la frustration de ne pas pouvoir faire comme avant, de se sentir moins alerte, moins en forme. Il y a des personnes pour qui ça a quelque chose de réconfortant. » « Tout le côté affectifs, les caresses. (...) Ça dépend des personnes. C’est en observant le comportement de la personne qu’on essaie de réajuster l’attitude de l’ergothérapeute. »

Comme explicité préalablement, l’acceptation du toucher dépend du tempérament de chacune des personnes. Toutefois, les personnes interrogées s’accordent pour affirmer que ce moyen permet généralement d’apaiser la personne. D’autant plus qu’avec les angoisses liées au vieillissement, s’ajoute l’évolution de la maladie, générant ainsi la restriction des capacités d’interprétation, ce qui peut expliquer certains comportements agressifs. C’est pourquoi prendre le temps de transférer des ondes positives, via le toucher, est bien souvent bénéfique.

En outre, l'Ergo. D. ajoute que c'est au thérapeute d'ajuster ses comportements à celui des personnes. Ses propos ont un lien avec certains concepts du cadre théorique. Nous avons vu que nous considérons notre attitude en seule réaction au comportement de l'interlocuteur (Cf. Les cinq axiomes de la communication). En fonction de ce que renvoie la personne, notamment par son approche non-verbale, le thérapeute essaie d'adapter sa posture. De cette manière il peut percevoir si le résident est réceptif, ou non, au toucher.

Or, si nous devons nous accommoder à ce que nous transfère la personne, c'est que son comportement a un sens et constitue un message. Selon le dictionnaire Larousse, « transférer » est le fait de « *transmettre quelque chose à quelqu'un en observant les formalités requises* ». Le terme « transmettre » est en étroite relation avec la communication. « Transférer » est alors le fait de faire parvenir des informations à quelqu'un via la communication, verbale ou non.

C'est à nous, thérapeutes, de le comprendre et de le traduire, afin de répondre adéquatement au message, le toucher pouvant être un outil permettant, en partie, de correspondre aux attentes et aux besoins.

**Question 4 : Etablissez-vous un rapport entre l'apaisement de la personne (sur les plans physique et psychologique) et sa volonté de s'engager dans les soins prodigués ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
<p>« Je pense qu'une personne qui est vraiment agitée, une personne démente, (...) c'est possible qu'elle ne s'engage pas dans l'activité. »</p> <p>« Après faut réussir à capter la personne pour essayer qu'elle s'engage dans l'activité. »</p> <p>« L'apaisement peut avoir un lien avec l'engagement. »</p>	<p>« En initiant le mouvement, la personne réalise le geste. »</p> <p>« Quand ils sont déprimé ou qu'ils ne se sentent pas bien, il n'y a pas d'engagement. »</p> <p>« Pour certaines personnes on a instauré la musique le soir pour que le coucher se passe bien. Et ça fonctionne mieux que si on ne l'utilisait pas. »</p>	<p>« Je ne serais pas dire. »</p> <p>« Oui, ça pourrait jouer pour rassurer la personne sur quelque chose et après l'emmener sur un objectif, dans l'accompagnement, ou la remettre en mouvement aussi, le toucher. »</p>	<p>« L'apaisement va au moins permettre l'acceptation. Même si ce n'est pas de l'engagement. (...) Ou il y a moins de signes d'énerverment. »</p> <p>« L'apaisement peut amener à être plus présent dans son quotidien, mais aussi, dans des situations en fin de vie, à être complètement désengagé. »</p>

Les avis divergent, et pour l'Ergo. C, l'utilisation d'un conditionnel illustre son scepticisme, mais aucune réponse négative claire et précise n'a été affirmée.

Avant d'être apaisée, la personne peut déjà décider de prendre part et de s'engager dans une activité proposée par le thérapeute. L'apaisement peut s'obtenir par diverses stimulations, telles que mentionnées ici : le regard (« capter la personne »), l'ouïe (« la musique le soir ») et le toucher (« initier le mouvement »...). Puis, une fois la personne apaisée, celle-ci décide, ou non, de s'engager dans la tâche requise. Le rôle de l'ergothérapeute est alors de stimuler la personne, par ses sens entre autres, pour promouvoir son engagement. Divers moyens sont accessibles :

- L'Ergo. A mentionne la capture sensorielle qui peut s'effectuer, d'abord par le regard (capter l'attention), puis par les autres sens (capter ses mobilisations motrices et cognitives), ceci dans le but de la rendre plus active ;
- L'Ergo. B cite deux techniques : l'initiation du mouvement en amorçant le geste (référence au toucher), afin que la personne puisse continuer la tâche ; l'utilisation de la musique pour faciliter le coucher (mouvement pour aller au lit et apaisement du comportement) ;
- L'Ergo. C ne fait pas de référence spécifique aux outils pouvant favoriser l'engagement. Elle pense cependant que le toucher peut répondre aux objectifs de l'accompagnement ;
- L'Ergo. D (Cf. Annexe VIII, page XI) pense que l'apaisement peut favoriser l'engagement, comme elle peut l'amoinrir. Pour elle, l'apaisement peut faciliter la mise en activité, tout comme elle peut favoriser le « laisser-aller », le « laisser-faire ». Un comportement apaisé permettrait de supprimer l'agressivité et de favoriser l'acceptation de la tâche à effectuer.

### 3.2.4. Le concept de l'Humanitude

#### **Question 1 : Comment définissez-vous l'Humanitude ?**

#### **Question 2 : Pour vous, que représente l'Humanitude sur le terrain ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« C'est du bon sens. » « C'est mettre la personne au centre de sa prise en charge et prendre en compte tous les facteurs qui	« C'est une façon de prendre en soin la personne, qui la remet plus dans son humanité. » « Ça permet de	« C'est une approche qui se veut plus humaine de la personne. Et donc en respectant la personne en tant qu'être humain	« [C'est] une sorte de philosophie, une mallette à outils, pour accompagner la personne avec bienveillance. »

<p>définissent une personne (...). Prendre en compte sa personnalité, ses envies, son passé. »</p> <p>« C'est un peu tout ce qu'on a appris en temps qu'ergo : prendre la personne dans sa globalité. »</p> <p>« Prendre la personne comme elle est et la respecter malgré les soins, malgré ses capacités qui ont diminuées. »</p>	<p>remettre en question tous les soins humains. »</p> <p>« Dans la façon de regarder la personne, de la respecter. (...) »</p> <p>« Prendre en considération la personne c'est ce qui devrait être fait normalement, sans la formation. »</p> <p>« L'Humanité on ne devrait pas avoir de formation, ça devrait déjà être acquis. Sauf qu'il y a des contraintes de temps... »</p>	<p>avant de la voir comme un patient, une personne malade.</p> <p>Après je ne sais pas quels sont les liens avec le concept de bienveillance. (...) »</p> <p>« Je ne saurais pas trop par rapport à ce qu'on fait déjà en fait. »</p> <p>« C'est se rappeler que quand on intervient chez les gens, on n'est pas à l'hôpital. (...) »</p> <p>« L'Humanité serait induit dans la pratique ergothérapique de base. (...) »</p>	<p>« Avec comme grands axes, la verticalité et l'autonomie. Et de la stimulation multi-sensorielle. »</p> <p>« C'est vraiment une posture du soignant. Il cherche à adapter une façon de faire, pour que ça convienne le mieux à la personne. »</p> <p>« C'est d'être prêt à se poser la question : est-ce qu'on est prêt à remanier notre organisation, notre façon de faire, pour que ça lui convienne le plus possible ? »</p>
---	---	--	---

La réponse à ces deux questions révèle un autre biais. Effectivement, aucune référence au toucher n'a été témoigné, ce qui peut laisser penser que celui relaté dans la mise en Humanité (le toucher-tendresse) n'est pas induit dans la pratique de l'ergothérapeute.

Nonobstant, certains termes employés par les personnes interrogées, qui font référence à la posture du thérapeute, peuvent inclure ce toucher : « respecter [la personne] malgré les soins », « remet [la personne] dans son humanité », « concept de bienveillance », « accompagner la personne avec bienveillance », « stimulation multi-sensorielle ».

Comme nous l'avons vu préalablement dans le cadre théorique, le toucher est un terme pour exprimer des gestes tendres, presque caressant, que l'on peut réaliser auprès des personnes atteintes de la maladie. Cette stimulation sensorielle aurait, par conséquence, une place dans la mise en Humanité ; permettant, en partie, de prendre en compte la personne dans toute sa dimension : dans son humanité.

En parallèle, trois des quatre ergothérapeutes affirment que la philosophie de l'Humanité serait induite dans la pratique ergothérapique de base, c'est-à-dire qu'elle serait acquise via les

études en ergothérapie. Par cette déclinaison, la stimulation sensorielle, par le toucher-tendresse, serait implicitement apprise pendant la formation initiale. Comment l'expliquer ?

Pour les personnes interrogées, l'Humanitude serait un savoir-être permettant de prendre en compte la personne accompagnée dans sa singularité, tout en s'adaptant à ses besoins et ses attentes. Ceci inclurait du respect et de la bienveillance à son égard, qui s'exprimerait majoritairement par la multi-sensorialité. Or, nous avons noté que ces concepts étaient étudiés dans la formation initiale. Ainsi, pourquoi se former à la mise en Humanitude ?

**Question 3 : Comment arrivez-vous à déterminer si un résident est non-réceptif à ce savoir-être (la mise en Humanitude) ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Si la personne reste face à moi quand on communique c'est qu'elle accepte. » « Une personne qui revient en séance, qui va continuer la conversation. » « Une personne qui s'agite pendant la relation, je pense qu'elle n'est pas trop réceptive. »	« Il ne peut pas ne pas être réceptif. » « C'est prendre en considération la personne dans toute sa globalité. »	« Je ne saurais pas dire. »	« Quand on voit qu'il reste replié après différents essais ou qu'on voit qu'on n'arrive pas à l'apaiser. » « Pour des personnes plus avancées dans les pathologies, on a beau essayer, on a l'impression qu'il n'y a pas grand-chose qui change. »

D'après ces résultats, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, qui devient agitée, qui n'est pas apaisée malgré les stimulations, et dont son comportement reste inchangé, serait une personne non-réceptive à la mise en Humanitude. Ce qui laisse penser que l'apaisement serait directement lié à la réceptivité et au savoir-être du thérapeute. De ce fait, la mise en Humanitude, le « toucher-tendresse » compris, interviendrait dans l'apaisement de la personne.

Toutefois, suivant les précédentes réponses, l'apaisement de la personne n'a pas d'incidence directe sur son engagement dans ses activités. Lorsqu'une personne est sereine, son engagement pour effectuer une tâche peut se manifester, mais aussi son désengagement total, notamment si une relation de confiance a été créée au préalable.

**Question 4 : Pour déterminer le canal sensoriel préférentiel de communication chez un résident, quelles méthodes utilisez-vous ? (l'humanité ? Autre ?)**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Parler avec la personne, mettre sa main sur son épaule. » « Je vois comment le résident réagit. » « Si je vois que la personne ne répond pas et qu'elle ne comprend pas ce que je dis, j'essaie l'écriture ou les pictogrammes. »	« Si on y arrive pas par le regard, on va essayer autrement. Ou alors on reporte le soin à plus tard. » « C'est par tentative-échec. Et si ça ne se fait pas sur le moment maintenant ce sera pour le plus tard. »	« Déjà l'observation. » « Dans l'échange avec la personne, en observant à quoi elle est réceptive. Si c'est par le verbal, le visuel, ou s'il faut passer par le toucher. » « C'est par essais-résultats. »	« L'observation. » « Je n'ai pas de méthode très précise, si ce n'est voir comment elle réagit aux choses. » « L'imitation, montrer une image, détourner l'attention. (...) C'est de l'observation et du essai-erreur. »

A l'unanimité, toutes les personnes interrogées mentionnent deux notions dans leur réponse : l'observation et le « essai-erreur ».

La première méthode utilisée pour déterminer le canal sensoriel de communication est l'observation. Elle permet, en analysant le comportement de la personne en réponse à l'attitude du thérapeute, d'ajuster sa pratique et de s'adapter au mieux aux demandes de la personne.

La seconde méthode employée est le « essai-erreur ». Le principe est de stimuler, un à un, divers canaux sensoriels afin de pouvoir déterminer, dans l'analyse des comportements de la personne, lequel lui convient le mieux.

### **3.3. Discussion**

#### **3.3.1. Synthèses des analyses**

Les ergothérapeutes sont habilités à évaluer et à solliciter les capacités résiduelles de la personne, afin d'optimiser leur autonomie. auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, cette sollicitation passe essentiellement par de la stimulation sensorielle et cognitive.

L'analyse des propos des praticiennes interrogées a mis en exergue que cette stimulation sensorielle permet à la personne de mieux tolérer le soignant ; elle finit alors par l'accepter dans son monde intérieur. Par ce procédé, elle devient généralement plus collaborative.

Le rôle de l'ergothérapeute est de favoriser l'encodage des informations positives dans la mémoire émotionnelle, dans le dessein d'optimiser l'empowerment de la personne et, par la suite, son engagement dans ses activités. Cet objectif passe essentiellement par le regard, la parole et le toucher. Généralement, ils apaisent la personne, la rendant alors plus disponible dans la relation et plus ouverte à la communication. Pour des stades très avancés de la pathologie, la guidance gestuelle permet d'initier le schéma moteur, stimulant la mémoire procédurale déficiente.

En conséquence, le « toucher-tendresse » n'est pas le seul canal sensoriel de communication qui encourage l'engagement de la personne. Cette finalité n'est pas avérée : lorsque la relation de confiance est instaurée entre le soignant et le soigné, et que ce dernier est apaisé, il décide de s'engager ou, au contraire, de se désengager dans l'activité. L'empowerment de l'individu n'est alors pas systématiquement suivi de son engagement pour ses activités.

Ces deux finalités peuvent être obtenues à la suite de stimulations multi-sensorielles (le regard, le toucher, la parole, parfois même l'ouïe, selon la réceptivité de chacun). Cette méthode favorise la mise en Humanitude de la personne, c'est-à-dire le respect de celle-ci dans son intégrité physique et morale.

### 3.3.1. Confrontation des données

Des comparaisons entre les réponses obtenues, par les entretiens et le cadre théorique, sont analysées ci-dessous. Cependant, ce recueil d'informations est peu significatif et ne peut légitimer les propos des différents auteurs.

Suite à la synthèse de l'analyse des résultats, mon hypothèse choisie n'est pas validée, ou du moins, l'est incomplètement pour deux raisons significatives :

- Le toucher n'intervient pas individuellement dans le processus d'apaisement de la personne. Autrement formulé, l'apaisement de la personne, et par la suite l'éventuel engagement dans l'activité, n'est pas seulement dû au « toucher-tendresse », mais l'est aussi suite à la stimulation de plusieurs sens simultanément, notamment le regard ;
- Suite à l'apaisement de la personne, cette dernière décide de s'engager dans l'activité. Toutefois, elle peut également décider de se désengager, spécifiquement lorsque la relation de confiance entre le soignant et le soigné est bien instaurée.

En résumé, la stimulation du canal sensoriel de communication, que la philosophie de l'Humanitude nomme « le toucher-tendresse », peut encourager, via l'apaisement physique, l'engagement de la personne atteinte d'Alzheimer dans ses activités quotidiennes. Mais cette hypothèse n'est ni absolue, ni imminente.

En outre, lors de mes entretiens semi-directifs, j'ai constaté que la différence entre « empowerment » et « engagement » n'est pas bien distincte. Pendant les échanges, le professionnel de santé peut oublier de quoi est-il question : parle-t-on de l'empowerment ou de l'engagement ?

La date de l'obtention des diplômes peut influencer et être une hypothèse expliquant ces confusions. Comme nous l'avons expliqué, la pratique du métier évoluant, le vocabulaire employé peut changer, ne modifiant cependant en rien les fondements de l'ergothérapie dans la formation initiale.

Cette évolution peut s'expliquer par les recherches effectuées, notamment au Canada, lieu d'émergence de la pratique professionnelle. Mon enquête se restreignant à la population française, je n'approfondirais pas le sujet, mais l'objet d'étude aurait pu s'orienter sur la comparaison de la pratique dans ces deux pays.

Enfin, un dernier point peut être discuté. La formation à la philosophie de l'Humanitude ne serait pas particulièrement une plus-value pour la pratique ergothérapique. En effet, par les valeurs personnelles de l'ergothérapeute, et sa formation initiale, il acquiert un savoir-être et un savoir-faire permettant d'accompagner les personnes dans toute leur humanité.

Toutefois, instaurer cette formation de manière institutionnelle possède des bienfaits : optimiser l'ampleur de la pratique ergothérapique et stimuler les échanges dans l'équipe. Or, l'établissement de soin peut avoir ses raisons pour ne pas former son personnel à ce concept : contraintes financières, temporelles, organisationnelles, etc.

Avant d'être une philosophie du professionnel de santé, et pour être efficient au quotidien, il faut avant tout que ce soit une philosophie institutionnelle. La réciproque est vraie : lorsqu'un concept est instauré de manière institutionnelle, son efficacité est plus importante.

### 3.3.2. Prolongations possibles du travail

La dernière partie de ma grille d'analyses traite le sujet de la place de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire, notamment son champ de compétence à déterminer le canal sensoriel des personnes accompagnées.

**Question 1 : Comment informez-vous l'équipe pluridisciplinaire sur le canal sensoriel préférentiel des résidents ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« J'essaie beaucoup de communiquer avec l'équipe. » « Si je croise quelqu'un dans les couloirs je vais lui expliquer comment ça s'est passé. Et après je mets dans les transmissions à travers le logiciel. »	« C'est souvent informel. On en discute en transmissions ou dans les couloirs. » « Pour les toilettes on a une feuille Humanitude. (...) Ça va être écrit dans les recueils de données. »	« Ça va être soit dans le compte-rendu du bilan qui sera transmis aux A.S.G. présents. Ou soit lors d'un échange, à l'oral, quand on en parle. »	« Soit par les transmissions. » « Par le plan de soin. » « On écrit dans les transmissions et le plan de soin. »

Les informations sont transmises de manière orale ou écrite, informelles, et/ou par des échanges interprofessionnels.

Ces moyens permettent-ils d'éviter la méthode « essai-erreur » à répétition ?

**Question 2 : Pensez-vous que cette transmission peut optimiser la relation de confiance entre le personnel soignant et le résident ?**

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« La relation de confiance je ne sais pas. Mais en tout cas la communication entre les autres soignants et le résident oui. » « la relation de confiance (...) va dépendre du résident et du soignant. (...) Un soignant peut utiliser	« Oui mais après chacun à sa façon de s'exprimer avec le résident. (...) Ça dépend de chacun aussi par rapport au non-verbal. » « Comment est le soignant avec le résident, on ne peut pas influencer ça	« Oui. Je ne sais pas. Je pense oui. C'est plus facile. » « Si on identifie un canal qui fonctionne mieux ça permet de ne pas perdre de temps. » « Le but est de conserver l'adhésion de la personne. »	« Ouais, ouais, c'est sûr. » « Forcément la personne se sent plus rassurée. (...) Ou elle va monter dans les tours parce que l'approche n'a pas été au top. » « La personne [le soignant] peut penser

le même canal sensoriel que moi, mais pas avoir le même relationnel avec la personne. »	vraiment en fait. » « Ce sont des facteurs intrinsèques. » « Il y a le feeling. »		que c'est insignifiant alors qu'en fait pas du tout. »
---	---	--	--

Les avis divergent : la relation et la communication sont-elles facilitées ? Malgré l'entrée en relation par le même canal sensoriel de communication, le lien entre le soigné et le soignant sera-t-il identique d'un professionnel à l'autre ?

***Question 4 : Pratiquez-vous l'éducation thérapeutique ou autre support d'information auprès du personnel soignant, afin qu'il puisse estimer sur quel canal sensoriel telle personne est plus réceptive ?***

Entretien 1 (Ergo. A)	Entretien 2 (Ergo. B)	Entretien 3 (Ergo. C)	Entretien 4 (Ergo. D)
« Non, ça je ne fais pas non. »	« Non, on n'a pas de support. C'est au feeling. »	« Non. »	« Non, je n'utilise pas de support précis. C'est vraiment plus dans les échanges. »

Les réponses des quatre ergothérapeutes étant toutes négatives, je m'interroge s'il existe un support normé et validé permettant de déterminer le canal sensoriel de communication des personnes institutionnalisées ?

La création d'une certaine forme d'éducation thérapeutique serait-elle envisageable afin de pouvoir appréhender le canal sensoriel préférentiel des personnes ?

---

# Conclusion

---

Dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, **« en quoi l'ergothérapeute, par le choix des canaux sensoriels de communication développés dans la philosophie de l'Humanitude, favoriserait l'engagement dans les activités quotidiennes ? »**

Partant de cette problématique, mes recherches permettent de situer le rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire auprès de cette population.

Par la rédaction de ce mémoire, j'ai découvert que la philosophie de l'Humanitude était induite dans la pratique ergothérapique, principalement au regard des valeurs propres des professionnels de santé, mais également par la formation initiale suivie. Ceux-ci favorisent un savoir-être et un savoir-faire, considérant la personne accompagnée dans toute sa singularité.

Je pensais que la formation à l'Humanitude était une plus-value pour la pratique ergothérapique de base, mais elle ne l'est que dans le cas où ce concept est instauré de manière institutionnelle. L'ergothérapeute réalise, principalement, de la stimulation multi-sensorielle et cognitive afin de solliciter la mémoire émotionnelle. Ce procédé favorise l'entrée en relation, permettant d'optimiser l'empowerment de la personne. Cette philosophie de « prendre-soin » serait alors présente quotidiennement par les divers soignants, elle serait la continuité du travail effectué par l'ergothérapeute.

Cet écrit m'a fait prendre conscience de l'importance de la prise en soin d'une personne ayant des déficiences cognitives, dans le respect, la bienveillance et l'empathie. Quelle que soit la situation, comprendre les besoins du patient est nécessaire. Ceci peut s'effectuer par de la communication verbale, mais aussi, notamment auprès de la population atteinte de cette maladie dégénérative, par la communication non-verbale.

Cette enquête m'a également permis de me rendre compte des difficultés à communiquer et à considérer la personne en tant que telle.

Il conviendrait de se poser la question : « l'Humanitude favorise-t-elle la communication entre les professionnels d'une même structure, quel que soit le domaine de compétences auquel il aspire ? »

---

# Bibliographie

---

## 1. Les ouvrages complets

ABRIC, Jean-Claude. *Psychologie de la communication : théories et méthodes*. 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Armand Colin, juillet 2014. 192 pages. (Collection Coursus)

BGIER ESCHAUZIER, Line. *Snoezelen : la maladie d'Alzheimer et la communication dynamique non directive*. 2<sup>ème</sup> éd. France : Petrarque, février 2012. 146 pages (Collection Le sens de soi)

DELAMARRE, Cécile. *Alzheimer et communication non-verbale*. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Dunod, août 2014. 224 pages (Hors collection)

FERLAND, Francine et DUTIL Elisabeth. *L'ergothérapie au Québec : histoire d'une profession*. 1<sup>ère</sup> éd. Canada : PU Montréal, août 2012. 200 pages (Collection PUM)

GINESTE, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soins des Hommes vieux*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Armand Colin, mars 2007. 319 pages. (Collection Societales)

GRAFF, Maud et VAN MELICK, Margot. *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants*. 1<sup>ère</sup> éd. Louvain-la-Neuve : De Boeck, mai 2013. 369 pages. (Collection Methodes Techniques Outils Int)

MEYER, Sylvie. *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. 1<sup>ère</sup> éd. Lausanne : EESP, 2007. 206 pages. (Collection de l'EESP, n° 45) Disponible sur : <http://docplayer.fr/13899659-Sylvie-meyer-le-processus-de-l-ergotherapie.html>

PROUST, Marcel. *A la recherche du temps perdu: Du côté de chez Swann, tome 1*. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Gallimard, mars 1988. 527 pages. (Collection Folio, n° 1924)

ROGERS, Carl. *L'approche centrée sur la personne*. 1<sup>ère</sup> éd. Le Touvet : Ambre Editions, septembre 2013. 544 pages. (Collection Howard Kirschenbaum).

WATLAWICK, Paul et HELMICK BEAVIN, Janet. *Une logique de la communication*. 1<sup>ère</sup> éd. Etats-Unis : Points, février 2014. 280 pages. (Collection Points Essais)

## 2. Les articles

BERTIN, Christian. Cultiver l'humanité. *Santé Mentale - Alzheimer : voyage au bout de la vie*, avril 2006, n°107. Pages 87 à 89

CURNILLON, Benoît. Le changement vers l'autonomie – L'ergothérapie au service du processus de changement. *Ergothérapies*, décembre 2001, n°4. Pages 5 à 13

DEROUESNE, Christian. Alzheimer : manifestations psychologiques et comportementales. *Santé Mentale - Alzheimer : voyage au bout de la vie*, avril 2006, n°107. Pages 36 à 41

GALLARDA, Thierry. Traiter les troubles du comportement. *Santé Mentale - Alzheimer : voyage au bout de la vie*, avril 2006, n°107. Pages 42 à 47

GENEAU, Daniel. Un exil dans le passé. *Santé Mentale - Alzheimer : voyage au bout de la vie*, avril 2006, n°107. Pages 48 à 53

GEORGE, Marie-Yvonne. Pour rejoindre le patient Alzheimer. *Santé Mentale - Alzheimer : voyage au bout de la vie*, avril 2006, n°107. Pages 59 à 63

GINESTE, Yves et MARESCOTTI Rosette. Le cœur ne suffit pas. *Santé Mentale - Alzheimer : voyage au bout de la vie*, avril 2006, n°107. Pages 54 à 58

GUIPOUY, Marie-Jo. Si les résidents sont bien, nous aussi. *Santé Mentale - Alzheimer : voyage au bout de la vie*, avril 2006, n°107. Pages 82 à 86

LE BRUN, Thierry. L'approche Carpe Diem en EHPAD. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 2016, n°16. Pages 3 à 10

PLOTON, Louis. Affectivité et maladie d'Alzheimer. *Santé Mentale - Alzheimer : voyage au bout de la vie*, avril 2006, n°107. Pages 18 à 23

POIRIER, Nicole. La Maison Carpe Diem. *Santé Mentale - Alzheimer : voyage au bout de la vie*, avril 2006, n°107. Pages 77 à 81

THOMAS-ANTERION, Catherine. *Santé Mentale – Alzheimer et troubles cognitifs*, avril 2009, n°137. Pages 41 à 45

### **3. Les dictionnaires**

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne] [Référence du 02/05/2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/>

*Dictionnaire français LAROUSSE* [en ligne] [Référence du 30/12/2016]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

*Dictionnaire des synonymes et des antonymes français* [en ligne] [Référence du 30/12/2016]. Disponible sur : <http://www.synonymes.com/>

*Dictionnaire Psychologies* [en ligne] [Référence du 16/01/2017]. Disponible sur : <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Therapeute>

### **4. Les documents non publiés**

BILODEAU, Guy. *L'approche Carpe Diem*. Article. Canada, octobre 2000. 6 pages

GERARD, Maud. *L'impact des attitudes thérapeutiques sur la qualité de la relation – Auprès des personnes atteintes de schizophrénie*. Mémoire. Rennes, juin 2010. 79 pages

PHANEUF, Margot. *La validation, une approche de communication avec les personnes en perte d'autonomie cognitive*. Diaporama. Québec, novembre 2012. 58 diapositives.

ROY-DUBOIS, Alexandre. *L'utilisation d'une approche holistique basée sur l'occupation en thérapie de la main*. Mémoire. Trois-Rivières (Québec), août 2013. 80 pages.

##### **5. Les documents issus d'Internet :**

AMI – Association Montessori de France. *Approche Montessori* [en ligne] [Référence du 02/05/2017]. Disponible sur : <https://montessori-france.asso.fr/la-pedagogie-montessori-2/approche-montessori/>

ANFE. *Définition/Association Nationale Française des Ergothérapeutes – Le site officiel de l'ergothérapie et des ergothérapeutes* [en ligne] [Référence du 22/12/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.anfe.fr/definition>

CALVES, Anne-Emmanuèle. *Empowerment : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement/Cairn.Info* [en ligne] [Référence du 01/10/2016]. Disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2009-4-page-735.htm>

CAMP, Cameron. *La méthode Montessori adaptée/Accompagnement en Gérontologie et Développement* [en ligne] [Référence du 22/12/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.ag-d.fr/concepts/concept-la-methode-montessori-adaptee/>

Carpe Diem – Centre de ressources Alzheimer. *La maladie* [en ligne] [Référence du 30/12/2016]. Disponible sur : <http://alzheimercarpediem.com/la-maladie/>

France Alzheimer. *Comprendre la maladie* [en ligne] [Référence du 22/12/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.francealzheimer.org/sympt%C3%B4mes-et-diagnostic/les-premiers-signes-d-alerte/179>

GARNEAU, Jean. *BIO SANTE / Approche humaniste* [en ligne] [Référence du 02/05/2017]. Disponible sur Internet : <https://www.bio-sante.fr/approche-humaniste.html>

GOLDSCHMIDT, Sandrine. *L'humanité, une philosophie du soin et de la relation* [en ligne] [Référence du 16/01/2017]. Disponible sur : <http://generationcare.fr/humanitude-dans-les-soins-yves-gineste-rossette-marescotti/>

GRIFFON, Jannick. *Carpe diem : cueille le jour présent sans te soucier du lendemain* [en ligne] [Référence du 16/01/2017]. Disponible sur Internet : <https://www.nice.fr/fr/l-agenda/carpe-diem-cueille-le-jour-present-sans-te-soucier-du-lendemain-horace?type=events>

Humanis. *Santé des séniors, les principales pathologies liées à l'âge* [en ligne] [Référence du 02/05/2017]. Disponible sur Internet : <https://humanis.com/particulier/mutuelle-sante/sante-seniors-principales-pathologies-liees-age/>

IFEF – Institut de Focusing d'Europe Francophone. *Approche Humaniste Expérientielle* [en ligne] [Référence du 02/05/2017]. Disponible sur Internet : <http://www.ifef.org/approche-humaniste-experientielle>

Institut de Formation M&R. *L'empathie et la méthode de validation* [en ligne] [Référence du 16/01/2017]. Disponible sur Internet : <http://vfvalidation.fr/naomi-feil/lempathie-et-la-methode-de-validation/>

LABARRAQUE, Guy. *Les 5 axiomes de la communication selon Paul Watzlawick* [en ligne] [Référence du 22/12/2016]. Disponible sur Internet : <https://glabarraque.wordpress.com/2010/03/16/activite-ludico-creative/>

MERGUI, Samuel. *Principales approches psychothérapeutiques* [en ligne] [Référence du 16/01/2017]. Disponible sur Internet : <http://www.samuelmergui-psychologueparis.fr/PBCPPlayer.asp?ID=1034569>

Ministère de la Santé et des Sports. *Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* [en ligne] [Référence du 02/05/2017]. Disponible sur Internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=12>

MONTESORI, Maria. *Institut de formation Maria Montessori/ Institut de formation Maria Montessori – Centre de formation agréé par l'AMI* [en ligne] [Référence du 22/12/2016]. Disponible sur Internet : <http://www.formation-montessori.fr/fr/>

POIRIER, Nicole. *Formations et conférences/Carpe Diem – Centre de Ressources Alzheimer* [en ligne] [Référence du 12/09/2016]. Disponible sur Internet : <http://alzheimercarpediem.com/formations-et-conferences/>

POIRIER, Nicole. *L'approche Carpe Diem/Carpe Diem – Centre de Ressources Alzheimer* [en ligne] [Référence du 12/09/2016]. Disponible sur Internet : <http://alzheimercarpediem.com/l%E2%80%99approche-carpe-diem/>

Snoezelen France. *Snoezelen – Présentation* [en ligne] [Référence du 02/05/2017]. Disponible sur Internet : <http://www.snoezelen-france.fr/snoezelen/presentation-du-concept-snoezelen>

## **6. Les textes officiels :**

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Journal officiel, 8 juillet 2010, n°0156. Page 12558. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr> et sur [https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf)

Code de la Santé Publique du 22 juin 2000. Article L4331-1 du chapitre 1<sup>er</sup> relatif à l'ergothérapeute, 22 juin 2000. Page 1. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

Code de la Santé Publique du 8 août 2004. Article R4331-1 du chapitre 1<sup>er</sup> relatif à l'ergothérapeute, 8 août 2004. Page 1. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel, 16 février 2002, n°40. Page 3040. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&categorieLien=id>

## **7. Les vidéos issues d'Internet :**

FEIL, Naomi. *La méthode de Validation* [en ligne] [Référence du 22/12/2016]. Disponible sur Internet : [http://www.dailymotion.com/video/xb9o0k\\_naomi-feil-la-methode-de-validation\\_news](http://www.dailymotion.com/video/xb9o0k_naomi-feil-la-methode-de-validation_news)

GINESTE, Yves. *Alzheimer, les réponses de l'Humanité, 7' d'extraits* [en ligne] [Référence du 01/10/2016]. Disponible sur Internet : <https://www.youtube.com/watch?v=viC378BmxTc>

GINESTE, Yves. *Canal plus, reportage sur la méthodologie des soins Gineste-Marescotti* [en ligne] [Référence du 01/10/2016]. Disponible sur Internet : <https://www.youtube.com/watch?v=yUs-8-w86LM>

LECMA – Vaincre la maladie d’Alzheimer. *Mieux comprendre la maladie* [en ligne] [Référence du 22/12/2016]. Disponible sur : <https://www.maladiealzheimer.fr/mieux-comprendre-la-maladie-d-alzheimer/>

LECMA – Vaincre la maladie d’Alzheimer. *Les stades et les symptômes de la maladie d’Alzheimer* [en ligne] [Référence du 22/12/2016] : <https://www.maladiealzheimer.fr/2016/02/26/stades-et-symptomes-de-la-maladie-dalzheimer/?gclid=CJ-047XmINECFQoTGwod8TQGSQ>

LEFEBVRE, Aude. *L’approche Carpe Diem décrite par Nicole Poirier* [en ligne] [Référence du 01/10/2016]. Disponible sur Internet : [http://www.dailymotion.com/video/xeik5g\\_l-approche-carpe-diem-decrite-par-n\\_webcam](http://www.dailymotion.com/video/xeik5g_l-approche-carpe-diem-decrite-par-n_webcam)

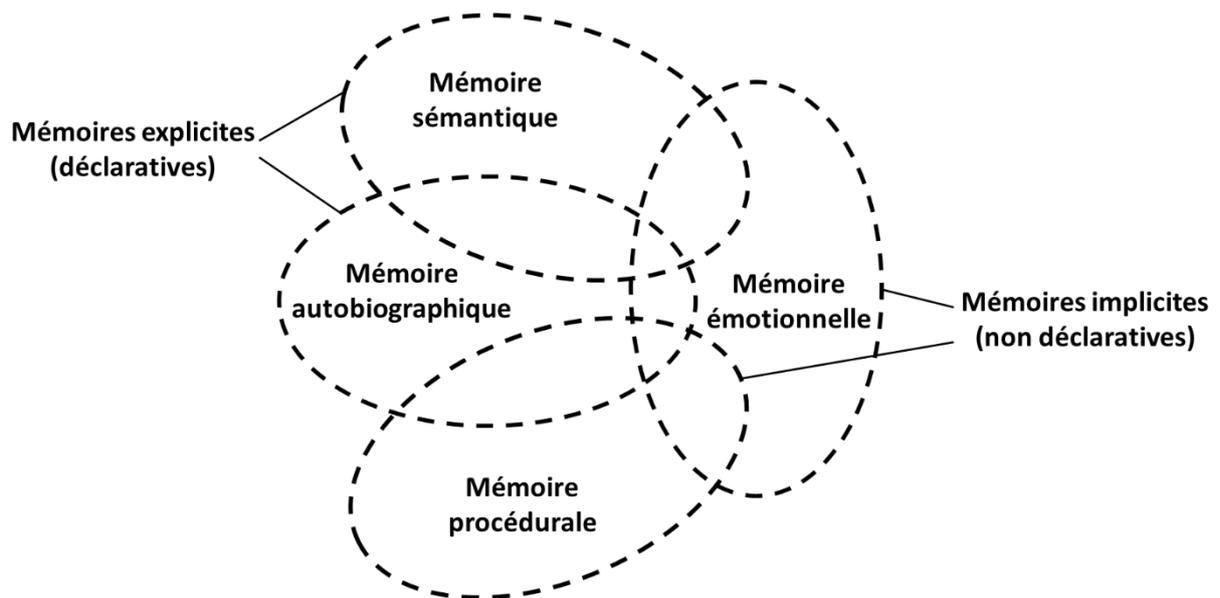
---

# Annexes

---

## Annexe I :

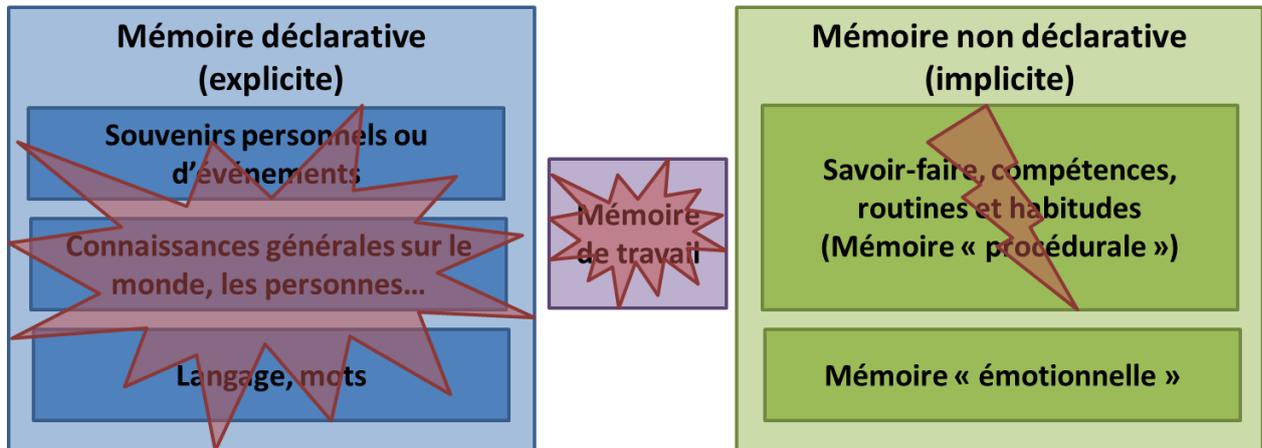
### Les différentes mémoires de notre système cérébral



Référence : GINESTE, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanitude : comprendre la vieillesse*. P. 92

## Annexe II

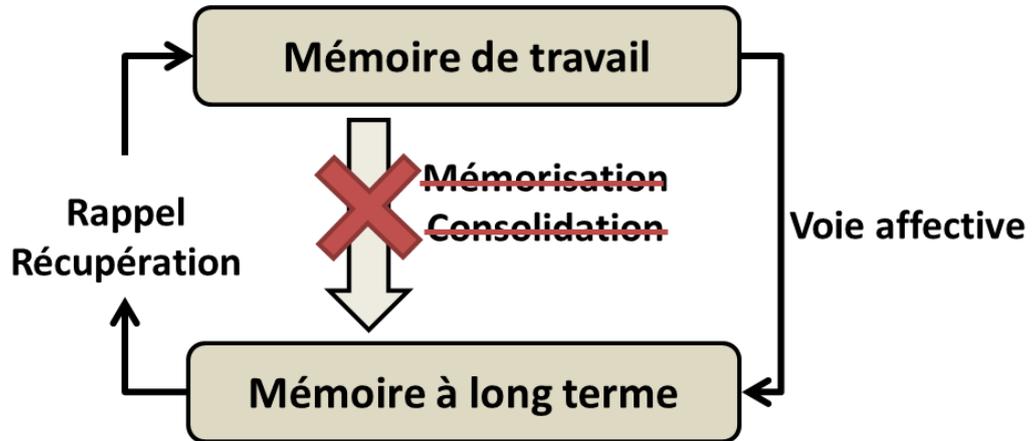
### Les atteintes mnésiques dues à la maladie d'Alzheimer



Référence : [http://www.pspaca.fr/IMG/pdf/montessori\\_2015\\_domicile\\_uriopss\\_-\\_stagiaires.pdf](http://www.pspaca.fr/IMG/pdf/montessori_2015_domicile_uriopss_-_stagiaires.pdf)

## Annexe III

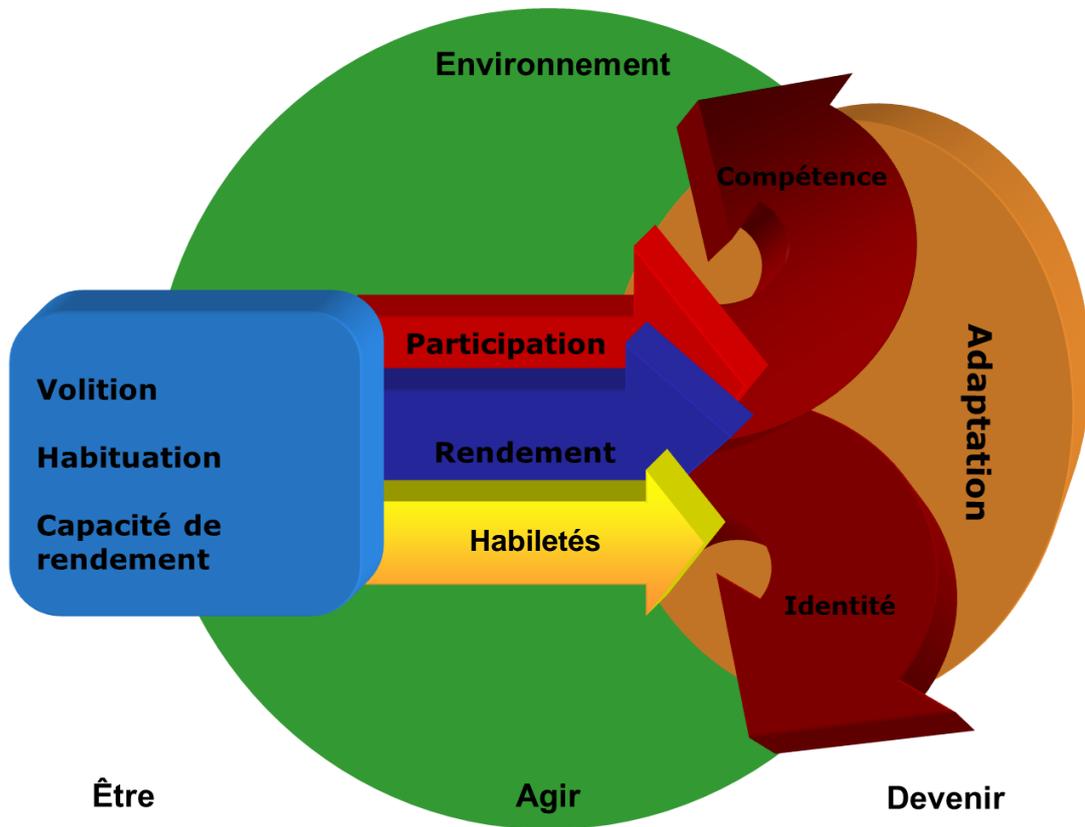
### Les troubles de la mémorisation



Référence : GINESTE, Yves et PELLISSIER, Jérôme. *Humanitude : comprendre la vieillesse*.

## Annexe IV

### Modèle de l'Occupation Humaine de Gary KIELHOFNER



Référence : <http://ergo-psycho.com/le-modele-de-loccupation-humaine-moh/>

## Annexe V :

### Grille spécifique aux entretiens exploratoires

<u>Sujet général du mémoire</u>		
L'Humanitude comme moyen de communication pour rentrer en relation avec la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer (approche humaniste)		
<u>Question de recherche</u>		
En quoi le savoir-être lié au concept de l'Humanitude serait bénéfique en ergothérapie, afin d'optimiser l'engagement de la personne dans ses activités ?		
Thème	Objectif	Questions
Relation entre le soignant et le soigné	Définir les difficultés ou problèmes qui peuvent freiner l'instauration d'une relation de confiance	Comment établissez-vous une relation de confiance avec la personne  Dans quelles mesures les troubles du comportement peuvent-ils nuire à l'instauration d'une relation ?  Quelles incidences (problèmes) dans la relation en fonction des troubles ?
Participation de la personne	Identifier le lien entre la relation de confiance et la participation de la personne	Pour vous, qu'est-ce que la participation ?  Comment faites-vous pour que la personne soit participative ? Pour que sa participation soit optimale ? Et dans ses occupations ?  Quel est l'impact de la relation soignant-soigné sur la pleine participation de la personne ?
Communication non-verbale	Identifier les habiletés de l'ergothérapeute auprès de la population ciblée	Quelle est l'impact de l'approche non-verbale sur le comportement des résidents ?  Quels sont les répercussions de cette approche auprès des personnes atteintes d'Alzheimer ?
Concept de l'Humanitude	Découvrir et éclaircir les points positifs/avantageux	Avez-vous reçu une formation avant de pouvoir pratiquer l'Humanitude au sein de votre institution ?

	de la mise en Humanitude envers la personne	Pour vous, qu'est-ce que l'Humanitude sur le terrain ?  Avez-vous remarqué une incidence de la mise en Humanitude sur la relation ? Et sur la participation ?
Synthèse	Connaître d'autres pratiques de l'ergothérapeute, ou d'autres formations possibles avec cette population	Selon vous, la formation à l'Humanitude serait-elle une plus-value pour la pratique ergothérapique au quotidien ? Si oui, pourquoi ?  En cas de non-réceptivité à l'Humanitude, que souhaitez-vous mettre en place avec la personne ?

## Annexe VI :

### Grille spécifique aux entretiens semi-directifs

Lien avec le cadre théorique	Objectifs	Questions	Réponse
Formation en ergothérapie	Entrer en contact avec le professionnel de santé et instaurer une relation de confiance	Bonjour, actuellement en dernière année d'ergothérapie à l'IFE de Laval, j'effectue mon mémoire de recherche sur le thème suivant : "l'attitude de l'ergothérapeute auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer". Pour des raisons de confidentialités, cet entretien sera anonyme et sera lu par les formateurs/évaluateurs. J'estime la durée de cet entretien à 1h environ. Avant de poursuivre, avez-vous des questions ? Souhaitez-vous des précisions ?	
		Dans quel établissement exercez-vous ? (ESA ? EHPAD ?)	
	Identifier les biais éventuels en relation avec les études	Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ? (Reconversion professionnelle ? PACES ? Concours ?)	
		En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?	
		Dans quelle école avez-vous obtenu votre diplôme ?	
	Identifier les biais éventuels en relation avec des formations effectuées	Avez-vous eu des formations supplémentaires ou complémentaires ?	
		Si oui, lesquelles ?	
L'engagement de la personne soignée	Comprendre le lien entre la pratique de l'ergothérapeute et l'engagement de la personne dans ses activités de la vie quotidienne	En tant qu'ergothérapeute, avez-vous déjà déterminé le canal sensoriel de communication auquel la personne est réceptive ?	
		Stimulez-vous la personne dans le but de solliciter "la capacité d'agir" (l'empowerment) ?	
		Stimulez-vous la personne dans le but de solliciter son engagement ?	

	Identifier le lien entre l'engagement de la personne et son empowerment	Quel lien faites-vous entre l'empowerment et "l'engagement dans les activités quotidiennes" ?	
		Pensez-vous qu'en stimulant la personne via son canal sensoriel préférentiel, cela l'aide à mieux s'investir dans ses AVQ ?	
		Selon vous, la formation à l'Humanitude serait-elle (ou est-elle si la personne est formée) une plus-value pour la pratique ergothérapique au quotidien ? Si oui, pourquoi ?	
<b>Communication non-verbale</b>	Identifier la place d'une communication non-verbale dans la relation thérapeutique	Comment mettez-vous en place la stimulation sensorielle au quotidien auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (snoezelen, humanitude...) ?	
		Quelle place prend la communication non-verbale par rapport à la communication verbale ?	
	Déterminer les conséquences d'une communication non-verbale dans la relation	Quelles sont les impacts de l'approche non-verbale sur le comportement des personnes ?	
		Les répercussions dans leur vie quotidienne ?	
<b>Le toucher</b>	Estimer l'importance du toucher dans la communication	Selon vous, le toucher a-t-il un impact sur le comportement du résident ?	
	Comprendre le lien entre la pratique du toucher et l'engagement de la personne	Pensez-vous que la manière de toucher permet d'apaiser la personne ?	
		Si oui, le pensez-vous notamment en ce qui concerne les angoisses liées au vieillissement (dégénérescence des sens...) ?	
		Etablissez-vous un rapport entre l'apaisement de la personne (sur les plans physique et psychologique), et sa volonté de s'engager dans les soins prodigués ?	
<b>Concept de l'Humanitude</b>	Déterminer si la formation à l'Humanitude est une plus-value dans la pratique propre à l'ergothérapie	Comment définissez-vous l'Humanitude ?	
		Pour vous, que représente l'Humanitude sur le terrain ?	
		Comment arrivez-vous à déterminer si un résident est non-réceptif à ce savoir-être ?	

		Pour déterminer le canal sensoriel préférentiel de communication chez un résident, quelles méthodes utilisez-vous ? (l'humanité ? Autre ?)	
<b>Ouverture : La transmission du choix du canal sensoriel préférentiel de communication à l'équipe pluridisciplinaire</b>	Evaluer la place de l'ergothérapeute (formé ou non à l'Humanitude) au sein de l'équipe pluridisciplinaire, notamment son champ de compétence à déterminer le canal sensoriel des résidents ?	Comment informez-vous l'équipe pluridisciplinaire sur le canal sensoriel préférentiel des résidents ?	
		Pensez-vous que cette transmission peut optimiser la relation de confiance entre le personnel soignant et le résident ?	
		Pratiquez-vous l'éducation thérapeutique ou autre support d'information auprès du personnel soignant, afin qu'il puisse estimer sur quel canal sensoriel telle personne est plus réceptive ?	

## Annexe VII

### Trame suivi de la grille d'analyse pour chacune des questions de la grille d'entretien

	Réponse de l'Ergo. A	Réponse de l'Ergo. B	Réponse de l'Ergo. C	Réponse de l'Ergo. D
Question de la grille d'entretien (Annexe VI)	Personne travaillant en E.H.P.A.D.  Non formée à l'Humanitude	Personne travaillant en E.H.P.A.D.  Formée à l'Humanitude	Personne travaillant en E.S.A.  Non formée à l'Humanitude	Personne travaillant en E.H.P.A.D., ayant travaillé en E.S.A.  Non formée à l'Humanitude mais affirmant l'appliquer au quotidien
	Synthèse et comparaison des résultats Mise en parallèle avec le cadre théorique (concepts et notions explicités)			

## Annexe VIII :

### La retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute D (Ergo. D)

**A.R. :** Bonjour Elise... Alors veuillez m'excuser j'ai un problème avec le dictaphone... Je vous reprends tout de suite...

**Ergo. D :** Oui euh... Je n'ai pas très bien entendu là, mais du coup j'ai cru comprendre c'est « est-ce qu'on peut se tutoyer » ? *[petit rire]*

**A.R. :** Euh, si ça vous dérange pas oui. *[petit rire]*

**Ergo. D :** Oui bah oui c'est très bien. Bah oui oui, bah j'avoue que depuis... Depuis nos échanges par mail j'ai un peu de mal, voilà, à vouvoyer euh... *[petit rire]* Enfin voilà.

**A.R. :** Oui c'est vrai que j'essaie de vous vouvoyer, mais je suis également plus à l'aise au tutoiement.

**Ergo. D :** *[petit rire]* Oui bah j'aime autant aussi. OK. C'est très bien.

**A.R. :** D'accord. Donc juste, si vous voulez je replace le contexte. Alors oui, je suis à l'Institut de Laval et j'effectue mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'attitude de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Et en parallèle c'est aussi pour voir la plus-value de l'Humanité dans la pratique ergothérapique. Alors pour commencer est-ce que tu as des questions... Ou des affirmations ?

**Ergo. D :** Sur le... Sur le thème de ton mémoire ?

**A.R. :** Là c'est juste si tu as des questions avant de pouvoir commencer l'entretien.

**Ergo. D :** Euh... Non, non pas particulièrement. Euh... Je verrais en fonction ouais... Des questions. *[petit rire]*

**A.R. :** OK. Mais si tu as des questions n'hésite pas.

**Ergo. D :** OK.

**A.R. :** Donc euh... Alors de mémoire tu travailles en EHPAD, mais tu as travaillé en ESA ?

**Ergo. D :** Ouais, c'est ça. J'ai travaillé euh... Ouais, 3 ans peut-être en ESA. Euh... Et du coup euh... Maintenant ouais, je travaille ouais en EHPAD.

**A.R. :** Et depuis combien de temps à peu près ?

**Ergo. D :** Euh... Du coup j'avais un temps partiel en EHPAD déjà euh... Quand j'étais en ESA. Donc euh, voilà, pendant... 3 ans. Euh... Donc, bah du coup oui là ça fait 7 ans que j'ai euh, j'ai une activité en... En EHPAD.

**A.R. :** D'accord. Alors est-ce que tu peux me décrire ton parcours professionnel ? Donc que ce soit reconversion professionnelle, la médecine ou les concours.

**Ergo. D :** Euh... Alors du coup euh... Moi j'ai fait donc... Ecole d'ergo 2004-2007, euh après j'ai bossé un peu en... En service euh... Pour euh... Adultes handicapés à domicile, donc SAVS. Euh, plutôt un handicap moteur. Euh... Après... J'ai bossé aussi... Dans le... Euh... Handicap plus traumatisme crânien. Pareil un service d'aide à domicile. Euh, voilà. SAVS aussi. Euh... Et puis euh... Après, donc j'étais dans le Pays de Dôme. Et après euh, aussi j'ai bossé un peu au centre de rééducation des Capucins à Angers.

**A.R. :** D'accord.

**Ergo. D :** Euh... Un petit peu, quelques mois en rééducation. Et puis, sinon après, quand je suis revenue par-là, bah j'ai voulu travailler en ESA. Euh... Et en... Et en EHPAD. Et euh, voilà. Et là maintenant je suis à temps partiel en... En EHPAD.

**A.R. :** D'accord. [*petit silence*] Euh... Et tu as été diplômée dans quelle école ?

**Ergo. D :** A l'IFER, à Rennes.

**A.R. :** Ah oui, d'accord. Euh... Est-ce que durant tout ton parcours professionnel, tu as fait des formations supplémentaires ou complémentaires ?

**Ergo. D :** Euh... Oui je fais des formations après euh... Enfin des formations euh... De type euh... Voilà formation d'une semaine et tout ça. Je n'ai pas fait de formation genre D.U. quoi. J'ai fait euh... Une formation euh... Autour de la maladie d'Alzheimer. Avec euh... Service occupationnel euh, en lien avec la maladie d'Alzheimer. C'était en trois jours, un truc comme ça. Euh... Et j'ai fait une formation sur la réadaptation motrice. Euh, la pris en charge en ergothérapie et la réadaptation motrice. Euh... Et ça doit être tout.

**A.R. :** D'accord, donc deux formations en fait ?

**Ergo. D :** Ouais.

**A.R. :** D'accord. [*petit silence*] Donc là maintenant je vais plus m'orienter sur l'engagement de la personne. Donc toi en tant qu'ergothérapeute, est-ce que tu as déjà déterminé un canal sensoriel de communication auquel la personne était réceptive ?

**Ergo. D :** Euh bah... Euh... Bah après en fonction... Je dirai en fonction des personnes euh... Pour moi euh... Je trouve que dans la relation globalement, en général, le regard est déjà un bon euh... Un bon point. Pour euh... Capter l'attention euh... Voilà. Mais après il y a certaines personnes avec qui euh... Cette euh... Toucher... Va euh... Soit améliorer, soit pour des personnes vraiment plus grabataires, ou quoi euh... Ou ce sera plus le toucher qui euh... Qui est euh... Le canal sensoriel de... De la relation quoi.

**A.R. :** Ah oui, donc c'est principalement le toucher qui fait qu'il y a une relation de confiance entre le soignant et le soigné ?

**Ergo. D :** C'est... Bah pour moi c'est d'abord le regard. Et après le, le toucher qui euh, qui soit bah voilà en fonction de ce qu'on a créé avec la personne ou... Ou... De toute manière on doit la

toucher... La façon dont on fait la... A changer la... Voilà la relation qu'on a avec. Et puis il y a des personnes avec qui euh... Le regard ne suffit pas... Ou la voix euh... Voilà l'audition euh... Marche pas bien non plus et... Là vraiment le toucher va être euh... L'étape d'après pour sûre de capter quoi.

**A.R.** : D'accord. Et est-ce que tu stimules la personne dans le but de solliciter sa capacité d'agir, son « empowerment » en fait ?

**Ergo. D** : *[petit silence]* Son quoi ?

**A.R.** : *[petit rire]* Son empowerment. Donc sa capacité de décider, sa capacité d'agir.

**Ergo. D** : *[petit silence]* Alors euh... L'empowerment ?

**A.R.** : Oui euh... En fait, dans nos études, c'est peut-être depuis le décret de 2010, je ne sais pas, on apprend ce que c'est l'empowerment. Et l'empowerment en fait, c'est vraiment la capacité de décider de la personne, sa capacité d'agir.

**Ergo. D** : D'accord. OK. Je n'avais pas compris « empowerment » mais euh, d'accord. Bah non on n'utilise pas ce terme là nous mais euh, OK.

**A.R.** : C'est peut-être nouveau aussi.

**Ergo. D** : *[petit rire]* Euh... Bah... Du coup euh... Oui bah après ça dépend un peu des... Des prises en charges des interventions mais euh, il y en a quand même euh... Pas mal ouais qui pensent que... Sur euh... La volonté et la capacité d'agir, enfin que ce soit lors d'un transfert ou quoi. Enfin voilà faut que la personne ait aussi envie euh... Que ça marche au mieux et euh... Et euh... Après oui, sur certaines choses on est vraiment sur essayer de faire développer de l'autonomie, de l'initiative. Et là ouais, on est vraiment sur l'envie d'agir, l'envie de décider quoi. Voilà. Mais ça... Dépend. Ça dépend des situations et des objectifs quoi.

*[Le bébé de l'Ergo. D commence à s'agiter]*

**A.R.** : Ah oui ça dépend des objectifs que vous avez avec la personne ?

**Ergo. D** : Oui voilà. En fonction de qu'est-ce que c'était la demande. Euh... Voilà, euh... Il y a des personnes euh... Qui euh... L'objectif vraiment principal est le confort euh... Voilà, euh... Il y a des personnes pour qui on est plus dans le... Le cocooning, où bon... Evidemment la... La... Sa volonté d'agir... On est plus forcément là-dedans. Et on est plus dans euh... Vraiment... Le confort et euh... La « moindre fatigue » entre guillemets. Mais voilà, la plupart du temps euh... Enfin euh... On est là-dedans quoi. On va chercher à ce que la personne soit le plus actif possible. Et qu'elle utilise au maximum ses... Ses capacités quoi.

**A.R.** : D'accord. *[petit silence]* Et euh, est-ce que, donc pareil la même question : est-ce que tu stimules la personne dans le but de solliciter, cette fois-ci, son engagement dans ses activités ?

**Ergo. D :** De solliciter son engagement dans ses activités ? Euh... Je... *[petit rire]* Je réfléchis... Euh... Je... Je ne fais pas très bien la nuance avec euh... Le fait que... Euh... La volonté d'agir.

*[Le bébé de l'Ergo. D crie plus fort : on ne s'entend presque plus]*

**Ergo. D :** Ah... Attends je vais... *[moment d'incompréhension dans ses paroles dû aux cris du bébé]* Je pose le téléphone et je reviens.

*[2 minutes plus tard]*

**Ergo. D :** Oui allô ?

**A.R. :** Oui ! Oui, oui.

**Ergo. D :** *[petit rire]* Je suis de retour. *[petit silence]* Du coup euh... On était sur la question de euh... Est-ce que c'est un objectif de euh, favoriser l'engagement de la personne dans ses actions.

**A.R. :** Oui voilà. Donc en fait quand j'entends engagement, c'est vraiment pour moi sur du long terme. Une fois que la personne a décidé de participer à l'activité, elle continue à être engagement t'en bien que mal.

**Ergo. D :** *[petit silence]* D'accord. Euh... Ouais. Du coup c'est sûr que euh... On cherche... Enfin voilà, moi je cherche à... A jouer sur la motivation de la personne. Après euh... Moi par exemple je ne fais pas d'atelier du tout, de choses comme ça de... De choses qui se répètent au long cours. Euh... Je fais vraiment des interventions en fonction des besoins. Et euh... Du coup... Mais euh... Ça je le trouve par exemple sur euh... Euh... Quelqu'un avec qui on s'engage sur un apprentissage du fauteuil roulant électrique ou euh... Euh... Ou un autre rythme de la marche, où on va le voir, voilà, régulièrement toutes les semaines... Où, voilà, en se disant que voilà toutes les semaines on va le refaire avec une... Une... Des objectifs de progression et tout ça. Et où du coup euh... Voilà, là c'est sûr que je vais euh... Je vais essayer, voilà, d'impliquer la personne pour qu'elle soit engagée dans le truc. Qu'est-ce qui lui procure de la motivation pour faire qu'il y ait une suite derrière, qu'il y ait une... Euh... Une volonté, une autonomie derrière, au maximum. *[petit silence]* Voilà. Essayer d'accompagner vers euh... Vers une autonomie. Et donc là oui, je cherche l'engagement de la personne, complètement ouais. Pour que ça perdure.

**A.R. :** D'accord, OK. *[petit silence]* Et justement maintenant, pour toi, quel lien tu fais entre l'empowerment, donc la capacité de décider, d'agir, et l'engagement de la personne dans les activités quotidiennes ?

**Ergo. D :** *[petit silence]* Euh... Bah du coup, euh... La capacité d'agir et l'engagement dans les... Euh... *[petit silence]*

**A.R. :** C'est vraiment à titre personnel, c'est vraiment toi, ce que tu penses. Il n'y a pas de mauvaises réponses. [*petit rire*]

**Ergo. D :** Bah du coup euh... Je pense que la capacité, enfin... Plus l'envie, que vraiment la capacité d'agir. Enfin ou du moins ouais, la capacité au sens large, même de manière euh... De manière euh... Psychologique quoi. Euh... Quand quelqu'un à cette capacité physique et psychologique d'agir, la plupart du temps, voilà, elle est vraiment euh... Elle est engagée dans ses activités du quotidien : il y a une envie, enfin voilà, de faire ou euh... Elle est en désaccord qu'on vienne l'aider alors qu'elle aurait voulu le faire toute seule, enfin voilà. Et euh... Le plus gros point sur lequel c'est difficile d'agir pour lui retrouver de l'autonomie, c'est s'il n'y a pas cette envie de euh... Cette ouais, cette envie d'agir, cette possibilité d'agir euh, voilà. Que ce soit lié aussi au moral quoi. Vraiment à l'état psychologique de la personne. C'est vraiment le truc qui... Qui peut euh... Faire qu'on va avancer ou pas vers l'autonomie. Si la personne n'a pas décidé, qu'elle n'a pas envie, qu'elle n'a pas l'élan vital... Bah on a... Voilà, c'est... C'est là où on avance le moins quoi.

**A.R. :** Mmm... [*affirmation*] Donc si je comprends bien...

**Ergo. D :** Donc euh... Le point décisif. C'est un peu le point décisif quoi. Si la personne a cette capacité à se projeter et... Euh... Il va y avoir plus de marge de manœuvre pour qu'elle... Qu'elle fasse plus de choses quoi, plus de capacités physiques idéales.

**A.R. :** Ah, OK... Donc en fait, pour toi, l'empowerment, ce serait la possibilité d'agir et l'engagement ce serait l'envie ? Et tous les deux seraient liés au moral, à l'élan vital de la personne ?

**Ergo. D :** [*petit silence*] Alors moi, dans la capacité d'agir je mettais... Enfin, ouais, dans l'empowerment, je voyais aussi cette envie. Et pour moi l'engagement c'était plus le... Le fait de, d'être en action ou pas. Enfin de... Je fais les choses. Voilà, je... Je me lève le matin quand je suis réveillée et euh... J'ai envie de m'habiller, de... Enfin voilà. C'était plus euh, plus ça : le fait de... D'être vraiment... Moteur euh... De sa vie ou de sa prise en charge. Enfin voilà de dire « bah non moi j'ai envie qu'on vienne me voir le matin à telle heure parce que bla, bla, bla ». Et après je préfère prendre ça au petit-déjeuner parce que je n'aime pas ça. Enfin voilà. Pour moi l'engagement c'est ça : c'est la personne qui va faire ou qui va dire euh... « Oui », « Non », « Je veux ça », « Je ne veux pas ça » quoi.

**A.R. :** D'accord, OK. Et tous les deux seraient liés au moral et à l'élan vital de la personne ?

**Ergo. D :** Ouais.

**A.R. :** D'accord, OK. Oui, j'ai mieux compris. [*petit silence*] Et est-ce que tu penses qu'en stimulant la personne via son canal sensoriel préférentiel, donc auquel elle est plus réceptive, ça l'aide mieux s'investir dans ses activités de la vie quotidienne ?

**Ergo. D :** [*petit silence*] Euh... Oui, en tout cas sur les activités où elle a besoin d'aide, ou où elle est en difficulté. Euh... Je pense que la plupart du temps, ouais, si on vient stimuler euh... Avec bienveillance, voilà quelqu'un euh... Comme par le, voilà, le regard, le toucher, enfin... Ou l'ouïe,

enfin voilà... Ou avec la musique. Par exemple, le fait de chanter en faisant ou quoi euh... Ça... Dans une bonne partie des cas ça l'aide oui, à... Ce n'est pas du 100 %, mais ça marche quand même souvent.

**A.R. :** D'accord. [*petit silence*] Tu m'as dit par mail que tu n'étais pas formée à l'Humanitude, mais que tu le pratiquais au quotidien. Alors, est-ce que, selon toi, la formation à l'Humanitude serait une plus-value pour la pratique ergothérapeutique au quotidien ?

**Ergo. D :** Euh, ouais. Euh... Ouais, ouais, je trouve, complètement. Parce que c'est euh... Euh... C'est plein de choses très simples et pour beaucoup c'est vraiment du bon sens. Mais où euh... Le fait de le formaliser un petit peu euh... Parce que moi je ne l'ai pas fait sous forme de formation mais voilà, j'ai eu des notes écrites euh... J'avais au début une cadre qui était euh, beaucoup la dedans, et qui ramenait très souvent des, des grandes notions qui, qui sont développées dans l'Humanitude ou quoi. Je trouve que ça va complètement dans le sens de ce qu'on... De notre positionnement en tant qu'ergo. Voilà le fait de stimuler la personne, de euh vraiment la prendre en compte dans sa globalité, euh... Voilà. Euh... Et enfin voilà euh, être du coup dans la verticalité, la marche, enfin voilà. Euh... Et euh... Et de favoriser l'autonomie. Où ça va vraiment dans... Je pense dans la posture des ergos. Euh... Après, ça donne des outils en fait, qui permettent de... Très, très simplement de formaliser ça quoi. Voilà d dire « bah tient, je me mets au niveau de la personne, je la regarde, je euh... J'essaye de, si je la touche, de ne pas euh, relâcher le toucher euh, pour ne pas que ça soit euh... Enfin faire des trucs tout simples et euh... Voilà, qui aident. Et je trouve surtout que ça aide quand c'est un truc global. Quand tu n'es pas là, je ne sais pas moi : « Moi j'ai fait la formation, oui faut faire ci ou ça ». Mais quand c'est toute une équipe qui a fait la formation. Du coup c'est là où ça apporte vraiment du sens, parce qu'en fait euh... Là moi je travaille, par exemple, grosse grosse partie de... Des aides-soignantes et des agents a fait la formation. Et du coup il y a des petits gestes au quotidien qui sont vraiment ancrés sur euh, voilà, euh... Frapper, la façon de s'adresser aux gens, de se positionner. Enfin, et du coup, je trouve que c'est là où c'est une vraie plus-value, et où euh... Nous, quand c'est sur des choses plus délicates, ou sur des moments où les bonnes habitudes ce sont un peu perdues parce que, enfin voilà, euh... Du coup c'est vraiment une plus-value d'avoir ça pour euh, communiquer avec les autres et que, très rapidement il y ait des choses qui se remettent en place quoi.

**A.R. :** Ouais, d'accord. [*petit silence*] Donc c'est vraiment dans une démarche institutionnelle en fait ?

**Ergo. D :** Ouais. Ouais, ouais, je trouve que là ça apporte beaucoup. Après ça apporte... Je trouve que ça apporte pas mal aussi euh... Au départ euh... Quand on est un peu tout jeune professionnel et que euh... Ce n'est pas forcément facile... Voilà, de créer une relation qu'on n'apprend pas vraiment, voilà, en cours, sur le papier ou... Enfin voilà, ou même en stage. C'est... Les

armes... Enfin... Par nous-mêmes quoi. Sur comment se comporter avec les personnes et tout. Je pense que ça, ça donne des... Des pistes, ça donne des outils pour euh... Savoir comment réagir. Enfin notamment avec des personnes désorientées quoi.

**A.R. :** D'accord. Vous venez de dire « la relation qu'on n'apprend pas vraiment en cours ». Vous voulez dire que dans votre formation vous n'avez pas appris tout ce qui était relationnel ?

**Ergo. D :** Alors on a appris pleins de trucs dans la théorie sur la relation mais euh... Je veux dire, vraiment être en relation avec euh... Voilà, avec un patient, une personne. Voilà, on a quelques éléments de théorie mais euh... Sauf qu'après savoir vraiment comment réagir euh... Ou voilà, ou face aux troubles cognitifs par exemple, où d'une part on a appris euh... Les troubles cognitifs ça pouvaient causer na, na, na... D'une part on a appris des trucs sur la relation. Mais euh... Un moment de faire la synthèse de : bon alors euh... Pour être en bonne relation avec quelqu'un qui a des troubles cognitifs euh... Voilà, je trouve qu'on n'a pas... Moi je n'ai pas eu l'impression dans la formation, d'avoir eu de... De choses très guidantes là-dessus. Enfin on a eu des théories, bah voilà, faut prendre la personne dans sa globalité, partir de ses attentes, na, na, na. Mais euh... Dans le concret de euh... Déjà de rencontrer la personne... Voilà euh... J'ai plus l'impression que c'étaient des choses qui se faisaient euh... Au fur et à mesure quoi. En faisant quoi.

**A.R. :** Oui, qu'il y ait un écart entre la théorie et la pratique en fait ?

**Ergo. D :** Ouais. Ouais, ouais. Moi je sais que même au-delà de... de ce qui euh... Tous les espèces de petits outils concrets que j'ai pu avoir dans cette maison de retraite qui travaille avec l'Humanitude euh... Avant quand je travaillais en ESA... Je sais que ma façon d'être au tout départ, avec euh... Des personnes... N'était pas la même au bout de quelques mois, enfin voilà. Et, vraiment dans euh... Sur des petites choses, la manière de se positionner, de réagir ou de gagner la confiance des personnes. Je sentais que j'étais plus... Plus à l'aise quoi. Je voyais mieux directement comment me positionner euh... [*petit silence*] Et du coup quand j'ai découvert euh... Ces outils après euh, un peu plus formalisés. Bah moi j'ai dit « Bah oui », parce que j'ai expérimenté en faisant. Mais euh... Du coup je trouve que c'est assez parlant d'avoir des choses toutes simples... Très concrètes quoi.

**A.R. :** D'accord, oui. OK. [*petit silence*] Donc là je vais plus m'intéresser à la communication non-verbale. Est-ce que... Enfin, comment tu mets en place la stimulation sensorielle, au quotidien, auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?

**Ergo. D :** Euh... Bah... La stimulation sensorielle... Bah, déjà, principalement part euh... Le regard et, et les émotions. Et du coup, enfin voilà, rien que croiser la personne, la regarder euh... Et réagir à ce qu'elle te renvoie : si elle est souriante, lui renvoyer un sourire, enfin voilà. Euh... Il y a vraiment déjà ça, voilà, dans le euh... Juste dans le fait de se croiser et de « se saluer », entre guillemets j'ai envie de dire. Euh... Et puis après euh... Quand il s'agit plus d'une euh, d'une intervention auprès de la personne euh... Bah après c'est vraiment voilà, agir au niveau de la

personne euh... S'assurer qu'elle nous a vu euh... Toucher la main, le bras, enfin euh... Ça c'est vraiment les choses pour rentrer en relation. Après euh... Après, il y a des choses, moi, que j'ai faites en stimulation sensorielle autour de euh... Du toucher, des matières, de... Euh... Donné à des personnes qui sont beaucoup dans la... Euh... Je cherche mon mot... *[petit silence]* Je ne trouve pas le bon mot, mais dans les gestes répétitifs. Euh... Et, voilà, il y en a beaucoup qui sont autour de euh... Qui adhèrent à l'environnement du coup, qui appuie sur leur bouton et hop, ils ne le lâchent plus euh... Voilà... Et euh, tirer des bouts de tisser du bout de leur doigts et euh voilà. Et du coup euh... Voilà, par exemple euh... Là-dessus on avait vu ça en équipe de... Essayer de mettre à disposition différentes matières de... De tissus, des choses du quotidien, des boutons euh... Des lacets... Des choses à manipuler qui euh, qui évoquent euh... Quelque chose de sensoriel vraiment, et à la fois ça évoque une activité du quotidien, des gestes très ancrés. Voilà. Et euh... Et sinon, bah il y a tout ce qui est autour de euh... De l'audition. Enfin euh... Très souvent... Ça m'arrive très souvent de chanter et de chantonner pour euh, rentrer en relation avec une personne désorientée, pour l'amener à marcher par exemple ou euh, pour euh... Faire euh... Accepter un geste, voilà. Dans la toilette ou euh... Des choses comme ça.

**A.R. :** D'accord. Et pourquoi vous... Vous chanter euh... Parce que ça... Comment... *[volonté de laisser des points de suspension pour laisser poursuivre l'Ergo. D]*

**Ergo. D :** Bah du coup c'est une manière de... Euh... De rentrer un peu dans l'univers de la personne. La personne où on a repéré qu'il était réceptif. Voilà, on voit qu'il peut y avoir un sourire ou que, au niveau du corps, bah ils se mettent en action. Enfin voilà. Et du coup c'est euh... Voilà, pour des personnes où on voit vraiment que c'est... Qu'il y a des chansons qui leur parlent. Et euh... Et qui les mettent en confiance, ou euh... Ou euh, voilà. *[petit rire]* Euh... Bah du coup euh... Voilà, on utilise pas mal ça pour euh... Soit vraiment pour rentrer en relation, soit pour un peu, entre guillemets « détourner l'attention » de quelque chose qu'ils n'aiment pas. Euh... Pour les motiver quoi.

**A.R. :** D'accord. Vous avez dit... Comment... Ah oui voilà « chanter ça leur parlent », enfin il y a des chansons qui « leur parlent ». Quand vous dites ça, est-ce que vous faites allusion à la mémoire émotionnelle ?

**Ergo. D :** Oui. Oui, oui, complètement ouais. Ouais, ouais. *[petit silence]* Oui, il y en a où on voit vraiment d'un coup euh... Voilà, un visage qui s'éclaire, un qui se détend... On sent voilà, qu'il y a... Qu'il y a pleins de choses qui arrivent avec juste ces... Ces souvenirs là... Que, nous on ne sait pas exactement tout ce qui arrive, mais on voit juste que ça... Que ça détend et que ça aide à...

**A.R. :** *[petit silence]* Mmm... *[affirmation]* OK. Euh... Pour vous quelle place à la communication non-verbale par rapport à la communication verbale ?

**Ergo. D :** Euh... Bah... Elle a une place euh... Largement aussi importante. Euh, parce que... Avant même qu'on ait dit quoi que ce soit, quand on voit la personne, quand on rentre dans sa chambre euh... Voilà, il y a déjà quelque chose qui passe, il y a déjà un message qui passe. Et euh... Et euh voilà, d'autant plus avec des personnes désorientées qui sont un peu euh... Qui sont vraiment dans le ressenti, parce que les mots elles ne les comprennent pas forcément. Et du coup euh... Elles ressentent plus l'ambiance... Le... Voilà, l'émotion qu'il y a. Et du coup euh... C'est euh... C'est hyper important euh... Euh... Ça... [*soufflement*] Ça peu... Tout... Foutre en l'air [*petit rire*] sur une prise en charge d'arriver un petit peu trop rapidement, en étant un peu énervé, enfin... Voilà. Il y a tout vraiment le non-verbal. Bah, la tête qu'on fait euh... Notre façon de se déplacer. Et euh... Même si on affiche un sourire. Si euh, intérieurement on bout un peu, ou qu'on fait un réel effort, on sent que, que ça se ressent très vite quoi. Il y a vraiment aussi l'état d'essayer de se rendre disponible. Euh, voilà, on sait qu'on a plein de choses à faire mais euh... Au moment où on arrive dans la chambre de la personne, hop, on essaye d'avoir le tonus le plus relâché possible, histoire de... Enfin, de faire sentir que, de faire sentir qu'on est disponible et que... Le sourire ou le ton employé ne sonne pas faux quoi. Et... Je sais que, enfin j'ai fait une formation, enfin pas participé mais écouté... J'ai été à un colloque où... Pas mal aussi sur les... Les thérapies euh... Comportementales. Enfin non-médicamenteuses pour Alzheimer. Et euh... Et où ils disaient ça euh... Vraiment euh... Ils disaient, faut presque être euh... Vraiment bon comédien. Enfin c'est-à-dire qu'il faut vraiment se dire euh... Pas juste avoir l'air content, faut vraiment euh... Avant d'entrer euh... Voilà, en contact avec la personne, essayer de... Même si on ne l'est pas, même si on est énervé, même si on a des trucs, essayer de, au maximum, aller je me mets dans la peau de celui qui est bien et content pour euh, dégager vraiment ça quoi. Pas juste une apparence. Mais euh, voilà, moi je pense que c'est assez... Assez vrai.

**A.R. :** Oui... Oui, que ce soit dans la communication verbale ou non verbale ? [*petit silence*] Euh... Avoir une posture d'acteur...

**Ergo. D :** Oui. Bah oui, oui. Et du coup, autant des fois le... Le verbale euh... On a plus l'habitude de... Vraiment essayer de le maîtriser. Euh... Enfin voilà, quelqu'un, voilà, qui va être énervé, qui sait qu'il est au boulot et qu'il ne veut pas le dire à telle ou telle personne ou à la personne en face, bon, euh... C'est plus d'effort d'essayer de vraiment bien contrôler ce qu'on dit... Dans l'attente pour l'autre... Mais euh... Qu'est-ce qu'on dégage... Enfin voilà, dans le ressenti euh... C'est moins habituelle et euh... Et c'est... C'est au moins aussi important. [*petit silence*] Il y a pleins de choses qui se passent vraiment sans... Sans verbal enfin... Les personnes qui... Enfin qui déambulent pas mal et qu'on croise souvent euh... Bon, dans la journée. Voilà, il y a des échanges des fois de sourire euh... Un regard euh... De, euh... Une main sur l'épaule ou euh... Un petit rire pour répondre à euh, au regard insistant et souriant qui nous agresse, mais où, voilà, il n'y a pas vraiment de contenu derrière, si ce n'est euh... Bah euh... Un truc bienveillant euh... Envers nous quoi.

**A.R. :** *[silence]* Pour vous, quels sont les impacts de l'approche non-verbale sur le comportement de la personne ?

**Ergo. D :** Euh... Bah... J'y ai déjà un peu répondu je pense. *[petit rire]* Du coup c'est vraiment, voilà, enfin... C'est... La personne sera vite énervée si euh... Si elle est un peu euh... Enfin, un peu opposante ou quoi euh... Enfin voilà, des personnes euh... Désorientées. On s'énerve un peu sur le... Euh... Leur dire de ne pas faire ce qu'ils sont en train de faire, ou au contraire, de venir faire leur toilette alors qu'elles n'avaient pas ça en idée ou euh... Voilà, elles deviennent agressives, enfin, défensives face à ce qu'on leur propose. Et du coup euh... J'ai perdu le fil de ce que je disais... D'un coup... *[petit rire]*

**A.R. :** Que quand on est euh... Un peu énervé, ça avait des répercussions négatives sur le comportement de la personne

**Ergo. D :** Ouais. Oui voilà, du coup ça peut vraiment monter en... En... De l'énervement. Et du coup après de la violence même par la personne désorientée. Très vite quoi. Euh... Même sans qu'on est fait grand-chose quoi. Euh... Alors que le... Tout ce qu'on peut renvoyer de... De calme, de sérénité, va souvent aider à ce que ça ne monte pas trop dans les tours, dans l'énervement. Et euh... Voire même si on n'arrive pas faire le soin, l'action qu'on était venu faire euh... Bah on dit « aller, on s'arrête là » calmement, sans que la personne se mette dans un état pas possible, on verra plus tard quoi. Mais voilà, je trouve que le non-verbal va vraiment euh... Jouer sur la manière dont on va recevoir, ce que l'on amène quoi.

**A.R. :** Donc si je comprends bien, dans un sens, quand on adopte une posture sereine, la personne se sent plus rassurée en fait ?

**Ergo. D :** Oui. Mmm, mmm. *[affirmations]*

**A.R. :** OK. Et donc même question mais euh... L'impact que l'approche non-verbale a sur... Enfin, les répercussions que ça a sur la vie quotidienne de la personne ?

**Ergo. D :** Quelles répercussions l'approche non-verbale a sur la vie quotidienne de la personne ?

**A.R. :** Oui, voilà, oui.

**Ergo. D :** Euh... Bah, du coup... Bah ouais ça en découle... Une approche non-verbale qui va être rassurante euh... Va pouvoir faire, par exemple, qu'une personne euh... Ose s'exprimer un petit peu ou euh, au moins que euh... Qu'on fasse attention à... Aux signes qu'elle montre pour euh... Adapter euh... Et puis euh... Si la personne elle est euh, en confiance, qu'elle sent voilà, des regards, des touchers bienveillants autour euh... Il y a... Et son... Son état d'esprit à elle qui peut être, voilà, plus, plus calme, plus apaisé. Et euh... Aussi euh... Sur euh... L'autonomie. Enfin, oser un peu plus faire les choses quoi. Euh... Il y a des personnes voilà, selon le versant à eux, qu'ils prennent la maladie, qui sont vraiment prostrés euh... On voit, voilà, des fois euh... Quand ce sont des personnes au domicile,

qui ont un conjoint hyper présent, hyper stressé, hyper dans le « Oh non fais pas ci, fais pas ça ! » euh... Et voilà, du coup euh... Là on sent qu'il y a une autre euh... Un autre message non-verbal qui est beaucoup plus euh... Voilà, beaucoup plus apaisé euh... Et qui fait confiance du coup, c'est vrai que la personne se met beaucoup plus en action. Elle est moins en retrait quoi. Donc il peut y avoir un impact sur le comportement et sur euh... Le... Pour apaiser, et sur vraiment les actions quoi. Faire qu'elle fait un peu plus euh... Dans l'accompagnement euh... Voilà, dans les actes du quotidien, s'il y a besoin de stimulations aussi. Si la stimulation est faite de manière un peu euh... Braque euh... Un peu euh, titillante euh... Voilà euh, ça peu vite euh... S'arrêter en cours d'action, parce que la personne se décourage, s'énerve.

**A.R. :** D'accord, OK. [*petit silence*] Là, maintenant, je vais plus m'intéresser vraiment au toucher. Juste le toucher. Selon toi, est-ce que le toucher, donc encore une fois, il a un impact sur le comportement de la personne ?

**Ergo. D :** [*petit silence*] Ouais. Ouais, ouais. Euh... Le toucher euh... Bah déjà euh... Déjà se faire toucher en général, ce n'est pas forcément facile pour tout le monde. Euh... Voilà, surtout euh... Voilà, vu qu'il y a des problèmes de dépendance euh... Voilà euh... Du coup euh... La... La façon dont c'est fait euh, voilà, peut complètement changer la façon de vivre euh, de soi quoi. Je peux passer de quelque chose d'assez euh... Mou et détendant à euh... Quelque chose d'un peu brusque euh, et euh... Qui met mal à l'aise quoi. Et qui donne vraiment l'impression d'être... D'être euh... D'être trimballé, enfin, voilà. D'être un peu euh... Bah, pas respecté quoi. Donc euh, voilà. Et après, le toucher plus euh, je dirais qui vient en plus de la relation, qui n'est pas le toucher où on est voilà, enfin on n'était pas obligé de toucher, pour l'un de nos patients, mais où euh... Voilà ça peut avoir quelque chose d'apaisant, de euh... Qui donne confiance ou... Ou juste plaisant. Enfin, il n'y a pas mal de personnes qui euh... Où on sent qu'il y a un côté agréable à... A voilà, sentir une main, voilà, qui avance doucement sur leurs épaules ou sur leurs mains et eux... Des choses euh... Des choses qu'ils ressentent d'autant plus, et chez les personnes en fin de vie, et chez les personnes désorientées. Euh... J'ai en tête voilà, des personnes en fin de vie qui euh... On put par moment vraiment, voilà euh... Avec certains soignants, par exemple, prendre la main euh... La mettre vraiment contre leur joue. Par exemple, tu vois, embrasser la main euh... Alors que ce n'était pas forcément leur euh... Leur façon de faire avant. Mais du coup là, ils n'ont plus que ça pour euh, vraiment exister quoi. Et euh... Pour euh... Les personnes euh, désorientées, du coup euh... Quand on n'a pas trop de réponse à ce qu'ils nous disent, qu'on ne comprend pas ou... Enfin voilà, on n'a pas tellement de choses pour les rassurer, parce qu'ils cherchent leurs enfants qui ne sont pas là ou quoi. Euh... Des fois, bon, ça fait quelque chose de concret je pense où euh... Qui les raccroche quand même, enfin mieux que leur angoisse de « je ne comprends pas ce qu'il se passe : les enfants devraient être là, ils ne sont pas là », enfin, ils sentent qu'il y a quelque chose, qu'ils perdent pied. Il y a une espèce de truc très concret

qui les rattache, qui les aide à se poser. Et euh... Et notamment, on voit le toucher euh... En parlant de toucher, il y a un chien et euh, c'est fou le succès que ce chien peut avoir. On voit le... Le plaisir à caresser le chien, à le toucher, enfin... C'est euh, voilà, on sent qu'il y a vraiment quelque chose de... D'agréable, de rassurant, de plaisant euh... Voilà quoi.

**Moi :** Oui, la médiation canine. D'accord. C'est bien parce que tu as déjà répondu à mes deux... Deux questions suivantes. *[petit rire]*

**Ergo. D :** *[petit rire]* Comme ça.

**A.R. :** Mes questions c'étaient : penses-tu que la manière de toucher permet d'apaiser la personne. Donc là je pense que tu y as vraiment bien répondu. Et après c'était : penses-tu que... Enfin, si oui, le pensez-vous notamment en ce qui concerne les angoisses liées au vieillissement. Donc les dégénérescences des sens par exemple. Et donc c'est vrai que tu as fait allusion à la mémoire, par rapport aux enfants et tout ça.

**Ergo. D :** *[petit rire]* Mmm, mmm. *[affirmations]* Oui et puis par rapport au sentiment de perte lié au vieillissement déjà. Enfin... Euh... Voilà, il y a la frustration de ne pas pouvoir faire comme avant, de se sentir moins... Moins alerte, moins en forme. Et du coup euh... Il y a des personnes pour qui ça... Il y a quelque chose de réconfortant. Et puis il y a aussi mine de rien, souvent, enfin en tout cas en institution, bah des personnes qui sont veuves. Du coup, voilà, tout le côté affectifs... Les câlins, les caresses... Il y en a beaucoup qui n'ont... Plus beaucoup d'occasions quoi. Dans... Vraiment dans leur sphère affective... La famille, l'entourage quoi.

**A.R. :** Oui. Oui, donc c'est que le toucher apporte quelque chose en plus en fait ?

**Ergo. D :** Mmm, mmm. *[affirmations]* Ouais. Après, on peut toujours évaluer. S'il y a quelques personnes qui font « Fffff » *[inspiration par la bouche]*. Voilà, on sent que euh, il faut y aller au contraire avec parcimonie. Il ne faut pas trop rentrer dans leur bulle euh... Ou en tout cas pendant des périodes quoi.

**A.R. :** Ouais. Oui, c'est personne-dépendante ?

**Ergo. D :** *[petit silence]* Comment ?

**A.R. :** C'est personne-dépendante ? Ça dépend des pers...

**Ergo. D :** Oui. Oui, oui. Mmm, mmm. *[affirmations]* Bah oui, oui. Complètement, il faut voilà... L'important c'est de euh... Bien être à l'écoute de... Comment la personne réagit. Est-ce que ça a l'air de lui plaire, et puis euh... Pour voilà, être bien dans « OK ça l'apaise, ou au contraire, ça la crispe complètement. Ou en tout cas, cette partie-là du corps ça la crispe euh... » Mais euh... Enfin sur les personnes âgées que je vois là... Sur l'ensemble, il y en a peut-être deux oui, où on se dit « bon, elle au contraire faut pas trop trop... » Voilà. Faut pas trop y aller ou euh... Voilà, tout ce qui va être le toucher au moment de la toilette ou quoi, bon. Là faut que ce soit vraiment rapide, parce que ça peut très vite partir en Live. Euh... Mais euh... Sinon c'est plus euh... Le côté euh, voilà euh... Apaisant

du sourire qui va euh... Qui va contrebalancer un peu ça quoi. Euh... Je pense à une dame là, où c'était très, très compliqué, en tout cas pendant une période de... Un peu tout quoi, toute les manipulations : la toilette, l'habillage, enfin... Très facilement elle agrippait, elle tâtait, elle mordait. Alors euh... Et où euh... C'était compliqué parce que les différents autres canaux euh... Voilà, elle avait un regard très fuyant, pas trop dans l'écoute euh... Dès qu'on la touchait direct ça l'a crispait... Et euh... Et voilà, après on essaie de faire au mieux. Et là plutôt en disant « bon bah on y va un peu au minimum quoi », en tout cas sur le toucher. Et euh... Et après, par exemple, ça c'est une dame qui s'est apaisée euh... Où il y a eu euh... Je pense tout un truc je pense pour essayer bon, de limiter au maximum euh, voilà. De faire les toilettes vraiment au minima euh... S'il n'y avait pas besoin de changer la protection, enfin bien voilà. Aussi, limiter vu qu'elle n'aime pas, pour qu'après ça passe mieux quoi. Bon, en parallèle elle a eu aussi voilà, des séances de musicothérapie et tout ça. Bah, tout ça lié ensemble bah... Je pense ça fait que... Peut-être elle est dans une autre période, enfin... Où là c'est... Plus facile d'intervenir, mais euh... Des fois aussi voilà, le toucher n'est pas... Toujours terrible quoi.

**A.R. :** Oui... En fait si je résume un peu... C'est en observant le comportement de la personne que... On essaie de réajuster l'attitude de l'ergothérapeute ?

**Ergo. D :** Ouais. Ouais, complètement ouais.

**A.R. :** D'accord. [*petit silence*] Et euh... Quel... Comment dire... Est-ce que tu établis un rapport entre l'apaisement de la personne, donc sur le plan physique et psychologique, et sa volonté de s'engager dans ses soins ?

**Ergo. D :** Entre... Entre quoi, de la personne ?

**A.R. :** L'apaisement de la personne. Sur le plan physique et sur le plan psychologique. Et la volonté de s'engager dans les soins prodigués.

**Ergo. D :** [*silence*] Euh... Oui, enfin la plupart du temps. Où, en tout cas l'apaisement euh, va au moins des fois permettre l'acceptation. Même si ce n'est pas euh... Vraiment de l'engagement. Mais euh... En tout cas de l'acceptation. Euh... Après euh... [*petit silence*]

**A.R. :** Tu entends quoi par « acceptation » ?

**Ergo. D :** Bah... C'est-à-dire euh... Passer de, un moment où... Euh... Ça va être euh... Ça va la mettre dans un état de stress, ça va... Euh... Finir en boucherie... A euh... Voilà, quelque chose de plus... Voilà, où il y a moins de signes d'énervement quoi. Sans que ce soit forcément vraiment partie crevante ou vraiment à faire. Mais en tout cas euh, moins repousser quoi. De moins... Moins s'énervier face à une activité du quotidien quoi. Et euh... Et pour des personnes en fin de vie, des fois l'apaisement c'est même du coup euh... Carrément le désengagement quoi. C'est euh... Bah, voilà, tu sens que c'est... Le, un peu « lâcher prise » entre guillemets. Un côté très serein, très posé, mais du coup presque euh... Dans le laisser faire, tu vois dans le... « J'ai plus... J'ai plus envie de me battre, j'ai

plus envie de faire » et euh... A laisser euh... Si elle est en confiance, voilà, à laisser le soignant faire sans euh... Sans chercher à faire comme elle faisait avant, enfin voilà.

**A.R. :** [*petit silence*] Ah oui, d'accord. Donc là c'est plus par rapport à la relation de confiance avec le thérapeute qui la soigne. Enfin qui... Qui est présent ?

**Ergo. D :** Euh... Oui. Dans la relation ou la façon de dire les choses, la façon de... Voilà, de rentrer en contact euh... Mais en tout cas, voilà, une fois que... Je veux dire que l'apaisement peut amener à être plus, voilà, présent, plus euh... Dans ses... Dans son quotidien quoi. Mais aussi, dans des situations extrêmes, en tout cas de fin de vie, à être un peu euh... Complètement détaché quoi.

**A.R. :** Ah oui. [*silence*] Donc là, je vais vraiment m'intéresser à l'Humanité, même si tu n'as pas eu la formation. Euh... Comment tu définirais l'Humanité ?

**Ergo. D :** Euh... Bah... Je définirais ça comme euh... Une sorte... A la fois de philosophie, une mallette à outils. Euh... Pour euh... Euh... Stimuler la personne avec euh... Le maximum de bienveillance et, enfin accompagner la personne avec le maximum de bienveillance et de... Et euh... Et d'autonomie. Euh... Voilà. Avec euh... Comme grands axes, la... Ouais, la verticalité et l'autonomie.

**A.R. :** D'accord.

**Ergo. D :** Et de la stimulation... Multi-sensorielle quoi.

**A.R. :** Mmm. [*affirmation*] Et pour toi, qu'est-ce que l'Humanité sur le terrain ?

**Ergo. D :** [*petit silence*] Qu'est-ce que l'Humanité sur le terrain ?

**A.R. :** Oui. Si vraiment tu as une différence... Enfin, si tu fais une différence entre la définition globale de l'Humanité et « qu'est-ce que l'Humanité, pour toi, sur le terrain ».

**Ergo. D :** Mmm, mmm. [*affirmations*] Bah... Sur le terrain, pour moi l'Humanité c'est vraiment euh... Voilà, une posture euh... Du soignant. Euh... Qui euh... Qui euh... Se... C'est beaucoup il se pose la question, enfin ou cherche à... Il cherche à adapter leur façon de faire, pour que ça convienne le mieux à la personne. Et... Et du coup après, c'est aussi pleins de petites choses très concrètes. Voilà genre, euh... Frapper à la porte euh... Laisser l'intimité à des personnes euh... Euh voilà, vraiment... Se mettre d'accord sur les méthodes de transfert, pour euh, qu'il y ait au maximum de la verticalisation, de la marche euh... Mais euh, mais je trouve que ça change plus. Enfin... Concrètement, entre une structure où il y avait ça et une structure où il n'y a pas, pour avoir bossé dans les deux, c'est... Le plus gros point c'est vraiment... Le point de base c'est d'être près, voilà, à se poser la question : « est-ce qu'on est prêt à remanier notre organisation, notre façon de faire, pour que ça lui convienne le plus possible ? » Et pas le : « bon bah c'est comme ça. Nous, à telle heure il y a le petit déjeuner, à telle heure, il y a ci, faites qu'il soit habillé pour le petit déj' et euh, il faut euh... ». Enfin voilà. Qu'il cherche moins à dire : « Bon bah, de toute façon il est comme ça, maintenant il faut qu'il euh... Faut qu'il... Se roule dedans. Il n'a pas le choix. », quoi.

**A.R. :** D'accord. Oui. Euh... Et comment est-ce que tu arrives à déterminer si un résident est non-réceptif à l'Humanitude ?

**Ergo. D :** Euh... Bah, quand on voit que... [*petit rire*] Qu'il reste replié euh... Après différents essais ou... Quand on, bah voilà, quand on voit qu'on n'arrive pas à l'apaiser. Très concrètement voilà, quand on sent qu'on n'arrive pas à intervenir euh... Voilà, au quotidien, pour euh... La toilette, l'habillage et tout ça. Ou que la personne est très repliée et où... Pour des personnes plus avancées dans les pathologies cognitives euh... Voilà des personnes qui font des cris répétitifs tout le temps euh... Voilà, il y a des personnes comme ça où euh... Bon, on a beau essayer pleins de choses euh... On a l'impression que... Il n'y a pas grand-chose qui, qui change quoi. On a l'impression que, qu'on arrive, voilà, comme un bourrin ou... Qu'on arrive doucement, enfin... On a l'impression que ça ne change rien. Ouais. [*petit rire*] Vraiment quand on voit que les choses ne bougent pas quoi.

**A.R. :** [*silence*] Et toi, pour déterminer le canal sensoriel euh... Préférentiel chez le résident, quelle méthode tu utilises ?

**Ergo. D :** Euh... L'observation. [*petit rire*] C'est... Voilà, je n'ai pas forcément de... De méthode très précise, si ce n'est que... Ouais, de vraiment observer la personne, voir comment elle réagit aux choses qu'on propose euh... Et euh, et la concertation avec l'équipe aussi quoi. L'équipe soignante, par exemple, qui est vraiment au quotidien avec la personne et qui... Après... Il y a... Je ne sais pas si ça rentre dans ta question tu vois, mais... Je pense là... A des personnes euh... Désorientées tu vois. Quand on veut essayer euh... Par exemple pour la toilette, est-ce que c'est... L'imitation, est-ce que c'est le geste ou euh... Ou de... De montrer une image. De... Bah, voilà. Ou de, complètement des... Des... Détourner l'attention. Euh... Enfin voilà. Enfin, finalement, voilà. C'est tout par essais-erreurs quoi. Dès qu'on essaie quelque chose on voit si ça marche. Bon ça le fait pas, on essaie de présenter les choses autrement euh... Et euh... Ouais, c'est de l'observation et du « essai-erreur » quoi.

**A.R. :** D'accord. Et donc pour finir, je vais plus me focaliser sur euh... La communication avec l'équipe pluridisciplinaire. Comment tu informes l'équipe pluridisciplinaire sur le canal sensoriel préférentiel des résidents ?

**Ergo. D :** Bah... On s'informe euh... Les uns, les autres par... Soit par une transmission. Voilà euh... Dans les transmissions écrites, ou dans nos réunions de transmission. Enfin voilà, rapporter un peu ce qui a pu se passer avec une personne. Euh... Et puis euh, dans le plan de soin. Euh... Voilà, euh... Faut marquer euh, euh... « Venir pour la toilette » euh... Je ne sais pas euh... « Lui toucher euh... Lui faire des caresses dans le dos avant de le faire se lever », euh... Ou euh... « Lui chanter une chanson ». Enfin voilà. Des choses qu'on... Qu'on se dit, qu'on écrit dans les transmissions et qu'on écrit vraiment dans... Aussi dans le plan de soin. Voilà. Qui est aussi très technique de « faut faire telle injection », « telle piqûre », « le lever avec le lève-personne », machin. Mais euh, où on essaie

de marquer aussi euh... Tous ces trucs-là qui peuvent faire que la prise en charge se passe bien ou pas quoi.

**A.R. :** OK. Et... Et est-ce que tu penses que la transmission, enfin... La transmission de ces informations justement. Qu'elle puisse optimiser la relation de confiance entre le personnel soignant et le résident ?

**Ergo. D :** Euh, bah ouais, ouais, c'est sûr. C'est sûr que si toute l'équipe sait que telle chose euh... Ça marche plutôt bien euh... Voilà, et que du coup, tout le monde va plutôt là-dedans. Bah... Forcément la personne, elle se sent plus... Plus cohérente. Elle se sent plus rassurée. Enfin... Il y a moins de moments où elle... Elle... Elle va... Monter dans les tours parce que l'approche n'a pas été au top. Ouais, ouais c'est sûr que ça fait vraiment euh... C'est vraiment... Primordial quoi. Après des fois, on transmet un truc « Ah ça, ça a super bien marché » et où finalement, ce n'est pas du 100 % : des fois, enfin voilà, ça ne fait pas tout. Mais ouais c'est carrément important. Après, nous, enfin... Là, en tant que... Tous ces postes un peu... Où on est là que un certain temps et beaucoup dans l'évaluation et la coordination. Donc euh... L'ergo, la psy, la musicothérapeute euh, enfin... On... On est beaucoup là-dedans quoi. Essayer de se dire que dès quelqu'un remarque quelque chose à ce moment-là : « marque-le, il faut que les autres sachent ça aussi » pour euh... Pour venir auprès de la personne... Du mieux que possible quoi.

**A.R. :** Ouais. [*petit silence*] Oui parfois on peut penser que c'est insignifiant alors qu'en fait pas du tout ?

**Ergo. D :** Oui c'est ça.

**A.R. :** Oui. [*petit silence*] Et donc pour finir, est-ce que tu pratiques l'éducation thérapeutique ou euh... Ou un autre support d'information, auprès du personnel soignant, pour justement, qu'il puisse estimer lui-même le canal sensoriel auquel la personne est réceptive ? [*petit silence*] Tu me dis si tu veux que je répète la question.

**Ergo. D :** Euh... [*petit rire*] Ouais, je veux bien que tu me répètes.

**A.R. :** Est-ce que tu pratiques un support d'information, donc par exemple l'éducation thérapeutique, auprès du personnel soignant, pour que ce personnel soignant puisse estimer le canal sensoriel auquel la personne est le plus réceptif ?

**Ergo. D :** Euh... Non. Enfin, je ne communique pas un support, précis ou quoi... C'est vraiment plus dans les échanges et dans le... C'est... Les réactions et les observations quoi. C'est... C'est plus euh... Oui, réagir à ce qu'on renvoie... Faire comme ci ou comme ça et voir ce que ça donne. Ou euh... Si moi euh, j'ai vu la personne avant, voilà, écrire moi ce que j'ai pu voir et... Ce que ça fait mais euh... Et éventuellement d'expliquer pourquoi euh, voilà telle chose va la faire réagir comme ça. Mais euh, pas sur un support formel quoi. C'est vraiment dans les échanges lors des transmissions orales, ou

des transmissions écrites. *[silence]* Voilà, c'est plutôt éventuellement donner des pistes : « Et bah tu peux essayer ça, ou essayer ça et euh... Et, bah, tu me diras ce que ça donne quoi ».

**A.R.** : Ouais. OK. *[silence]* Et bien merci bien ! Là j'ai fini. Est-ce que toi, tu avais des choses à rajouter ? Des questions... ?

**Ergo. D** : Euh... Non... Je... Non. Après, comme ça, je pense qu'on n'a pas mal fait le tour déjà.

**A.R.** : Oui, je trouve aussi. *[petit rire]*

**Ergo. D** : Et puis bah... Non, bah, je veux juste bien, quand tu auras tout finalisé ton mémoire et tout ça... Avoir un peu...

**A.R.** : Oui, tu veux que je te l'envoie ?

**Ergo. D** : Oui, carrément ! Carrément. Voir un peu les retours, voilà. Et puis repartir aussi... Ce serait vraiment intéressant de lire ton mémoire, quand ce sera fait, quand tu seras libérée. *[petit rite]*

**A.R.** : Normalement je le rends le 22 mai, donc dans ces eaux-là.

**Ergo. D** : D'accord.

**A.R.** : Pas de soucis, j'ai noté.

**Ergo. D** : *[petit rire]* Très bien.

**A.R.** : En tout cas merci beaucoup !

**Ergo. D** : De rien. Et je disais, tu as réussi à avoir beaucoup de... D'entretien ou beaucoup de personnes qui... Avec qui tu vas pouvoir faire des entretiens ?

**A.R.** : Et bien du coup je me suis entretenues avec une personne travaillant en EHPAD, sans avoir reçu la formation ; une personne travaillant en EHPAD, avec la formation ; une personne travaillant en ESA, sans la formation... Et puis toi.

**Ergo. D** : D'accord.

**A.R.** : Donc euh, mais c'est vrai que là, je trouve que... Enfin, tu as donné pleins d'informations qui sont vraiment intéressantes je trouve.

**Ergo. D** : Tant mieux si ça peut te, voilà te servir. Si après tu as des trucs euh... Tiens, telle ou telle chose ce n'est pas super, super clair, j'ai le don d'embrouiller des fois, quand je suis partie dans des explications ou quoi. *[rire]* Voilà, n'hésite pas à, s'il y a des... Voilà, des précisions que tu veux plus tard. Enfin voilà, n'hésite pas à m'envoyer un mail.

**A.R.** : D'accord, ça marche. Encore une fois, merci. Merci du temps, parce que c'est vrai qu'on a mis une heure et euh... Ce n'est pas rien.

**Ergo. D** : Mmm, mmm. *[affirmations]*

**A.R.** : Et puis merci à ton fils d'avoir été patient. *[rire]*

**Ergo. D** : *[rire]* Ah oui tiens voilà, à part la petite interruption du début, où je pense il devait s'inquiéter, après finalement il s'est mis à jouer et puis bah, voilà. *[rire]* Il s'occupe. *[rire]* Et bien en

tout cas, bon courage pour voilà, pour tout euh... Le boulot... Et puis... Et voilà, finir la rédaction du mémoire. Et puis bon voilà, pour la fin de l'année, les études et tout cas.

**A.R.** : Merci bien. Je te souhaite une bonne soirée !

**Ergo. D** : A toi aussi !

**A.R.** : Au revoir.

**Ergo. D** : Au revoir.

## L'Alzheimer au regard de l'Humanitude : un prendre-soin sensoriel

### Résumé :

Les recherches scientifiques concernant la maladie d'Alzheimer se poursuivent, mais actuellement, aucun traitement préventif ou curatif n'existe pour lutter contre cette dégénérescence neurofibrillaire. Le personnel soignant est alors amené à accompagner les personnes concernées jusqu'à leur fin de vie, et ce en dépit des troubles générés par la pathologie.

Dans la pratique ergothérapeutique auprès de cette population, la stimulation sensorielle et cognitive, permettant de solliciter les capacités résiduelles, occupe une place centrale. Ce procédé induit, de la part du professionnel, une attitude de bienveillance et de respect. Ces deux notions fondamentales du prendre-soin sont appliquées dans l'Humanitude.

En quoi l'ergothérapeute, par le choix des canaux sensoriels de communication développés dans la philosophie de l'Humanitude, favoriserait l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, dans ses activités quotidiennes ?

Afin de répondre à la problématique, quatre entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes diplômés d'Etat ont été réalisés. Ceux-ci ont pu mettre en exergue que la stimulation sensorielle ne s'effectue pas de manière spontanée, mais réfléchie. Elle implique la prise en compte de facteurs variés et la concertation d'acteurs divers.

Mots clés : engagement ; ergothérapie ; Humanitude ; stimulation sensorielle

### Abstract :

Scientific researches about Alzheimer's disease are carrying on, but no preventive or curative treatment does actually exist in order to fight against this neurofibrillar degeneration. Medical staff is so brought to accompany people who are concerned until the end of their lives, and this, despite disorders brought about by the pathology.

In the occupational therapist's practice carried out among this population, the sensory and cognitive stimulation, enabling to request residuals abilities, is holding a central place. This process leads, on behalf of the professional, to a respectful and benevolent attitude. These two fundamental notions of taking care are applied to Humanitude.

To what extent would the occupational therapist, by the choice of the sensory channels of communication developed in the Humanitude's philosophy, foster the commitment of the person with Alzheimer's disease, in his/her daily activities ?

In order to respond to the problem, four semi-directive interviews with qualified occupational therapists have been carried out. The latter were able to highlight the fact that the sensory stimulation does not occur in a spontaneous way, but in a thoughtful one. It involves the consideration of various factors and the consultation of diverse actors.

Key words : commitment ; occupational therapy ; Humanitude ; sensory stimulation