



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

52 Rue Vitruve, 75020 Paris

Mémoire d'initiation à la recherche

EFFETS DE LA THERAPIE PAR LE JEU SUR LES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON

Présenté par :
Pauline Gobillot

Directrice de mémoire :
Noémie Savarieau

Session juin 2022

Note aux lecteurs

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné.

Remerciements

Dans le cadre de la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche, je tiens à remercier plusieurs personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Merci tout d'abord à Noémie, ma maitre de mémoire, pour son accompagnement, ses conseils et ses paroles de soutien et de motivation, tout au long de cette année.

Merci également à l'ensemble des ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mes entretiens.

Je remercie aussi l'équipe administrative de l'école pour leur disponibilité durant la formation.

Je tiens à remercier ma famille, pour le soutien et le courage qu'elle m'a transmis tout au long de mes études et plus particulièrement mes parents pour leur patience et le temps accordé aux relectures de ce mémoire.

Et enfin merci à mes amis pour les moments de joie vécu ensemble mais aussi pour leur présence dans les moments plus difficiles. Ils m'ont apporté de la force, sans compter toute leur bonne humeur lors de ces 3 années d'études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
PARTIE THEORIQUE	8
I.LA MALADIE DE PARKINSON CHEZ LA PERSONNE AGEE	8
<i>.I.1.La personne âgée</i>	8
a.Etiologie et épidémiologie	8
b.Le vieillissement et les troubles associés	8
<i>.I.2.La maladie de Parkinson</i>	10
a.Définition et épidémiologie	10
b.Les signes cliniques et les troubles associés.....	11
c.Impacts sur les activités de vie quotidienne.....	13
d.Prise en charge pluridisciplinaire en SSR	15
II.INTEGRATION DU JEU EN ERGOTHERAPIE.....	17
<i>.II.1.L'ergothérapie.....</i>	17
a.Définition	17
b.Rôle de l'ergothérapeute auprès du patient	17
c.Adaptation de l'activité.....	18
<i>.II.2.Le jeu, outil ludique et thérapeutique.....</i>	19
a.Définition et classification du jeu	19
b.Le modèle ludique	21
c.Intérêts du jeu dans la rééducation.....	23
d.Perception du jeu chez la personne âgée	24
QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESE	26
PARTIE EXPERIMENTALE.....	27
I.METHODOLOGIE DE RECHERCHE	27
<i>.I.1.Choix de l'outil d'enquête.....</i>	27
<i>.I.2.Choix de la population interrogée</i>	27
<i>.I.3.Prise de contact.....</i>	28
<i>.I.4.Passation des entretiens.....</i>	28
<i>.I.5.Méthode d'analyse.....</i>	29
II.RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS	29
<i>.II.1.L'ergothérapeute et sa pratique</i>	29
a.Présentation des ergothérapeutes	29
b.Objectifs de rééducation	31
c.Moyens de rééducation	32
<i>.II.2.Le jeu</i>	34
a.Points de vue des professionnels	34
b.Un moyen de rééducation	35

c.Choix et adaptation du jeu par le professionnel.....	36
d.Exemples de jeux, de situations.....	37
.II.3.L'engagement du patient	38
a.Implication et adhésion.....	38
b.Liberté de choix du jeu	39
c.Refus du patient	40
.II.4.Intérêt de la pratique	41
DISCUSSION.....	42
I.INTERPRETATION DES RESULTATS	42
.I.1.L'ergothérapeute et sa pratique.....	42
.I.2.Le jeu.....	43
.I.3.Engagement du patient	44
II.REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE.....	45
III.LIMITES DE L'ETUDE	46
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXE	I

Liste des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

AVQ : Activité de Vie Quotidienne

CNEG : Collège National des Enseignants en Gériatrie

ESAR : Exercices, Symboliques, Assemblages et Règles

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

RV : Réalité Virtuelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

Introduction

*« L'homme ne cesse pas de jouer quand il devient vieux,
il devient vieux quand il cesse de jouer. »*

George Bernard Shaw

A l'image d'une machine qui fournit un travail quotidien, notre corps se fatigue un peu plus tous les jours. Nous sommes tous touchés par le vieillissement de notre corps, des organes et de leurs fonctions. Selon l'OMS (2016), une personne devient âgée à partir de 60 ans. Ces personnes représentent aujourd'hui environ 15 millions de la population en France, pour 67,81 millions d'habitants (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Ces chiffres sont sans cesse en augmentation.

La plupart des 60-80 ans restent autonomes, malgré cela, nous sommes tous inégaux devant le vieillissement et ses conséquences. Pour certains, la diminution de leurs capacités impacte leur vie quotidienne et les rendent de plus en plus dépendants. Cela se retrouve principalement lorsque les complications du vieillissement font surface ou quand ils sont touchés par une maladie telle que la maladie de Parkinson. Environ 200 000 personnes en France en sont atteintes et 25 000 nouveaux cas se déclarent par an, 2 fois plus en 25 ans (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

C'est au cours d'un stage en SSR gériatrique que j'ai pris conscience de mon attachement pour ce public et de mon enthousiasme à mettre en place des séances de rééducation. Une des situations m'a particulièrement intéressée lorsque j'ai préparé un exercice pour un patient Parkinsonien qui avait chuté à domicile. Les objectifs des séances étaient de travailler sur son équilibre statique et sur sa peur de se pencher en avant pour les transferts assis-débout ainsi que pour ramasser des objets au sol afin qu'il appréhende moins son retour à domicile. Afin de travailler sur ses objectifs, j'ai réfléchi aux différentes façons de pouvoir adapter un jeu de dominos que j'avais trouvé pour ce patient. Le but était alors de jouer une partie mais en y ajoutant une difficulté qui pouvait évoluer au cours des séances. J'ai pu observer qu'il a montré beaucoup plus d'entrain sur cette activité que sur d'autres moins ludiques. Ce patient a réalisé l'exercice durant plusieurs parties et m'a fait part de son engouement pour les jeux qui lui rappelaient de bons souvenirs.

J'ai pu constater que le sentiment de plaisir qu'il a éprouvé durant la séance de thérapie par le jeu, lui a donné l'envie de recommencer.

Généralement cantonné à la pédiatrie, cette situation m'a amené à me demander si le jeu pouvait avoir un impact sur la motivation du patient lors de sa rééducation et si tous les patients seraient ou non dans l'acceptation d'une thérapie par le jeu. Je me suis alors intéressée aux impacts du jeu et en est arrivée à la problématique suivante :

Chez la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson hospitalisée en SSR, quels sont les effets de la thérapie par le jeu, en ergothérapie ?

Le cadre conceptuel de ce mémoire est constitué de 2 grandes parties. Dans une première partie, je mets en avant les caractéristiques du vieillissement et de la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson. La deuxième partie est consacrée à l'inclusion du jeu dans la rééducation en ergothérapie et les conséquences qui en découlent.

Ce mémoire se poursuit par la partie expérimentale incluant la méthodologie d'enquête et les résultats des données collectées auprès des professionnels. Il se termine par la discussion qui me permet de répondre à ma question de recherche et d'ouvrir sur d'autres perspectives.

Partie théorique

I. La maladie de Parkinson chez la personne âgée

.1.1. La personne âgée

a. Etiologie et épidémiologie

Au 1^{er} janvier 2022, la France compte 67,81 millions d'habitants. Selon l'INSEE (2022), 21% de la population constitue les personnes de 65 ans et plus. Ils étaient 20,1% en 2019 et 19,7% en 2018. Le vieillissement de la population est en constante augmentation depuis plusieurs années. En 2040, notre pays compterait plus d'un habitant sur quatre de plus de 65 ans. Des chiffres qui se poursuivraient mais plus modérément, pour atteindre 28,7% en 2070 (INSEE, 2020).

Différents facteurs sont à l'origine de cet accroissement. Tout d'abord l'augmentation de l'espérance de vie, qui est de 85,4 ans chez la femme et 79,3 ans chez l'homme en 2022 (INSEE, 2022). Mais aussi, l'avancée des populations du baby-boom ainsi que le développement socio-économique qui permet de meilleures conditions de vie, des progrès et innovations dans le secteur de la santé.

« Les personnes de 70 ans représentent la nouvelle tranche d'âge des 60 ans » (OMS, 2016, p.56). Ce vieillissement de la population accélère aussi le nombre de cas des maladies présentes chez les personnes âgées.

b. Le vieillissement et les troubles associés

Pour beaucoup, le vieillissement est une épreuve. C'est à ce moment que les signes de l'âge font surface chez la personne, défaillances psychologiques ou physiologiques, « une succession de crises qu'il va devoir résoudre et sera conduit à accepter une autre place » (Dalmas, 2015, p.71). Ces dégradations surviennent à partir de l'âge mûr, lorsque les facultés physiques et cognitives d'une personne ont atteint un niveau de développement maximal (CNEG, 2014).

Pour la personne âgée, ces modifications ne sont pas faciles à accepter, car c'est une période de remise en question de ses capacités et de sa place dans la société. C'est admettre de se construire une nouvelle identité avec des changements au niveau relationnel et physique et donc une réorganisation complète de sa vie. D'après Chantal Dalmas (2015), c'est aussi comme une période de retour en enfance, qui met en jeu certains éléments similaires à ces 2

moments de vie : « les problèmes liés à l'intimité physique, les mauvaises conditions d'acceptation des pertes, le nouveau mode de compétition relationnelle, le changement de rôle que l'on s'attribue dans la vie » (p.73).

Le vieillissement est lié à des facteurs endogènes, d'ordre biologiques et neurologiques et des facteurs exogènes, caractérisés par le vécu et l'environnement de la personne (Bertsch et al., 2005).

D'après un rapport publié par l'OMS (2016), les mécanismes biologiques sont associés à l'accumulation des nombreuses altérations moléculaires et cellulaires. Elles peuvent entraîner une diminution des ressources physiologiques, des risques d'apparition de diverses maladies ainsi que des capacités réduites de l'individu. En effet, le vieillissement affecte de nombreuses fonctions qui varient entre les individus.

Sur le plan cognitif, on peut observer une baisse de la vigilance et un délai plus important dans le traitement de l'information et dans la réaction (cognition-action) (Bertsch et al., 2005). Les capacités mnésiques se dégradent, l'organisation, l'intégration ou encore l'anticipation et la réalisation de tâches complexes nécessitant attention et concentration, sont plus difficiles (OMS, 2016).

Sur le plan moteur, l'exécution des mouvements ainsi que la posture et l'équilibre deviennent contraignantes. La marche est plus lente et on observe une apparition plus rapide de la fatigabilité (Bertsch et al., 2005). La détérioration du système musculo-squelettique est due à la diminution des masses musculaire et osseuse, de la densité osseuse ainsi que la dégradation du cartilage. Ces changements entraînent aussi des risques de fractures plus fréquents, des douleurs et dégénérescences articulaires et une force moindre (OMS, 2016).

L'avancée en âge se traduit également par une altération du système cardio-vasculaire.

Les fonctions sensorielles telles que la vision et l'ouïe peuvent être touchées. Il en est de même pour les fonctions immunitaires et de la peau qui diminuent et se fragilisent, augmentant les risques de dommages et d'affections (OMS, 2016).

Ces modifications liées au vieillissement ont des impacts plus ou moins lourds dans la vie quotidienne des personnes âgées et apportent des complications. Elles peuvent conduire à une perte de l'autonomie, à l'isolement social et au désengagement de leurs activités. Il faut savoir accepter et prendre en considération ces altérations, qui peuvent faire partie des signes cliniques de certaines maladies. Parmi les maladies qui affectent durement le quotidien et la qualité de vie, on retrouve la maladie de Parkinson.

.1.2. La maladie de Parkinson

a. Définition et épidémiologie

La maladie de Parkinson est la 2^{ème} maladie neurodégénérative la plus fréquente, après la maladie d'Alzheimer. Elle est aussi la 2^{ème} cause de handicap moteur chez la personne âgée après les accidents vasculaires cérébraux.

Dû au vieillissement de la population, le nombre de cas de personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson augmente. Elle touche environ 200 000 personnes en France et 25 000 nouveaux cas par an, 2 fois plus en 25 ans. Cette maladie affecte 55% d'hommes et 45% de femmes, pour presque la moitié diagnostiqués à l'âge de 58 ans en moyenne (Ministère des solidarités et de la santé, 2021). On estime qu'en 2030, le nombre de patients pourrait s'accroître de 56%, ce qui représente 1 personne sur 120, âgée de plus de 45 ans. On lui attribue 3500 décès chaque année en France, causé par l'évolution de la maladie qui entraînent des complications telles que les chutes et les « fausses routes », pouvant mettre la vie des personnes âgées en danger (Ha et al., 2018).

Des études sont en cours sur la prédisposition à développer cette maladie. Il semble que 2 facteurs en soit à l'origine (Bonnet & Hergueta, 2016) :

- Un facteur génétique qui représenterait 10 à 15% des cas (découverte d'une anomalie sur un gène).
- Des facteurs environnementaux, comme la présence de métaux lourds (cuivre et manganèse) et l'utilisation de produits chimiques dans les cultures (une prévalence de la maladie de Parkinson, 1,2 fois plus élevée dans les régions agricoles).

La maladie de Parkinson est une maladie chronique, d'évolution lente et progressive dont le début est insidieux. Le diagnostic repose sur les symptômes et l'examen clinique, complété par des examens biologiques sanguins et examens d'imageries cérébrales.

Impactant le système nerveux central, elle entraîne la disparition progressive de certains neurones qui constituent la substance noire (ou Locus Niger) du cerveau : les neurones producteurs de dopamine. Ces molécules, appelées « hormones du plaisir » jouent un rôle dans les comportements, la motivation, l'attention ainsi que la cognition (France Parkinson, 2016). Ce sont des neurotransmetteurs qui permettent d'envoyer des informations jusqu'au striatum, une zone indispensable au contrôle des mouvements du corps. La diminution de la

dopamine provoque alors l'arrivée d'une quantité insuffisante dans ce secteur, engendrant des défaillances motrices, cognitives et comportementales (Institut du cerveau, s.d.). D'autres neurotransmetteurs sont touchés, tels que la noradrénaline, l'acétylcholine ou encore la sérotonine, qui explique la diversité des fonctions atteintes dans la maladie (Bonnet & Hergueta, 2016).

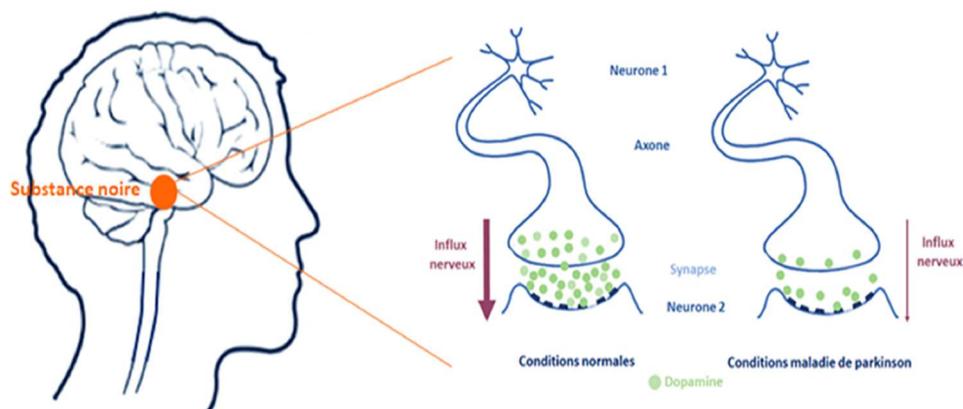


Fig 1 : *Mécanisme biologique de la maladie de Parkinson* (Institut du cerveau, s.d.)

Cette maladie évolutive entraîne l'apparition de symptômes moteurs et non moteurs qui sont plus ou moins présents d'une personne à l'autre (Saragoni & Guillaumin, 2017). Les premiers symptômes apparaissent lorsque 50 à 70% de la production de dopamine a chuté.

b. Les signes cliniques et les troubles associés

Trois principaux symptômes peuvent être observables dans la maladie de Parkinson : le tremblement au repos, l'akinésie (la lenteur des mouvements) et l'hypertonie plastique (la raideur musculaire).

Le tremblement est le symptôme le plus connu mais n'est pas toujours présent chez la personne âgée atteinte. Ces tremblements se manifestent au repos, lorsque les muscles sont relâchés et disparaissent lorsqu'un mouvement est réalisé. Ils sont lents, réguliers et de faibles amplitudes. Principalement aux membres supérieurs et unilatéraux, ils prédominent sur un côté durant toute la maladie. Les tremblements se retrouvent plus rarement au niveau du membre inférieur (la jambe et le pied) et du visage (le menton, les lèvres ou encore la langue).

L'akinésie touche les mouvements automatiques, volontaires, répétitifs et rapides, la coordination des gestes ainsi que les mimiques du visage. Les actions semblent plus lentes

au démarrage et à l'exécution mais aussi plus rares et certaines paraissent « bloquées », comme une absence de réaction. Les qualités d'amplitude, de vitesse, de spontanéité et d'harmonie font défaut. Ce symptôme altère aussi les mouvements plus précis, tels que l'écriture (micrographie), la marche avec la perte du ballant des bras, des pas trainants et plus petits.

L'hypertonie plastique se définit par une augmentation du tonus musculaire. Les muscles sont contractés en permanence entraînant une sensation de raideur, des douleurs musculaires ou tendineuses. Les mouvements en mobilisation passive s'accompagnent alors d'une résistance, avec parfois le relâchement saccadé du muscle, comme « une roue dentée ». L'hypertonie entraîne une évolution du schéma du corps en flexion, pouvant conduire à des déformations des membres et du tronc. Elle entrave la coordination musculaire et fait perdre aux gestes leur aisance naturelle.

Ces 3 symptômes varient en intensité en fonction de l'environnement dans lequel la personne évolue et de son état émotionnel, augmentant avec le stress, la fatigue, l'angoisse, durant les efforts de concentration ou les conversations (Saragoni & Guillaumin, 2017) (Bonnet & Hergueta, 2016).

D'autres signes non moteurs apparaissent avec la maladie (Azulay, Witjas & Eusebio, 2017) :

- les troubles cardio-vasculaire impliquant des hypotensions artérielles orthostatiques,
- les troubles gastro-intestinaux tels que la constipation, l'hypersalivation, les troubles de la déglutition,
- les troubles vésico-sphinctériens qui comprennent les troubles urinaires et l'incontinence,
- les troubles sexuels avec une perte de la libido, des troubles de l'éjaculation, des sensations réduites,
- les troubles respiratoires tels que les dyspnées,
- les troubles sensoriels et sensitifs tels que les troubles de la parole, la perte de l'odorat ou encore la diminution du goût, les douleurs, les anomalies de la thermorégulation,
- les troubles cognitifs incluant la mémoire, la concentration, l'organisation, la mémorisation, l'imagination,
- les troubles de l'humeur comportant la dépression, l'anxiété et pouvant être associés à une apathie,

- les troubles du comportement pouvant être des conduites addictives, des délires de persécution,
- les troubles du sommeil avec agitation verbale et/ou motrice, des insomnies...

Ces signes non moteurs peuvent parfois arriver avant les signes moteurs mais compliquent les stades avancés, de façon plus contraignante pour certaines personnes.

La maladie de Parkinson se décompose en plusieurs stades (Bonnet & Hergueta, 2016):

- 1) La perception des premiers symptômes est une première phase difficile à accepter pour les individus atteints. Des examens complémentaires sont réalisés pour poser définitivement le diagnostic.
- 2) Appelé « lune de miel », ce deuxième stade est, pour la personne, une période durant laquelle le traitement médicamenteux a de bons effets sur le corps. C'est une phase d'équilibre, la maladie n'a que très peu d'impact sur la vie quotidienne.
- 3) Au troisième stade, l'efficacité du traitement est irrégulière, entraînant l'apparition des complications motrices. Ces fluctuations symptomatiques peuvent être connu sous le nom de « effet ON/OFF ».
- 4) Une fois les symptômes développés, la personne âgée doit faire face au handicap qui envahit son quotidien et rend de plus en plus difficile ses activités de vie.

Cette maladie va alors entraîner des conséquences importantes sur la qualité de vie de la personne et ses liens sociaux (Inserm, 2022).

c. Impacts sur les activités de vie quotidienne

Les répercussions sur la vie quotidienne sont causées par l'ensemble des symptômes et touchent la plupart des activités réalisées par la personne âgée : faire les courses, prendre les transports ou conduire, jouer, converser ou encore se laver, s'habiller, prendre son repas, se lever, marcher... Toutes actions, même acquises depuis l'enfance, deviennent complexes, nécessitant une attention soutenue et coûteuses en énergie pour la personne âgée. Elles requièrent à la fois les capacités motrices mais aussi les capacités cognitives, afin de décomposer chaque étape de l'activité qui n'est plus un automatisme. Ces habiletés sont essentielles mais la plupart, touchées par la maladie, rendent les activités moins réalisables (Saragoni & Guillaumin, 2017).

Les déplacements et les franchissements d'obstacles deviennent difficiles ainsi que les changements de direction. Appelé *freezing*, la personne piétine, de façon imprévisible et immobilise le patient dans son élan. Au démarrage de la marche, ses pieds sont comme collés au sol, tenant une posture penchée vers l'avant, les articulations en flexion. Les équilibres dynamique et statique sont alors instables et augmentent les risques de chutes qui sont très fréquentes dans la maladie. La lenteur de ses mouvements l'empêche de déclencher ses réflexes parachute à temps pour se rattraper ou se protéger la tête.

Les transferts deviennent également difficiles, se lever de son lit, sortir de sa voiture... se transforment en épreuves.

Lors de la toilette et de l'habillage, les mouvements demandent à la fois coordination, précision, équilibre et mobilité articulaire. Toutes ses capacités sont plus ou moins affectées, engendrant par exemple des difficultés pour mettre des boutons, faire des lacets, enfiler des chaussettes, se raser, se laver le dos...

Les repas demandent plus de concentration afin d'éviter tout risque de « fausse-route ». C'est la première cause de décès dans un stade avancé de la maladie.

Au niveau de la communication, des problèmes d'articulation avec des mots machés, un volume de parole bas et un rythme ralenti peuvent être présents, rendant la voix monotone et la compréhension parfois délicate. L'expression du visage et l'écriture qui sont d'autres moyens de communication sont également altérés. Toutes ces difficultés peuvent conduire la personne à restreindre ses échanges et à s'isoler socialement. Ce détachement peut aussi être dû à des périodes d'états émotionnels plus ou moins négatifs qui entraînent un manque de motivation de la personne qui se désengage de ses activités (Laumonier & Bonnet, 2003).

Les actions nécessitant plusieurs fonctions et à double tâches sont encore plus difficiles, par exemple marcher et parler ou encore s'habiller et retenir une information.

La maladie de Parkinson est prise en charge par un grand nombre de professionnels, présents dans plusieurs structures. Afin de surmonter ces impacts du quotidien, le travail se fait en collaboration entre tous les professionnels, le patient et son entourage. Pour cela, les services de soins de suite et de réadaptation, à la fois en hospitalisation complète ou de jour, permettent aux patients d'avoir un suivi complet dans une même structure.

d. Prise en charge pluridisciplinaire en SSR

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont des structures qui accueillent des personnes après un séjour hospitalier. Il en existe 1 700 en France, 950 000 patients sont pris en charge chaque année.

Les SSR ont trois missions :

- La rééducation, pour permettre la restitution totale ou optimale d'un organe lésé.
- La réadaptation, pour permettre au patient de s'adapter à son environnement, si son potentiel physique, cognitif et/ou psychologique restent dégradés.
- La réinsertion, pour l'aider à retrouver une autonomie dans sa vie familiale et professionnelle.

Un grand nombre de SSR sont spécialisés (systèmes nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, affections de l'appareil locomoteur...) et requiert des compétences et équipements spécifiques. 32% des SSR reçoivent des patients avec des affections polyopathologiques notamment liés à la vieillesse, la moyenne d'âge, dans ces SSR, est de 83 ans (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

La prise en charge d'une personne atteinte de la maladie de Parkinson requiert une collaboration pluriprofessionnelle. Les différents acteurs travaillent ensemble pour offrir un soutien à tous les stades de la maladie (HAS, 2016). Chaque intervenant de santé évalue le patient et met en place des objectifs, en rapport à sa spécialité et à ses connaissances dans l'intention de l'accompagner et de cibler un maximum de fonctions :

- Le médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) élabore le programme de réadaptation et de rééducation. Il coordonne les équipes qui vont intervenir auprès du patient.
- Le neurologue explique les caractéristiques de la maladie et instaure le premier traitement. Il est en lien avec le médecin généraliste de la personne âgée et le gériatre et collabore avec tous les autres professionnels afin d'identifier les besoins.
- Le gériatre constate les états physique, mental, affectif et social de la personne âgée malade et propose des mesures adaptées pour maintenir un bien-être et une qualité de vie.
- L'infirmier s'occupe de la surveillance clinique du patient et des soins infirmiers, incluant la prise des traitements, l'observance d'éventuelles survenues de

complications... Il apporte un soutien psychologique au patient ainsi qu'à son entourage.

- L'aide-soignant accompagne le patient dans une grande partie de ses activités de vie quotidienne telles que les soins personnels, l'habillage, la prise des repas, les déplacements... en fonction de ses besoins et de ses capacités.
- Le masseur kinésithérapeute agit sur les troubles moteurs et a pour but de rééduquer et renforcer par des exercices adaptés.
- L'orthophoniste prend en charge les troubles de la parole, de l'articulation, de la déglutition, les troubles d'écriture ainsi que les dysfonctionnements cognitifs.
- L'ergothérapeute aide au maintien de l'autonomie et à l'amélioration des activités de la vie quotidienne.
- Le psychomotricien rééduque le patient pour améliorer son approche corporelle, son équilibre et ses transferts.
- Le neuropsychologue évalue les dégradations des fonctions cognitives et permet de prévenir l'évolution.
- Le psychologue clinicien suit les troubles de l'humeur et du comportement, il prend en charge le patient et ses proches dans le cadre de psychothérapies individuelle ou en groupe.
- Le diététicien détecte les problèmes nutritionnels et aide à retrouver un équilibre alimentaire.
- L'assistant social aide à la constitution de dossiers pour des aides financières ou une recherche de lieu de vie adapté au patient.

Tous ces professionnels peuvent intervenir auprès des malades parkinsoniens mais la composition de l'équipe varie en fonction de la structure et des besoins du patient. Ils l'accompagnent tout au long de l'évolution de la maladie et contribuent ensemble à sa prise en charge. Il leur est indispensable de communiquer entre eux afin de transmettre les informations nécessaires au suivi du patient. « Afin de favoriser la collaboration et le travail en équipe, il est utile que chaque professionnel connaisse ses propres compétences, ses limites et celles des autres professionnels. » (HAS, 2016, p.44).

Dans ces institutions, chacun utilise les moyens à sa disposition mais aussi en fonction de sa « conviction ». Plus particulièrement, en ergothérapie, le champ des modes d'intervention est large et laisse la possibilité au professionnel de choisir ce qu'il aime. Une des spécificités de l'ergothérapeute est l'utilisation d'activités ludiques ou créatives (Trouvé, 2009).

II. Intégration du jeu en ergothérapie

.II.1. *L'ergothérapie*

a. Définition

L'ergothérapie est une profession de santé qui se développe dans les secteurs sanitaire, médico-social et social. Ce mot a une étymologie grecque, « ergon » qui signifie activité et « thérapia » qui signifie soin.

L'ergothérapeute est donc un « spécialiste du rapport entre l'activité et la santé » (ANFE, 2021). Il prend en charge des patients de tout âge, porteur de handicaps moteur et psychomoteur ou ayant des problèmes de santé limitant ses activités au quotidien. Il a pour objectif de faciliter, de maintenir et de permettre l'accomplissement de ses activités humaines de manière sécurisée, autonome, efficace et indépendante (Villaumé, 2018). Pour cela, le professionnel évalue les capacités et les déficiences du patient et trouve différentes stratégies pour répondre à ses besoins au travers de ses occupations. La prévention, la rééducation, la réadaptation et la réinsertion sont les domaines d'interventions de l'ergothérapeute. Il a les compétences pour proposer des solutions aux défis du quotidien. Il élabore des activités adaptées pour récupérer des capacités fonctionnelles et psychiques, adapte l'environnement et stimule le réinvestissement du patient dans ses activités et rôles sociaux antérieurs (ANFE, 2021).

b. Rôle de l'ergothérapeute auprès du patient

En ergothérapie, le but auprès des personnes âgées est de préserver au maximum leur indépendance et leur autonomie aux niveaux cognitif, moteur et social. Le thérapeute intervient afin d'optimiser leur aptitude à réaliser des activités nécessaires à la vie quotidienne, ainsi que de prévenir des complications liées aux pathologies du grand âge.

Pour la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson, ces difficultés dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne peuvent être présentes et nécessitent les connaissances de l'ergothérapeute. Il peut préconiser, conseiller et accompagner dans l'aménagement du logement et la mise en place des aides techniques adaptées. Il travaille aussi avec le patient sur l'organisation de son quotidien afin de répartir au mieux ses activités en incluant des temps de repos qui vont avoir un impact sur l'intensité de ses symptômes.

Toutes ces nouveautés ont pour objectif de garantir sa sécurité et son autonomie à l'intérieur de son domicile, comme à l'extérieur (Saragoni & Guillaumin, 2017). L'ergothérapeute peut aussi améliorer la mobilité, l'équilibre ainsi que le contrôle des gestes et la préhension. Il encourage le patient Parkinsonien au lien social pour éviter l'isolement qui entrainerait l'apparition ou l'aggravation de certains troubles. Le thérapeute propose alors diverses activités, individuelle ou en groupe, adaptées au patient. Il l'aide à développer des stratégies de compensation de ses habiletés perdues mais aussi préservées, pour les activités de la vie quotidienne (habillage, toilette, repas, gestion financière, loisirs...) afin qu'il se sente confiant et en sécurité dans son environnement (Villaumé, 2018).

L'ergothérapeute intègre au maximum le patient dans la recherche de ses problématiques et des différentes solutions possibles afin de lui proposer des activités significatives.

c. Adaptation de l'activité

Afin d'appliquer une thérapie par l'activité, il est intéressant de faire une analyse pour déterminer si l'activité est ou sera thérapeutique. Une activité est thérapeutique lorsqu'elle fait sens au projet de soin du patient (Alexandre & Lefèvre, 2012). « Cette analyse cherche à mettre en évidence les interactions entre la personne, l'activité et l'environnement et les relations entre l'activité et la santé ainsi que le potentiel thérapeutique de l'activité » (Morel-Bracq, 2006). Elle a pour intérêt de pouvoir trouver un juste milieu entre les exercices, jeux, activités et les objectifs à atteindre afin de proposer aux patients des réponses à leurs besoins. L'analyse d'activité va permettre de connaître toutes les fonctions qui sont nécessaires à l'activité, d'adapter au mieux le jeu et/ou l'environnement autour du jeu pour le patient, en fonction de ses capacités et de rééduquer les fonctions atteintes.

En ergothérapie, plusieurs modèles de grille d'analyse ont été développés pour classer les jeux dans différentes catégories et utiliser les plus pertinents pour chaque patient (Alexandre & Lefèvre, 2012).

En proposant des activités, l'ergothérapeute peut être assimilé à un animateur mais ce qui les différencie est le but, l'objectif qui est gardé en tête tout au long de l'utilisation du jeu et qui construit le projet de prise en charge dans la rééducation. Il doit savoir adapter le jeu aux compétences de la personne, à la fois pour ne pas l'emmener vers des situations d'échecs à répétition, ni vers de l'infantilisation (Casanovas, Crespin & Romedenne, 2003). Pour faciliter l'analyse, il faut que l'ergothérapeute teste les jeux qu'il souhaite proposer afin de

les appropriier à chaque patient, à leur problématique et à leur capacité d'évolution. Des activités qui peuvent à la fois provenir du commerce mais aussi être créées par les professionnels, en incluant de nouvelles compétences.

Il peut être bénéfique que le thérapeute intègre la personne dans l'analyse afin qu'elle mette en avant ses fonctions à travailler à travers l'activité et les stratégies qu'elle pourrait mettre en place (Alexandre & Lefèvre, 2012). Selon Bigex (2017) cela permettrait « d'obtenir une meilleure satisfaction lors de la réalisation de ses activités de vie quotidienne. ». Le patient est ainsi intégré au plus proche de sa rééducation et le thérapeute aux besoins du patient.

Pour que l'activité soit efficace lors de la thérapie et intégrée plus aisément, il est préférable qu'elle ait du sens pour le patient, qu'elle ait un lien avec son quotidien et qu'elle lui procure du plaisir et de la satisfaction. Ces activités sont dites significatives (Bigex, 2017). Des actions qui vont l'inciter à agir spontanément et le pousser dans les limites de ses capacités d'adaptation. Selon Anaïs Villaumé (2018), le jeu fait partie de ces activités qui permettent d'actionner un grand nombre d'aptitudes chez les personnes âgées. A la fois amusant, stimulant et valorisant, le jeu engage le patient dans sa capacité d'agir et celui-ci se rend alors acteur de sa rééducation.

.II.2. Le jeu, outil ludique et thérapeutique

a. Définition et classification du jeu

Le jeu est le plus souvent associé à l'enfant, pourtant pour beaucoup d'entre nous, adultes, il reste une activité qui fait partie de notre quotidien. « Le jeu est une activité universelle de nos sociétés humaines. Il est tout autant reconnu comme indispensable aux enfants, pour se construire, s'ouvrir au monde et se socialiser, que nécessaire aux adultes pour partager un moment et se divertir » (Luthereau, 2020, p.4). Huizinga avait déjà en 1938 mis en avant l'importance du jeu dans le développement de la civilisation (Caillois, 1958).

Chacun détient sa version du jeu et la diversité du mot en devient si grande qu'il peut être difficile d'en donner une définition complète. Notre but ici n'est pas de définir le jeu en tant qu'objet mais d'en connaître son rôle.

Parmi de nombreux écrits, Roger Caillois (1958) reprend la définition du jeu de Huizinga (1938) et le caractérise comme une activité :

- Libre, pour laquelle le participant choisi de son plein gré, d'y prendre part ou non, sans quoi il perdrait sa source de joie et d'amusement et cesserait d'être un jeu,
- Séparée, détenant des limites définies de temps et d'espace, « soigneusement isolée du reste de l'existence »,
- Incertaine, imprévisible jusqu'à l'aboutissement de la partie, remplie de nouveautés grâce à l'attitude des joueurs à chaque situation,
- Improductive, qui n'aboutit à rien de nouveau, ne produit rien,
- Régulée, soumise à des consignes propres à chaque jeu,
- Fictive, instaurant un cadre inventé qui est spécifique d'une réalité seconde.

Des explications qui, de nos jours restent intactes. Selon le Larousse (s.d.), le jeu est défini comme une activité de loisir, divertissante et amusante, destinée à passer un agréable moment, sans aucune fin utilitaire. Il est soumis à des règles conventionnelles, comportant gagnant(s) et perdant(s). D'ordre physique ou mental, le jeu fait intervenir de nombreuses compétences de façon variable.

Il existe une multitude de jeux, divisée dans plusieurs domaines. Roger Caillois (1958) élabore sa classification, comportant 4 domaines de jeux.

- « Agôn », les jeux de compétition basés sur une qualité du joueur (endurance, vigueur, mémoire...), sur la rivalité, les stratégies et la volonté de vaincre. Ils impliquent discipline et persévérance.
- « Alea », les jeux de hasard, qui sont l'opposé de l'agôn, le joueur ne fait qu'attendre sans avoir recours à ses compétences.
- « Mimicry », les jeux de mimétisme, dans lesquels les participants incarnent des rôles spécifiques. Ils engagent l'imagination et l'interprétation.
- « Ilinx », les jeux de vertige consistant à se confronter à ses peurs et à la dangerosité afin de rechercher des sensations intenses.

Il existe une catégorisation, plus récente, appelée classification E.S.A.R. (Garon, Fillion & Chiasson, 2002). Elle comprend les jeux d'Exercice, c'est-à-dire les jeux sensoriels et moteurs, Symboliques, les jeux d'imagination, d'Assemblage, les jeux de construction et à Règles. Ces 4 divisions font parties de la facette A qui correspond aux différents types de jeux. Les facettes B à F permettent de classer les jeux en fonction des habiletés nécessaires : habiletés cognitives, fonctionnelles, sociales, langagières et affectives.

Le jeu étant une activité multigénérationnelle, certaines caractéristiques de ce dernier permettent de créer une accroche pour chaque personne, où l'âge et la pathologie n'ont pas d'importance. A cela s'ajoute le développement de l'attitude ludique, sans elle, le caractère du jeu perdrait son sens.

b. Le modèle ludique

Francine Ferland (1998) développe le modèle ludique, qui met en avant l'importance de l'attitude ludique, propre à l'enfance. Ce modèle vise à développer l'autonomie et le bien-être des enfants, en passant par le plaisir de l'action et la capacité d'agir. « Le jeu est alors défini comme une modalité thérapeutique de choix permettant d'améliorer des fonctions précises chez l'enfant ; c'est ainsi que, par le jeu, l'ergothérapeute s'emploie à développer les fonctions sensorielles, motrices ou cognitives de l'enfant. » (Ferland, 1998).

Auprès des adultes, cette thérapie se développe au fil des années. Une étude a permis d'identifier les composantes qui mènent au principe de l'attitude ludique chez l'adulte : la créativité, la curiosité, le sens de l'humour, le plaisir et la spontanéité. Cette démarche a été développée pour créer un modèle conceptuel qui fait apparaître en plus des composantes, les sources d'influence et les conséquences dans la vie courante de la personne ayant une attitude ludique (Guitard, Ferland & Dutil, 2006).

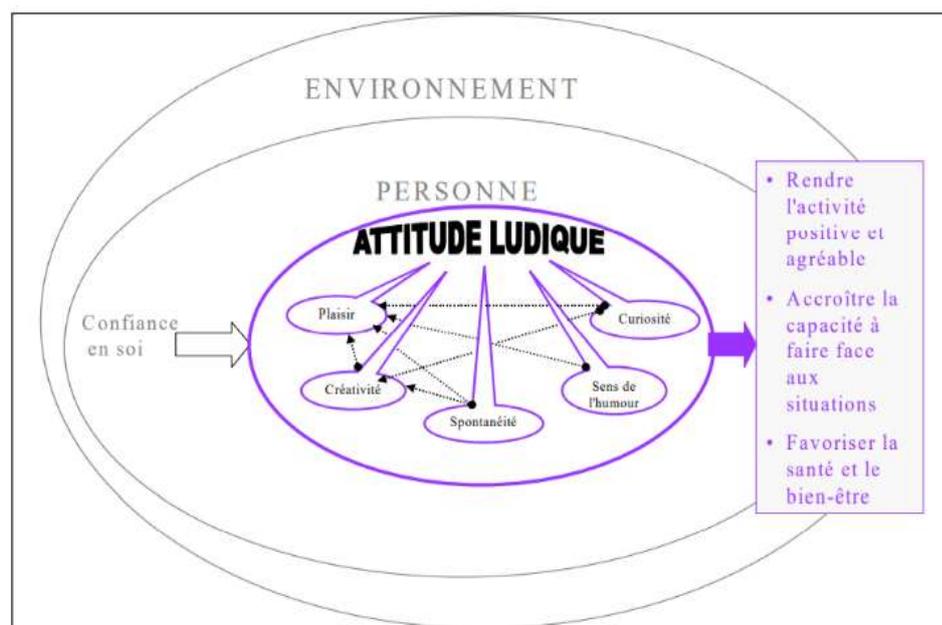


Fig 2 : Modèle conceptuel de l'attitude ludique à l'âge adulte (Guitard, Ferland & Dutil, 2006, p.18)

L'attitude ludique découle de nombreuses sources d'influence, à la fois de la personne et son environnement.

Un élément de la personne semble primordial : la confiance en soi. « En effet, chaque composante exige directement ou indirectement un certain niveau de confiance en soi pour se manifester, se développer, s'épanouir et atteindre sa pleine intensité. » (Guitard, Ferland & Dutil, 2006, p.12). C'est donc pour cela que cet élément peut être important pour l'attitude ludique à l'âge adulte.

La deuxième source d'influence, l'environnement, comprend les éléments externes tels que les interactions, la culture, les contraintes... Ils sont « susceptibles de favoriser ou d'inhiber la présence des composantes de l'attitude ludique et, par conséquent, d'en influencer la présence et la manifestation à l'âge adulte. » (Guitard, Ferland & Dutil, 2006, p.14).

Ces deux sources d'influence sont liées car plus un patient va se sentir à l'aise dans un environnement et plus il sera confiant.

Guitard, Ferland et Dutil (2006) mettent aussi en avant les conséquences de l'attitude ludique à l'âge adulte : « rendre l'activité positive et agréable, accroître la capacité à faire face aux diverses situations de vie et favoriser la santé et le bien-être des individus. » (p.15). Elle permettrait de faire face aux difficultés physiques, cognitives ou affectives, de façon attrayante et peut être plus significative pour l'individu. L'ergothérapie met justement en avant les activités qui ont ou qui vont donner du sens à la vie des patients. Ainsi l'humour, la curiosité, le plaisir, la spontanéité et la créativité aident à s'évader des situations complexes de la vie et à les transformer en expériences enrichissantes.

« L'attitude ludique pourrait jouer un rôle important pour aider le client à atteindre son plein potentiel, en l'amenant à trouver des solutions originales aux difficultés rencontrées, en l'aidant à dédramatiser l'impact des limites engendrées par les incapacités et en lui fournissant des outils pour mieux affronter sa nouvelle réalité. » (Guitard, Ferland & Dutil, 2006, p.23). L'attitude ludique chez l'adulte et chez la personne âgée peut permettre de relativiser certaines situations du quotidien et d'avoir une autre approche des complications qui sont présentes dans la vie des patients. Ce modèle conceptuel en ergothérapie pourrait être un moyen, face aux difficultés, de mieux les surmonter.

c. Intérêts du jeu dans la rééducation

Le plus souvent utilisé à des fins récréatives, le jeu peut être proposé dans tout autre domaine. A la fois amusant et attrayant, il permet aussi d'expérimenter, d'échouer et de réessayer. Différents types de jeux ont été utilisés ou se sont développés afin de prendre place dans la rééducation et de servir d'outil thérapeutique (Luthereau, 2021). Le jeu, mêlant alors plaisir et apprentissage, est en ergothérapie comme un médiateur thérapeutique permettant d'orienter la rééducation en fonction des aptitudes, des goûts, des intérêts et des habitudes de vie de la personne (Casanovas, Crespin & Romedenne, 2003). Le but, motiver le patient à se dépasser et à aller jusqu'au bout de ses séances (Luthereau, 2021).

Les jeux nécessitent plusieurs facteurs qui jouent un rôle dans la limitation des risques liés au vieillissement ; les fonctions motrices, telles que l'équilibre, la dextérité, la préhension, la coordination, les fonctions cognitives incluant l'attention, la concentration, la mémoire, la réflexion, les possibilités sensorielles qui comprennent la perception visuelle, les touchers, les besoins affectifs et sociaux tels que le sentiment d'appartenance, la relation, la communication, l'identification à un groupe.

Le jeu permet de mettre en avant toutes ces habiletés et d'avoir un impact sur leur évolution. Il introduit également la créativité, la curiosité, la maîtrise, la découverte et l'expression qui vont influencer les mondes intérieur et extérieur de chacun (Casanovas, Crespin & Romedenne, 2003).

Pour la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson, le jeu peut devenir essentiel pour entretenir la santé et le lien social. Gueyraud & al. (2017) expriment à travers les résultats d'une étude ayant pour but d'évaluer l'efficacité du cadre ludique, que le jeu pourrait être une intervention thérapeutique agissant sur les problématiques difficiles des patients. Il serait alors bénéfique pour faire évoluer leur bien-être et leur qualité de vie de façon positive. C'est aussi un moyen de regagner la confiance en soi que les patients perdent au cours de la maladie. Le développement de l'estime de soi facilite la socialisation et l'énergie qu'ils vont donner tout au long de leur rééducation.

La thérapie par le jeu montre aussi son avantage à travers la motivation par laquelle le patient se procure son énergie. On retrouve la motivation intrinsèque, liée aux activités qui procurent du plaisir et de la satisfaction suite aux stimulations, à la connaissance et à l'accomplissement d'une tâche. Cette motivation représente alors un degré élevé

d'autodétermination et joue un rôle important dans l'avancée et dans la réussite des objectifs. Cela est aussi bénéfique pour l'ergothérapeute, qui sent le patient investi dans sa rééducation. La motivation par le jeu pourrait alors être aussi un facteur favorisant la relation entre le patient et le thérapeute. Il est dit également qu'elle permet de meilleures performances. Pour ce qui est de la motivation extrinsèque, elle entre en jeu lorsque l'activité entraîne une récompense ou une sanction. C'est l'environnement externe qui va être à l'origine des comportements (Louche, Bartolotti & Papet, 2006).

Chaque personne se construit avec ses propres motivations et se caractérise par ce qu'elle aime, ce qu'elle n'aime pas et ce qui l'anime ou non. Cela explique le fait que certains sont plus ou moins réceptifs à cette thérapie. Il faut alors comprendre le sens que la personne âgée veut donner à sa rééducation, en prenant en compte ses ressentis et ses demandes.

d. Perception du jeu chez la personne âgée

La personne âgée peut éprouver ou non de l'intérêt pour les jeux. Pour de nombreux individus, jouer a du sens et devient alors une activité significative qui prend de l'importance dans leur vie quotidienne.

Une étude a exploré auprès d'environ 90 personnes âgées qui jouent régulièrement aux dominos, au tennis ou encore aux quilles, les significations et les intérêts de leur participation. Tous ont été interrogés et 5 thèmes principaux en sont ressortis.

Tout d'abord, ils mettent en avant l'utilité du jeu en lien avec leur condition physique et mentale, en expliquant différentes fonctions particulières qu'ils font travailler. Certains parlent de concurrence, de compétition, qu'ils considèrent comme un élément nécessaire à leur dévouement au jeu et qui les incite à persévérer pour s'améliorer face aux autres joueurs. La continuité ainsi que la structure temporelle entrent aussi en considération. Jouer les tiens occupés, les stimule à organiser leurs journées et les emmène à un sentiment d'accomplissement. Les personnes interrogées qui ont appris à jouer dès leur plus jeune âge et qui ont continué à jouer à l'âge adulte, déclarent avoir toujours l'envie de jouer et ce jusqu'à leur dernier instant. L'appartenance à un groupe est le dernier critère. Ils expriment l'importance de leurs partenaires de jeu, qui les incitent à être présents. Les personnes âgées se sentent motivées par leur activité à laquelle ils donnent du sens et précisent également que cela leur permet d'oublier pendant un temps leurs problèmes liés à la vie quotidienne (Hopkes, Wilcox & Graham, 2001). Selon Casanovas, Crespín & Romedenne (2003), c'est

à travers l'activité ludique et les compétences requises, que les personnes âgées stimulent leurs fonctions, tout en prenant du plaisir à participer aux jeux qui les animent.

En revanche, pour certaines personnes le jeu peut ne pas avoir de signification et ne serait donc pas pertinent pour la rééducation. Ils peuvent aussi, face à la proposition d'activité ludique, se sentir infantilisés, caractérisant le jeu comme une activité futile et puérile ou considérant le jeu comme un simple plaisir, ne pouvant pas être leur solution dans une thérapie (Gueyraud & al., 2017).

Les personnes âgées montrent la considération qu'ils peuvent avoir pour le jeu et ce que ça peut leur apporter. Tout ce qu'ils travaillent à travers le jeu, pourrait permettre de le présenter comme étant un outil thérapeutique efficace, avec lequel l'individu s'engage et devient acteur de sa thérapie.

Question de recherche et hypothèse

Cette approche présente de nombreux avantages mais reste une pratique pour laquelle il faut adhérer. Mon objectif en tant que future professionnelle ergothérapeute est de participer à l'engagement et à la motivation des personnes âgées dans leur rééducation, afin qu'ils y trouvent un sens.

La question de recherche de ce mémoire est :

Chez la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson hospitalisée en SSR, quels sont les effets de la thérapie par le jeu, en ergothérapie ?

Mon hypothèse suggère que **la thérapie par le jeu fait travailler un grand nombre de fonctions, en ajoutant un caractère ludique qui influence la participation des personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson.**

A travers mes recherches, je souhaite analyser l'impact du jeu et de savoir s'il représente un réel intérêt dans la rééducation des personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson.

Partie expérimentale

I. Méthodologie de recherche

.1.1. Choix de l'outil d'enquête

J'ai choisi d'utiliser l'entretien semi directif, une méthode qualitative basée sur la personne, ses idées et la qualité de ses réponses (Tetreault & Guillez, 2014). L'entretien semi-directif permet d'englober dans mes questions toutes les parties de mon cadre conceptuel en vue de tester mon hypothèse.

Le focus groupe aurait pu aussi être un outil judicieux pour la richesse des discussions et des débats qui peuvent découler du thème commun. Mais la mise en place d'une intervention au sein d'un établissement avec un ensemble de patients et d'ergothérapeutes était trop complexe compte tenu des disponibilités de chacun et de la crise sanitaire.

Pour l'entretien semi-directif, j'ai réalisé en amont un guide d'entretien (cf. annexe 4) qui réfère les grands thèmes abordés : l'ergothérapeute et sa pratique, le jeu et l'engagement du patient, ainsi que les questions à poser. Il m'a aidé à orienter ma démarche.

En m'appuyant sur Tetreault et Guillez (2014), le but de cet outil est aussi de parvenir à se détacher de son guide d'entretien, afin d'approfondir certains points qui donneront le maximum de renseignements et l'ouverture sur de nouvelles réflexions. Il est facilement personnalisable en fonction des dires de l'ergothérapeute. Il apporte également une plus grande liberté de réponses pour la personne interrogée, en développant sur son point de vue et son rapport au jeu dans sa pratique. L'inconvénient est que le nombre d'entretiens est restreint, les données quantitatives ne sont alors pas pertinentes. Mais l'outil permet tout de même d'avoir beaucoup d'informations de par la liberté d'ouverture de l'échange. Il aide à structurer ma pensée, en ayant un fil conducteur, tout en me laissant une certaine liberté.

.1.2. Choix de la population interrogée

A l'origine, j'avais le souhait d'interroger des patients atteints de la maladie de Parkinson, suivant des séances de rééducation au sein d'un SSR. Ce choix de population m'aurait permis d'échanger avec des patients au cœur de la rééducation, qui auraient pu me transmettre leur avis sur cette pratique. Mais avec la loi Jardé, la mise en place de séances pour réunir plusieurs patients me paraissait difficile. De plus, il n'y aurait pas eu forcément de patients

parkinsoniens pris en charge dans les SSR que je contacte, sur la période destinée aux entretiens. Ces patients peuvent être aussi atteints de troubles cognitifs, ce qui laisserait un doute sur la fiabilité des résultats. En ne ciblant que la population sans trouble psychique, l'échantillon aurait été plus restreint.

J'ai alors choisi d'interroger des ergothérapeutes ayant déjà pris en charge des personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson, suivis dans le cadre d'une rééducation, au sein des structures de Soins de Suite et de Réadaptation (en hospitalisation complète et/ou de jour). Je ne me suis pas arrêtée aux professionnels utilisant régulièrement la thérapie par le jeu car en interrogeant tous les ergothérapeutes, cela m'a permis de connaître les idées de chacun, concernant cette thérapie. J'ai pu alors répertorier les points de vue des professionnels mais aussi le ressenti des patients par l'intermédiaire des ergothérapeutes. Je me suis particulièrement concentrée sur la prise en charge des patients Parkinsoniens à un stade avancé de la maladie (les stades 3 et 4).

.I.3. Prise de contact

Pour parvenir à la passation des entretiens, j'ai recherché les coordonnées de différents ergothérapeutes via mes anciens stages, ma maîtresse de mémoire ainsi qu'internet. Je les ai contactés par mail (cf. annexe 1) ou par téléphone, en leur expliquant ma requête et mes démarches. J'ai aussi joint différentes associations telles que France Parkinson, ainsi que certains établissements Korian qui sont en partenariat avec cette dernière, afin d'obtenir de nouveaux contacts et faire d'autres demandes d'entretiens. De plus, j'ai utilisé les réseaux sociaux et créé une affiche (cf. annexe 2) pour expliquer ma recherche.

J'ai eu plusieurs réponses positives, ce qui m'a permis de réaliser 6 entretiens, dont 2 grâce à mes contacts, 3 par recherches internet et 1 par les réseaux sociaux. Malheureusement, malgré mes relances, plusieurs établissements et associations n'ont pas donné suite. Je me suis alors rendu compte que la prise de contact par téléphone a été la plus efficace pour obtenir des rendez-vous.

.I.4. Passation des entretiens

Afin de passer les entretiens, le jour et l'heure ont été convenus avec la personne interviewée en fonction des disponibilités de chacun. 5 se sont déroulés par téléphone et 1 en visioconférence. Ils ont été enregistrés avec l'accord de la personne interrogée. Pour cela, un

formulaire de consentement (cf. annexe 3) a été envoyé, au préalable, aux professionnels concernés. Il intègre aussi leur droit à l'anonymat et leur droit de retrait pendant toute la durée de l'enquête.

Avant l'entrevue, il a été important de rappeler à la personne les éléments essentiels du guide d'entretien et les accords qu'elle a accepté auparavant dans le formulaire.

Les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes. Les questions ont été posées dans le désordre, reformulées sur le moment et de nouvelles ont été ajoutées, selon la tournure qu'a pris l'entretien. Cela a permis de parler ouvertement et de la façon la plus naturelle, à la fois pour la personne qui questionne mais aussi pour la personne interrogée (Tetreault & Guillez, 2014).

.I.5. Méthode d'analyse

A la suite de chaque passation, les entretiens ont été retranscrits (cf. annexe 5) et triés, pour regrouper question par question, les dires « purs » des ergothérapeutes. Cela m'a permis de mettre en évidence les éléments similaires et les différences entre les professionnels interrogés. J'ai fait ressortir toutes les données qui me paraissaient pertinentes, en appropriant une couleur pour chaque même idée. Il a donc été possible de faire des comparaisons et des liens entre elles, un premier fondement de l'analyse avant la rédaction. « Cette démarche doit être rigoureuse et permettre de reconstituer le sens que les personnes donnent au phénomène étudié. » (Tetreault & Guillez, 2014).

Cette méthode permet d'ordonner les réponses afin de traiter tous les propos, sans les mélanger et sans perdre le sens que les ergothérapeutes veulent donner.

II. Résultats et analyse des entretiens

.II.1. L'ergothérapeute et sa pratique

a. Présentation des ergothérapeutes

L'ergothérapeute n°1 (E1), diplômée en 2013 a travaillé en rééducation fonctionnelle adulte à l'APHP après l'obtention de son diplôme, puis a continué avec la spécificité de l'amputation. Elle a ensuite travaillé en Ephad, puis est arrivée en SSR gériatrique au sein de la fondation.

L'ergothérapeute n°2 (E2) est diplômée depuis 2018. Elle travaille 80% du temps sur le SSR et 20% sur le secteur UHR, les unités d'hébergements renforcés, dans les Alpes de Haute Provence. Elle a aussi ouvert un PASA sur une autre maison de retraite puis a transmis le flambeau.

L'ergothérapeute n°3 (E3) a été diplômée en 2011. Elle a travaillé 3 ans et demi en réadaptation, dans un centre de ressources. Elle a effectué différents remplacements en Nouvelle Calédonie : en foyer de vie pour adultes, en SSR, en gériatrie, et en libéral. Puis, de retour en métropole, 2 ans en SSR gériatrique.

L'ergothérapeute n°4 (E4) a fait ses études en Belgique, diplômée en 2015. Après une année de spécialisation en gériatrie et psychogériatrie hospitalière, elle a travaillé pendant 3 ans dans une clinique privée géronto-psychiatrique, dans le service de SSR ainsi que dans l'unité cognitivo-comportementale et en hôpital de jour (HDJ) psychiatrique de la personne âgée. Depuis maintenant 4 ans, elle travaille au sein d'une clinique privée, SSR gériatrique polyvalent, avec également un HDJ.

L'ergothérapeute n°5 (E5) diplômée depuis 2011, a commencé sur une création de poste dans un SSR à taille humaine. Il a fallu mettre en place le service d'ergothérapie, monter le service de rééducation et revoir toutes les installations en matériels et aides techniques de l'établissement. Puis cet établissement a fusionné avec un établissement du même groupe beaucoup plus grand, avec de l'hospitalisation complète et un HDJ. Déménagement dans nouveaux locaux et remise en place d'un nouveau fonctionnement avec une nouvelle équipe plus grande.

L'ergothérapeute n°6 (E6) a été diplômé en 2017. Il a commencé par travailler dans un SSR à Dijon et est actuellement depuis presque 5ans, dans un centre de rééducation fonctionnelle à Cosne sur Loire.

En SSR, les 6 ergothérapeutes prennent en charge des personnes âgées polypathologiques, incluant de la traumatologie, de l'orthopédie ainsi que de la neurologie. Ils accompagnent des patients ayant des prothèses de hanche, de genoux, ou tous types de fractures, des AVC, des patients atteints de scléroses en plaque, de maladie d'Alzheimer, de Parkinson. Pour la plupart, ils ne sont pas hospitalisés pour leur pathologies mais pour les troubles associés tels que les chutes.

Les ergothérapeutes 1, 2 et 6 accueillent 1 patient Parkinsonien par mois. Ils restent en moyenne entre 2 à 4 mois, en fonction de leur besoins, « *c'est un fonctionnement où tant que les personnes progressent, on les garde !* » (E2).

Les ergothérapeutes 3, 4 et 5 accueillent environ 3 ou 4 patients Parkinsoniens par mois qui restent entre 1 à 3 mois.

b. Objectifs de rééducation

Pour tous les ergothérapeutes interrogés, les objectifs de rééducation et de réadaptation pour les patients Parkinsoniens sont diversifiés (classé par ordre des objectifs les plus cités) :

	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5	Ergo 6
Favoriser l'autonomie dans les AVQ (toilette, habillage, alimentation...)	X	X	X	X	X	X
Améliorer l'équilibre et la posture pour diminuer les risques de chutes	X	X	X	X		X
Améliorer les préhensions fines et globales	X	X		X		X
Exercer l'écriture, pour préserver le nom, le prénom, la signature et lutter contre la micrographie	X	X	X	X		
Stimuler les fonctions cognitives, incluant l'attention, la concentration, la mémoire		X		X		X
Eduquer le patient, incluant prévention des chutes, les positionnements, la sécurisation du domicile, l'économie des gestes au quotidien et la gestion de sa maladie (transferts des acquis)		X		X	X	
Adapter les AVQ				X	X	
Exercer le graphisme, le dessin	X			X		
Lutter contre les enraidissements, pour améliorer la fluidité des gestes et l'amplitude des mouvements		X				X
Travailler la confiance en soi et la remise à l'effort			X	X		

Aménagement de l'environnement				X	X	
Maintenir l'autonomie et les acquis		X		X		
Améliorer les transferts et les déplacements					X	
Solliciter les actions en double tâche				X		
Diminuer les tremblements						X
Améliorer la respiration	X					

Les principaux objectifs qui font surface sont des objectifs que l'on retrouve souvent pour caractériser la profession mais qui sont tout de même adaptés aux patients Parkinsoniens. Les chutes, la micrographie, ou encore les enraidissements et les tremblements, sont des notions abordées par certains professionnels et qui qualifient plus spécifiquement cette maladie.

L'ergothérapeute 2 précise qu'il est important de mettre en place des objectifs qui vont avoir du sens pour les patients et un impact sur leur quotidien, tout en prenant en compte le stade de la maladie et « *les fluctuations des phases ON/OFF* » (E4). Il est nécessaire de simplifier leur vie de tous jours et de continuer de faire des choses qu'ils aiment et dont ils ont besoin (E3). Pour cela, il faut prendre le patient dans sa globalité et identifier ses difficultés, la maladie de Parkinson variant entre chaque patient, les objectifs sont alors différents.

L'ergothérapeute 4 donne presque 2 fois plus d'objectifs que les autres professionnels. Elle a réalisé au cours de ses études une spécificité en gériatrie et psychogériatrie hospitalière, ce qui peut lui permettre d'avoir plus de notions théoriques.

c. Moyens de rééducation

Les ergothérapeutes 1, 3 et 4 n'ont pas directement parlé du jeu dans leur différents moyens de rééducation. Il a été nécessaire de les relancer sur cette méthode afin d'avoir une réponse incluant le jeu.

L'ergothérapeute 1 utilise le jeu à travers des jeux de société mais en général, elle commence toujours par de l'analytique pour ensuite, en fin de séance introduire quelque chose de plus ludique.

L'ergothérapeute 3 m'a d'abord parlé de différentes méthodes de rééducation qu'elle avait déjà utilisées, telles que le travail en miroir pour les amplitudes, la cuisine thérapeutique, ainsi que la rééducation en musique : « *travailler en musique, avec un rythme continu, pour les patients Parkinsoniens, ça peut aider à se mettre en mouvement et à maintenir une certaine cadence* ». Elle m'a ensuite confié qu'elle n'utilisait pas spécifiquement la thérapie par le jeu, préférant les activités écologiques et étant limité par le temps.

Et l'ergothérapeute 4 réalise plus régulièrement des mises en situation de la vie quotidienne avec les patients, pour évaluer les situations à risques.

Les ergothérapeutes 2, 5 et 6 ont inclu spontanément le jeu dans leurs moyens de rééducation, l'utilisant régulièrement dans leurs séances, « *des fois en tant que tel et des fois non* » (E5). 2 des ergothérapeutes sur 3 sont les plus jeunes diplômés que j'ai pu interviewer. Et la 3^{ème} ergothérapeute, diplômée depuis 11 ans, utilise le jeu depuis la début de sa carrière et m'a confié avoir toujours aimé jouer et créer.

Les professionnels 2 et 6 ajoutent aussi la réalisation de mises en situation, comme l'ergothérapeute 4.

L'ergothérapeute 2 pratique aussi de la gym douce, des activités créatives, du bricolage, du jardinage, précisant que chaque activité dépend de l'intérêt du patient et de l'impact institutionnel. Pour elle, « *le jeu est quand même le point où tout le monde se réunit* » et « *en tant que thérapeute, c'est hyper important de diversifier, comme ça vous avez une attention qui est tout le temps bonne et du coup les patients adhèrent beaucoup plus à votre prise en charge.* »

Les moyens de rééducation utilisés vont dépendre principalement de la structure et du matériel à disposition (E2-3). Cela met en avant l'idée que les ergothérapeutes utilisent des outils diversifiés dans leur pratique et peuvent s'adapter. L'ergothérapeute va aussi généralement en premier lieu proposer des moyens avec lesquels il est le plus à l'aise, comme la musique ou les activités créatives. Plus le professionnel est en accord avec ce qu'il propose et plus le patient pourra adhérer facilement. Les expériences antérieures peuvent alors influencer le professionnel sur sa pratique et son point de vue.

(L'ergothérapeute 3 n'incluant pas le jeu dans sa pratique, j'ai continué l'entretien en adaptant mes questions de façon à savoir comment elle s'en servirait si elle l'utilisait.)

.II.2. Le jeu

a. Points de vue des professionnels

Premier retour du jeu par les ergothérapeutes :

« *Peut-être que je n'en fait pas assez, tout simplement* » (E1).

« *Moi je trouve ça très bien !* » (E2).

« *Je pense que c'est souvent très positif quand le patient adhère* » (E3).

« *De manière général c'est plutôt bien, moi j'aime bien !* » (E4).

« *Moi personnellement j'adore ça ! et je trouve que c'est une merveilleuse façon de faire progresser les patients* » (E5).

« *Moi je trouve que le jeu est un excellent outil pour rééduquer* » (E6).

Tous les ergothérapeutes rapportent une vision positive du jeu, exprimant l'idée que « *ça allège* » (E1), « *ça permet de sortir un petit peu du cadre* » (E3), de travailler des objectifs de manière ludique et de créer une bonne ambiance. Selon eux, contrairement à « *un simple exercice de rééducation* » (E5), le jeu permet de stimuler un grand nombre de fonctions et de les travailler en même temps, parfois même, « *sans en avoir l'impression* » (E2-3). Ils parlent tous à la fois, du physique, du cognitif, du sensoriel, des interactions sociales « *le jeu permet la rencontre, et ça, plus dans le jeu que ailleurs* » (E1).

L'ergothérapeute 1 explique que notre profession nous conduit à utiliser des supports qui se rapprochent au maximum du quotidien et le jeu en fait partie. « *En fait, c'est quasiment une mise en situation* » (E6). Cela permet aux patients qui adhèrent à cette pratique de pouvoir refaire les mêmes jeux chez eux, avec leur famille, leurs petits-enfants... (E4)

Les thérapeutes 2 et 4 introduisent le fait que les patients peuvent se sentir infantilisés ou simplement peuvent ne pas apprécier cette thérapie « *selon le stade du patient, l'atteinte, sa perception et ses habitudes de vie.* » (E4). Il est plus difficile de faire adhérer certains patients, incluant aussi ceux sur la défensive (E1).

Pour le patient, il peut être moins décourageant de passer par le jeu, qui lui permet de ne pas se focaliser seulement sur ses problématiques et de se sentir moins observé et moins évalué (E3).

L'ergothérapeute 5 trouve intéressant de stimuler les patients dans diverses dimensions, qu'ils ont souvent tendance à délaissier. Tous nos apprentissages, lors de notre enfance, ont

été acquis par le jeu. Ce n'est pas forcément une forme de régression, c'est simplement revenir à des supports que l'on utilisait avant et qui ont permis toute notre évolution quand on était petit. Elle ajoute refaire avec les patients la même chose, mais à un âge plus avancé, parce que le corps a perdu des fonctionnalités. Elle essaye de les faire récupérer, en utilisant des supports qui sont identiques à ceux qu'ils auraient pu utiliser quand ils étaient enfants. *« Cela permet d'aller restimuler des fonctions primaires qui ont été perdues entre temps à cause d'une problématique de santé. »*

Elle semble sensible à l'image du jeu que la personne âgée peut se faire. Elle apporte une vision bienveillante de ce qui rattache l'enfance et la personne âgée au travers du jeu et n'emmène pas directement au terme d'infantilisation. Une façon pour elle de pouvoir transmettre son engouement pour le jeu.

Chaque réponse apporte un point de vue authentique à la manière de penser des professionnels. Ils soulèvent tous des idées similaires mais exprimées différemment. Cela permet ainsi de créer du lien entre toutes ces idées et de donner une vision commune positive. Quel que soit leur âge, leurs années d'expérience, leur lieu d'exercice ou même leur utilisation du jeu régulière ou non dans leur pratique, le jeu reste pour tous *« une approche dynamique » (E1)*, qui leur semble bénéfique.

b. Un moyen de rééducation

Les thérapeutes mettent en avant le jeu comme un moyen de rééducation pouvant faire travailler toutes les fonctions (moteur, cognitif, sensoriel, interactions sociales).

Les ergothérapeutes 4 et 5 développent plus précisément sur les différents objectifs à travers le jeu : travail de double tâche, de coordination (incluant la coordination œil-main et bi-manuelle), de préhension, de dextérité fine, de posture du corps et également amélioration de la vitesse d'exécution et de la fatigabilité à l'effort. Ils travaillent aussi sur l'orientation des membres supérieurs, précisant que les patients Parkinsoniens ont tendance à perdre en amplitude, en mobilité et en élasticité (E5). Le jeu permet de s'exercer à la réflexion, à la logique, la mémorisation, la concentration et aux stratégies de planification.

c. Choix et adaptation du jeu par le professionnel

Pour introduire le jeu, tous les ergothérapeutes prennent en compte l'intérêt du patient et ses habitudes de vie, son histoire, son état, incluant le stade d'évolution, les symptômes et ses capacités. Il est important de l'adapter en fonction de ses besoins et des objectifs mis en place et de le faire évoluer. Cela permet de mettre la personne en confiance (E4).

« *Les jeux sont adaptables à l'infini* » (E1), le champ des possibles est très grand. Il est possible d'adapter l'environnement (E2), de changer les règles d'un jeu, en le rendant plus simple ou plus complexe, ainsi que de modifier les supports : « *tu grossis les prises, tu mets de l'antidérapant, tu varies les couleurs, tu limites le temps, tu mets les consignes à côté en gros s'ils ont des troubles de la mémoire...* » (E2). Certains professionnels utilisent parfois le support sans la règle, le mélange à un autre jeu ou encore créent leur propre jeu (E5-6). Les ergothérapeutes 2 et 6 précisent que, c'est le propre de l'ergothérapeute d'adapter le jeu en faisant appel à son imagination. Il faut varier les supports, travailler les fonctions de multiples façons différentes. Cela joue aussi sur le fait que le patient ni le soignant ne se lassent (E5).

Au premier abord, le jeu n'a alors pas de limite. Mais il en ressort tout de même l'attention qu'il faut porter en début de prise en charge, lors de la proposition d'un jeu, qui peut être vite perçu comme infantilisant par le patient (E1-4-5-6) et peut le mettre mal à l'aise (E5). Certains ergothérapeutes ne proposent alors pas le jeu en première intention, ils commencent par apprendre à connaître le patient au travers d'autres moyens et alternent les séances.

Pour amener cette thérapie, il est indispensable de leur expliquer « *le côté ludique et le côté rééducation* » (E4) : leur présenter le jeu avec les objectifs recherchés, comment l'utiliser et pourquoi, qu'est-ce que l'on sollicite, qu'est-ce que l'on cherche à récupérer (E1-2-3-4-5-6) et leur montrer que le jeu n'est pas utilisé comme avec les enfants (E5).

Il faut que la personne se sente en confiance et qu'elle comprenne que ce qui lui est proposé. La façon dont le jeu va être amené est primordiale pour instaurer une relation thérapeutique de confiance et conduire à ce que cette pratique soit perçue comme fiable et efficace. « *C'est à nous d'amener le jeu en montrant qu'il peut avoir un effet bénéfique sur le patient* » (E4).

d. Exemples de jeux, de situations

Les jeux du commerce sont les premiers à être cités, avec leurs motifs d'utilisation : le puissance 4, le solitaire et autres jeux de cartes, le mikado, la bataille navale, le master mind, pour travailler les prises, la stratégie, la planification, la flexibilité mentale... les échecs, le scrabble, le memory pour les prises, l'attention, la concentration, la mémoire... les puzzles, l'architecte et tout autre jeu permettant de faire de la construction dans différentes dimensions et de travailler le cognitif, la dextérité... le pictionary, le petit bac pour l'écriture, la tenue du stylo, l'imagination... Les ergothérapeutes 1, 2, 4 et 5 incluent les jeux de ballons. La mise en place de jeux inventés et créés par l'ergothérapeute en fait aussi partie, pour cibler différentes compétences à solliciter (E2-5).

Les ergothérapeutes 4, 5 et 6 proposent des jeux vidéo tels que la Wii balance (E4) et la réalité virtuelle (RV) (E5-6) avec le programme SilverFit, permettant l'activité physique et la stimulation cognitive. Pour les patients, ces jeux contribuent à avoir un rétrocontrôle visuel et à prendre conscience de certains dangers et difficultés. Il existe aussi des mises en situation écologiques qui font travailler des activités de vie quotidienne et préparent aux situations réelles. L'ergothérapeute 6 dispose aussi dans sa structure de l'Armeo et d'un simulateur de conduite. L'ergothérapeute 4 est la seule à avoir parlé spontanément de ces nouvelles technologies.

Là encore, les jeux utilisés dépendent du matériel que les professionnels ont à disposition dans leur structure. Ces dernières sont plus ou moins équipées et certaines ne font que rarement de nouveaux achats de jeux (E5).

L'ergothérapeute 6 est celui qui a cité le plus grand nombre de jeux. Cela peut se justifier par le fait que sa structure est en partenariat avec une société de jeux qui leur prête du matériel afin de les tester pour leur faire un retour. Je suppose que l'ergothérapeute 5 utilisant le jeu depuis 11 ans de métier et appréciant cette pratique, est plus habituée à diversifier ses jeux, tout en comprenant l'intérêt que chacun peut avoir.

Tous les ergothérapeutes varient leurs séances entre de l'individuel et du groupe, en fonction du patient et des objectifs, sauf l'ergothérapeute 4 qui reste plus régulièrement en séance individuelle.

Ils précisent qu'il est intéressant de recevoir quelques fois le patient en individuel pour voir ses capacités et difficultés, le stimuler, travailler et corriger certains points. Avoir toute

l'attention sur son patient, permet d'adapter au mieux le jeu pour ensuite l'inclure en séance de groupe.

En HDJ, les séances en groupe avec différents types de pathologies sont plus régulières et peuvent être réalisées avec d'autres professionnels, comme par exemple l'orthophoniste (E4) ou encore le psychologue (E6) pour observer différentes attitudes.

.II.3. L'engagement du patient

a. Implication et adhésion

Le jeu exerce une influence sur le comportement du patient et son humeur, il peut réveiller d'anciens traits de personnalité et en dévoiler de nouveaux. Le patient adhère beaucoup plus à cette rééducation lorsqu'il se rend compte de la possibilité de travailler et de jouer en même temps et comprend l'intérêt et l'impact qu'il peut y avoir sur son quotidien. L'implication va dépendre aussi du caractère du patient et de la présentation du jeu (E2). Un patient qui n'adhère pas, « ça serait contre-productif » (E3).

Les ergothérapeutes mettent en avant ce que le jeu peut apporter, à la fois dans la rééducation mais aussi pour le bien-être des patients (classé par ordre des bénéfiques les plus cités) :

	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4	Ergo 5	Ergo 6
Améliore la relation thérapeutique	X	X	X	X		X
Crée de la convivialité, des interactions, du lien, une proximité => socialisation	X	X		X	X	X
Déclenche du challenge, de la compétitivité, de l'émulation	X		X		X	X
Libère la parole, les souvenirs, les confidences	X				X	X
Pousse à l'investissement dans les séances, redonne de la motivation				X	X	X
Sort du contexte de la rééducation, « casse » le côté routinier de la rééducation			X	X		X
Redonne confiance et estime de soi				X	X	
Pousse à l'investissement pour des activités extérieures				X		
Favorise la détente				X		

Provoque la satisfaction d'aller au bout d'une activité					X	
Amène de la gaité, du plaisir	X					
Suscite de la curiosité						X
Favorise la socialisation avec la famille, les proches				X		

Tous ces éléments mettent en avant les avantages du jeu dans une thérapie et donnent l'envie aux patients de revenir aux séances d'ergothérapie (E2). Cet esprit de « *il n'y a pas d'âge pour jouer* », les incite à s'exprimer, se dépasser et leur montre qu'ils sont encore capables d'agir, qu'ils ont encore des capacités motrices et cognitives, même si la maladie les diminue (E5). Les patients font tomber les barrières qu'ils peuvent avoir par rapport aux blouses blanches. C'est aussi ça l'avantage du jeu, instaurer un cadre un peu plus ludique et flexible.

L'ergothérapeute qui a réalisé une spécialité en gériatrie et psychogériatrie hospitalière, a répondu avec un grand nombre de mots clés. Elle a mis en avant des points que les autres ergothérapeutes n'ont pas cités.

b. Liberté de choix du jeu

Les ergothérapeutes 1, 2, 4 et 6 laissent un choix restreint au patient, en sélectionnant quelques jeux en adéquation avec les objectifs de travail. C'est ensuite à lui de choisir le jeu qu'il souhaite parmi ceux proposés, « *c'est eux qui sont acteurs* » (E2). Les professionnels cherchent à proposer des jeux qui vont plaire au patient, afin de permettre une meilleure adhésion de sa part.

Pour les patients ayant besoin de se changer les idées ou dont l'état est aléatoire en raison de la maladie, et pour ne pas les mettre en échec, il peut être parfois bénéfique de leur laisser le choix, sans proposition et de jouer simplement « *là on est clairement dans l'occupationnel, mais est-ce que c'est grave !...* » (E1).

Quant à l'ergothérapeute 5, elle laisse seulement le choix en fin de rééducation ou accepte si le patient demande spontanément un jeu et que celui-ci est adapté à ses problématiques.

c. Refus du patient

Différents contextes de refus et/ou de difficultés à adhérer à cette pratique peuvent être présents.

Les ergothérapeutes expriment en priorité le ressenti des patients qui se sentent infantilisés, par la proposition de jeu à visuel trop enfantin, pouvant leur faire vivre quelque chose de négatif. Le jeu peut être vu aussi simplement comme une activité pour les enfants.

L'incompréhension de cette thérapie ou encore la méconnaissance du jeu et de l'ergothérapie sont les secondes idées qui reviennent le plus (E2-4-5-6). Les patients peuvent avoir l'impression de perdre leur temps, pensent devoir réaliser quelque chose de « *très bête, de trop facile* » (E5) et ne comprennent pas l'intérêt du jeu. Ces problèmes peuvent se produire principalement lorsqu'il n'y a pas assez d'explications de la part des professionnels. Cela arrive aussi lorsque les patients sont anosognosiques (E6), s'ils ont des troubles du comportement et de l'agressivité (E5) ou des troubles cognitifs, et qu'ils ne comprennent parfois même pas pourquoi ils sont là.

Le 3^{ème} contexte qui est intéressant est l'idée que certains patients se braquent face au jeu qui les confronte à leurs capacités diminuées, à leur propre problème personnel (E1-5). Il peut être encore plus difficile, face à un groupe, d'admettre leurs problématiques ou de se tromper devant les autres patients. Le regard des autres peut être gênant (E4).

Il faut savoir réagir face à ces différents contextes de refus. Si les explications données par les ergothérapeutes ne suffisent pas à l'adhésion, ils emploient différentes méthodes :

Les ergothérapeutes 1, 5 et 6 n'insistent pas et proposent un autre moyen de rééducation pour ne pas mettre le patient en échec. L'ergothérapeute 5 cherche tout de même à comprendre pourquoi le patient est dans l'opposition et change le support en cas de refus total.

L'ergothérapeute 2, quant à elle, le propose différemment. Elle utilise le support d'un jeu mais n'y inclut aucun aspect ludique. Elle essaie au fur et à mesure des séances d'inclure de nouvelles règles plus ludiques et de faire entrer le patient dans le jeu sans qu'il s'en rende vraiment compte.

Et l'ergothérapeute 3 proposerait, quelque chose de plus écologique ou plus analytique tout en gardant en tête l'idée de reposer le jeu plus tard.

Il est plus bénéfique de mettre en place un support qui va être stimulant pour le patient et auquel il pourra adhérer. Les patients ont le droit de choisir si le jeu doit faire partie de leur rééducation, ou non.

.II.4. Intérêt de la pratique

« C'est une approche assez singulière, que nous avons le privilège d'avoir » (E1).

Certaines idées concernant les intérêts du jeu pour le patient, se retrouvent aussi pour les professionnels : la diversité des jeux qui permet de ne jamais s'ennuyer, d'utiliser un même support pour travailler un panel d'objectifs, l'aspect du travail sans en avoir l'air, la bonne ambiance des séances, les relations... *« chercher de l'analytique dans quelque chose qui à la base ne l'est pas du tout » (E4).* Les prises en charge ne sont jamais identiques d'un patient à l'autre et le jeu permet de rendre la rééducation plus agréable, de sortir un peu du cadre de l'hôpital. *« Ce côté très terre à terre de la maladie, on peut s'en échapper avec le jeu » (E3).*

L'ergothérapeute 6 réprecise qu'il est important pour lui de pouvoir réaliser et développer cette thérapie en pluriprofessionnel. Le jeu ayant de multiples facettes, beaucoup de choses sont à observer et découvrir par différents thérapeutes.

Les ergothérapeutes 1 et 5 parlent du jeu comme *« un médiateur »* entre le soigné et le soignant pour entrer en communication et amener quelque chose de nouveau. *« Le médiateur, c'est quand même un peu notre spécificité » (E1).*

L'ergothérapeute 5 finit sur l'idée que le jeu permet de garder un peu son âme d'enfant, mais aussi de garder le moral.

« On devrait jouer toute sa vie »

Discussion

I. Interprétation des résultats

Ces entretiens ont permis de montrer les similitudes et les différences que les ergothérapeutes peuvent avoir sur leur réflexion autour du jeu. Il en ressort aussi un lien avec plusieurs notions de la partie théorique de ce mémoire. Les propos de chaque professionnel permettront de valider ou non l'hypothèse de l'intérêt du jeu dans mon enquête.

.1.1. L'ergothérapeute et sa pratique

Comme nous avons pu le voir, les personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson sont affectées par des symptômes et des troubles qui varient d'un individu à l'autre (Bertsch et al., 2005) (OMS, 2016) (Saragoni & Guillaumin, 2017) (Bonnet & Hergueta, 2016) (Azulay, Witjas & Eusebio, 2017). Dans les entretiens, les professionnels ont fait apparaître certaines de ces idées par le biais de leurs objectifs de rééducation, déterminés par les difficultés et les besoins des patients. Le but étant de limiter au maximum les impacts de la maladie sur leurs activités de vie quotidienne, comme le constatent Saragoni et Guillaumin (2017) et Laumonier et Bonnet (2003), qui mettent en avant les difficultés dans le quotidien des patients Parkinsoniens.

Pour cela, les ergothérapeutes utilisent des moyens de rééducation diversifiés. Comme le confirme Anaïs Villaumé (2018), l'ergothérapie est une profession « possédant un champ d'actions très large ».

Pour déterminer les objectifs et les moyens de rééducation, les ergothérapeutes 2 et 3, précisent l'importance de prendre en compte l'intérêt du patient afin qu'il trouve un sens à sa thérapie, théorie soutenue par Bigex (2017). Les activités significatives permettent ainsi une meilleure adhésion à la rééducation et une facilité à visualiser et réaliser un transfert dans les activités de vie quotidienne.

Pour Chantal Dalmas, le vieillissement est un retour à l'enfance. Elle met en avant les périodes difficiles de l'acceptation de soi et du monde extérieur que l'on trouve aussi bien pendant l'enfance qu'au cours du vieillissement. L'ergothérapeute 5 montre aussi qu'il existe un lien entre ces 2 périodes, mais qu'il permet justement de restimuler des compétences d'apprentissage de l'enfance. Et tout cela, par l'intermédiaire du jeu.

.I.2. Le jeu

Le jeu peut être considéré comme une activité signifiante, cela dépend de la définition et de la représentation que chacun s'en fait au cours des expériences de sa vie.

Comme pour Luthereau (2020), l'ergothérapeute 1 inclut le jeu comme un support qui fait partie de notre quotidien, de nos sociétés. Avec l'ergothérapeute 6, ils se rejoignent sur le fait que le jeu se développe de plus en plus et qu'il prend place dans le monde de la rééducation.

Les ergothérapeutes, comme les auteurs des écrits sur ce thème, ont fait part de leur perception du jeu, pensé alors positivement mais proposé différemment, chacun donnant sa vision en ses propres termes. Cela met en avant des ressemblances mais aussi des divergences, qui peuvent être dûes au vécu des personnes. Si on reprend, par exemple, une partie de la définition de Roger Caillois (1958), le jeu est pour lui, « improductif » et « réglé ». A contrario, pour les ergothérapeutes, c'est un moyen par lequel ils sollicitent un grand nombre de fonctions. A travers le jeu, ils peuvent s'adapter sans limite pour pouvoir atteindre les objectifs de rééducation fixés.

Pour soutenir leurs propos, on retrouve Villaumé (2018) qui met en avant les capacités de travail au travers du jeu et celles d'adaptation de l'ergothérapeute pour moduler chaque prise en charge.

Les ergothérapeutes m'ont d'ailleurs fait part d'un certain nombre de jeux qu'ils utilisent, en me précisant leurs intérêts, leurs objectifs et les stimulations respectives qui en découlent. La variété des jeux est large et Roger Caillois (1958) et Garon (2002) ont cherché à les classer, selon leurs critères.

Une des classifications se nomme E.S.A.R. (Garon, Fillion & Chiasson, 2002). Elle fait partie d'un modèle de grille d'analyse qui permet de réaliser une analyse de l'activité expliquée par Alexandre et Lefèvre (2012). Aucune méthode n'a été proposée par les ergothérapeutes interrogés mais il en ressort tout de même une idée commune : explorer les différents types de jeux pour connaître l'étendue de leur diversité et savoir ce qui va être le plus adapté à chaque patient. C'est ce qui permet aux ergothérapeutes de faire comprendre aux patients les intérêts de cette thérapie, de l'inclure dans la rééducation et d'instaurer une relation thérapeutique de confiance.

Les ergothérapeutes 1 et 5 définissent le jeu comme un médiateur, ce qu'affirme Casanovas, Crespin et Romedenne (2003), un médiateur choisi en prenant en compte tout ce qui entoure le patient (E1-2-3-4-5-6).

Le jeu pourrait d'ailleurs être utilisé plus régulièrement dans le cadre d'un projet pluriprofessionnel (E6), étant donné que tous les professionnels de santé en SSR jouent un rôle dans l'évaluation et l'accompagnement du patient (HAS, 2016). Ce rôle est aussi partagé avec le patient qui est acteur de sa rééducation (Alexandre & Lefèvre, 2012).

.1.3. Engagement du patient

Le patient a la liberté d'accepter ou de refuser la thérapie par le jeu et les ergothérapeutes interrogés ne cherchent pas à le contraindre. Ils ont chacun leur méthode en cas de refus d'un patient. Comme l'affirme Caillois (1958), le jeu est libre, sans quoi, il ne procurerait plus de plaisir. En reliant les idées de chacun, nous pouvons alors penser que sans libre choix et donc sans gaité, la rééducation serait contre-productive. Cela permet de revenir sur l'importance qu'il y ait du sens pour la personne, entraînant une meilleure implication de sa part.

Le jeu perd tout son sens, à la fois s'il n'est pas libre mais aussi sans le caractère ludique du patient. C'est ce que l'on retrouve dans le modèle ludique de Guitard, Ferland et Dutil (2006). Certaines de ses caractéristiques ont été rapportées par les ergothérapeutes, telles que la confiance en soi, le plaisir ou encore la curiosité et montrent l'importance de l'interaction entre le jeu et l'attitude ludique. Le jeu peut amener le patient à avoir une attitude ludique et l'attitude ludique peut amener le patient à jouer, le jeu ayant donc une influence sur le patient et inversement. Ainsi, sont mis en avant les bénéfices et les intérêts du jeu sur les patients et leur rééducation. Tous ces avantages sont également soulignés par Casanovas, Crespin et Romedenne (2003) et dans l'étude de Hoppes, Wilcox & Graham (2001). Certains mots clé du modèle ludique de Guitard, Ferland et Dutil (2006) comme la spontanéité ou l'humour, n'ont pas été cités par les ergothérapeutes mais sont étroitement liés à leur réponse.

L'attitude ludique permet de prendre du recul sur certaines situations complexes. C'est d'ailleurs un avantage de la thérapie par le jeu, sur lequel les ergothérapeutes 2, 3, 4 et 6 s'accordent. Il permet aux patients de ne pas penser uniquement à ses incapacités et aux exercices demandés mais de vivre une rééducation plus flexible, plus ludique, qui sort du cadre ordinaire. Les professionnels l'ont tous exprimé à leur façon et cela rejoint ce que Hoppes, Wilcox et Graham (2001) ont voulu montrer à travers leur étude : un jeu qui a du

sens pour la personne, qui lui procure du plaisir, et qui lui permettra pendant un temps de penser à autre chose qu'à la maladie.

Gueyraud & al. (2017) mettent ainsi en avant l'efficacité du cadre ludique qui regroupe tout ce qui a été dit précédemment.

Ils montrent aussi un des aspects qui entraîne le patient à ne pas adhérer à cette thérapie : l'infantilisation. C'est ce qui a été évoqué par tous les ergothérapeutes. En effet, c'est une des causes que l'on retrouve le plus dans les écrits lorsque l'on parle des représentations négatives dans les prises en charge de la personne âgée.

II. Réponse à la question de recherche

A la suite de toutes ces recherches et de l'analyse des entretiens, j'ai obtenu des éléments de réponses à ma question de recherche qui est :

Chez la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson hospitalisée en SSR, quels sont les effets de la thérapie par le jeu, en ergothérapie ?

Le jeu est, en ergothérapie, un médiateur utilisé pour la rééducation des patients âgés atteints de la maladie de Parkinson. Il a des effets bénéfiques sur le patient et sa rééducation, permettant de prendre en compte les fonctions motrices et cognitives ainsi que les habilités sociales. C'est un moyen qui nécessite d'être choisi, adapté et correctement expliqué selon le profil du patient, ses besoins et ses intérêts. Cela va développer une relation thérapeutique de confiance et avoir un impact pour le patient sur son implication et son adhésion à cette thérapie et donc à sa rééducation. Il peut aussi amener le patient à élargir son état d'esprit et à changer son comportement en découvrant ou en redécouvrant son côté ludique.

Malgré les effets négatifs ressentis par certains patients, tout ce qui a été écrit par les auteurs et prononcé par les ergothérapeutes questionnés reste très important. En effet, la thérapie par le jeu associe gaieté et travail et permet de favoriser la motivation du patient.

Tous ces résultats tendent à valider mon hypothèse : la thérapie par le jeu fait travailler un grand nombre de fonctions, en ajoutant un caractère ludique qui influence la participation des personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson.

III. Limites de l'étude

Au cours de mes recherches, j'ai trouvé peu d'articles concernant les aspects négatifs du jeu ainsi que ceux liant le jeu et la maladie de Parkinson. Ces sujets sont donc limités au niveau du cadre théorique mais les entretiens ont permis d'explorer certaines idées concernant les apports du jeu aux patients et les contextes de refus.

Le choix de l'entretien semi-directif a été pertinent pour recueillir les informations mais a ses limites. Des réponses ont pu orienter la discussion vers d'autres questions et, pris dans la conversation, certains retours ont pu ne pas être approfondis.

Il aurait pu être intéressant, en plus des entretiens, d'assister à des séances sur la durée, dans le but d'observer les effets de la thérapie et pourquoi pas d'élargir la recherche auprès d'ergothérapeutes d'autres pays.

Le fait de ne pas avoir pu interroger les patients Parkinsoniens a restreint la recherche sur leur ressenti. En effet, les ergothérapeutes peuvent repérer et analyser les comportements du patient mais lui seul peut vraiment faire part de ce qu'il ressent.

Pour approfondir la recherche, interroger un nombre égal d'ergothérapeutes utilisant la thérapie par le jeu et ceux ne l'utilisant pas, aurait pu apporter d'autres expériences. Pour avoir une analyse plus précise, il aurait fallu faire une étude à plus grande échelle.

CONCLUSION

Cette étude a pour objectif de faire ressortir les effets positifs et négatifs du jeu dans le cadre d'une rééducation pour les personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson. C'est au travers des recherches littéraires et des entretiens menés que nous avons pu relever les intérêts positifs du jeu sur les patients. Néanmoins, il doit être utilisé à bon escient pour éviter des ressentis négatifs pouvant faire obstacle à leur adhésion et ainsi, optimiser au maximum les bienfaits de la thérapie. Il en ressort l'importance de l'adaptation du jeu pour chaque patient, mêlant le travail thérapeutique des objectifs et le jeu en lui-même. Les modalités du jeu peuvent influencer le comportement des patients et les amener à adopter une attitude ludique qui semble indispensable à l'utilisation du jeu.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis tout d'abord d'approfondir mes connaissances sur la maladie de Parkinson ainsi que les apports du jeu et les différentes manières de l'utiliser en ergothérapie.

J'ai pu également prendre gout à la lecture d'articles scientifiques grâce à un sujet qui m'anime.

Au-delà de ces recherches, ce travail a laissé place à notre propre réflexion. Il est très enrichissant d'avoir pu pour mettre en lien certaines notions entre la théorie et la pratique. Un avantage pour ma future pratique professionnelle, me permettant d'adapter au mieux les prises en charge en utilisant ce médiateur thérapeutique qui a montré ses bénéfices.

Enfin, ce travail me permet d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion. En effet, le jeu reste un terme large qui présente de nombreuses dimensions.

Sur 6 professionnels interviewés sur le jeu, 3 ergothérapeutes ont dans leur structure des moyens technologiques utilisés en gériatrie, mais un seul a inclus le jeu spontanément dans ses réponses. Tous les ergothérapeutes ont partagé des retours plutôt positifs mais avec un doute pour les patients âgés, précisant que cette dimension peut être déroutante pour les patients.

Auprès de ce public âgé, nous pourrions nous questionner sur l'influence des jeux vidéo. Même si nos aînés n'ont pas grandi avec les nouvelles technologies, le monde des écrans et des jeux vidéo est devenu de plus en plus présent dans nos vies. Ces technologies évoluent dans différents domaines et également dans les métiers de la santé. « Si les premières

applications de la réalité virtuelle en neuropsychologie sont apparues au milieu des années 1990, on assiste aujourd'hui à un essor de l'utilisation de la RV aussi bien dans le domaine des évaluations cognitives que des méthodes de rééducation. » (Abichou, La Corte & Piolino, 2017).

Ces nouveaux moyens mobilisent un large panel des capacités des personnes âgées, en stimulant les fonctions cognitives et motrices. C'est aussi ce que l'on retrouve dans les jeux traditionnels. Mais l'aspect relationnel pose question, l'écran ne remplace pas un sourire.

L'usage trop fréquent des jeux vidéo ne viendrait-il pas dégrader la relation thérapeutique ? La relation thérapeutique, quelque soit le choix de la méthode de travail, restera toujours un des piliers du métier d'ergothérapeute.

Bibliographie

Articles :

Abichou, K., La Corte, V., Piolino, P. (2017). La réalité virtuelle a-t-elle un avenir pour l'étude de la mémoire épisodique dans le vieillissement ?. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 15(1), 65-74. [10.1684/pnv.2016.0648](https://doi.org/10.1684/pnv.2016.0648)

Azulay, J-P., Witjas, T., Eusebio, A. (2017). Les signes non moteurs de la maladie de Parkinson. *La presse médicale*, 46(2), 195-201. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.11.015>

Bertsch, J., Lobjois, R., Maquestiaux, F., Benguigui, N. (2005). Vieillessement cognitif et effets de l'exercice. *Bulletin de psychologie*, 1(475), 39-45. <https://doi.org/10.3917/bupsy.475.0039>

Bigex, A. (2017). Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie – de l'activité analytique à l'activité signifiante. *Hand Surgery and Rehabilitation*, 36(6), 502. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2017.10.226>

Casanovas, D., Romedenne, S., Crespin, C. (2003). Jeux et personnes âgées : animation, ou ergothérapie ?. *ErgOThérapie*, (9), 21-30.

Dalmas, C. (2015). Vieillir : un jeu d'enfant ?. *Savoirs et cliniques*, 1(18), 71-75. <https://doi.org/10.3917/sc.018.0071>

Gueyraud, C., Anaut, M., Sanchez, S., Denormandie, P., Bathsavanis, A., Krolak-Salmon, P. (2017). Démence et thérapie non médicamenteuse, efficacité du cadre ludique. *Soins gériatrie*, 22(125), 27-31.

Guitard, P., Ferland, F., Dutil, E. (2006). L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 281-294.

Ha, C., Quintin, C., Elbaz, A., Carcaillon-Bentata, L. (2018). Mortalité et causes de décès dans la maladie de Parkinson : analyse des certificats de décès en France, 2000-2014.

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, (8-9), 141-50.
[file:///C:/Users/pauli/Downloads/42611_spf00000716%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pauli/Downloads/42611_spf00000716%20(1).pdf)

Hoppes, S., Wilcox, T., Graham, G. (2001). Meanings of Play for Older Adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 18(3), 57-68.

Louche, C., Bartolotti, C., Papet, J. (2006). Motivation intrinsèque et présentation de soi à différentes instances dans une organisation. *Bulletin de psychologie*, 4(484), 351-357.
<https://doi.org/10.3917/bupsy.484.0351>

Luthereau, A. (2020). Le jeu peut-il soigner. *Actusoins Magazine*, (37), 4-8.

Villaumé, A. (2018). Rôle de l'ergothérapeute en gériatrie. *NGP Neurologie psychiatrie gériatrie*, 19(109), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.09.002>

Ouvrages :

Alexandre, A., Lefèvre, G. (2012). Analyse de l'activité en ergothérapie ou pourquoi créer ses propres jeux ?. Alexandre, A., Lefèvre, G., Palu, M., Vauvillé, B. *Ergothérapie en pédiatrie* (1re éd, p.251-264). Solal.

Bonnet, A-M., Hergueta, T. (2016). *La maladie de Parkinson au jour le jour* (2^{ème} éd). Jonh Libbey Eurotext.

Caillois, R. (1958). *Les jeux et les hommes*. Gallimard.

Ferland, F. (1998). *Le modèle ludique: le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie*. Presses de l'Université de Montréal.

Garon, D., Chiasson, R., Filion, R. (2002). *Le système ESAR: guide d'analyse, de classification et d'organisation d'une collection de jeux et jouets*. Electre-Cercle de la Librairie.

Tetreault, S., Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck.

Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Solal.

Saragoni, A., Guillaumin, P. (2017). *Vivre au quotidien avec la maladie de Parkinson*. De Boeck Supérieur.

Rapports :

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement de la santé*.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2016). *Guide du parcours de soins Maladie de Parkinson*. [guide_parcours_de_soins_parkinson.pdf \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/maladies/parcours-de-soins/maladie-de-parkinson)

Outil pédagogique :

Laumonier, A., Bonnet, A-M. (2003). *Parkinsoniens, comment faire ? Mouvement & Conseils*. Scientifiques L & C.

Sites internet :

Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE). (2021). *La profession d'ergothérapeute*. Consulté le 26 novembre 2021 sur <https://anfe.fr/la-profession/>

France Parkinson. (2016). *La maladie*. <https://www.franceparkinson.fr/la-maladie/>

Institut du cerveau. (s.d.). *La maladie de Parkinson, causes, mécanismes biologiques, symptômes, diagnostic et traitements*. <https://institutducerveau-icm.org/fr/parkinson/>

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). (2022, février 17). *Maladie de Parkinson La deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente en France*. <https://www.inserm.fr/dossier/parkinson-maladie/>

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (2022, janvier 18). *Bilan démographique 2021*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (2020, février 27). *Population par âge*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

Larousse. (s.d.). Jeu. *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 4 mai 2021 sur <http://www.larousse.fr/>

Ministère des solidarités et de la santé. (2021, décembre 21). *Personnes âgées : les chiffres clés*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-veillissement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles#>

Ministère des solidarités et de la santé. (2021, décembre 20). *La maladie de Parkinson*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-de-parkinson#>

Ministère des solidarités et de la santé. (2020, octobre 01). *Soins de suite et de réadaptation – SSR : Une prise en charge globale de la personne après l'hospitalisation*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>

Annexe

ANNEXE 1 : MAIL DE CONTACT	II
ANNEXE 2 : AFFICHE REALISEE POUR LES DEMANDES D'ENTRETIENS	III
ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	IV
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN	V
ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE N°2	VII

Annexe 1 : Mail de contact

Objet : Demande d'entretien

Bonjour,

je m'appelle Pauline, je suis en 3ème année d'ergothérapie sur Paris. Je réalise mon mémoire sur la thérapie par le jeu avec les personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson hospitalisées en SSR. J'ai pensé alors qu'il était intéressant de vous contacter.

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise des entretiens afin d'avancer dans mon enquête, ma question de recherche étant : **Chez la personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson hospitalisée en SSR, quels sont les effets de la thérapie par le jeu, en ergothérapie ?**

Je souhaite interroger des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en SSR et ayant déjà pris en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson.

Je voulais donc savoir si vous pouviez m'orienter vers les ergothérapeutes de votre structure et me transmettre leur mail, afin que je puisse les contacter. Sinon, auriez-vous des établissements à me conseiller ?

(Ou) Je voulais d'abord savoir si vous étiez dans ce cas et si oui, êtes-vous intéressée et avez-vous le temps pour m'accorder un entretien? Sinon, auriez-vous des ergothérapeutes à me conseiller?

Merci d'avance pour votre réponse.

Cordialement,
Pauline Gobillot

Annexe 2 : Affiche réalisée pour les demandes d'entretiens

BONJOUR!



**JE M'APPELLE PAULINE, JE
SUIS EN 3ÈME ANNÉE
D'ERGOTHÉRAPIE SUR
PARIS**

**Demande d'entretien
dans le cadre de mon
mémoire**



Etude:
**Effets de la thérapie par le
jeu sur les personnes
âgées atteintes de la
maladie de Parkinson.**

Je souhaite
interroger des ergos
travaillant ou ayant
déjà travaillé avec
des patients âgés
atteints de la
**maladie de
Parkinson** dans le
cadre d'une
rééducation

Même si vous n'utilisez pas
le jeu dans votre pratique,
vos témoignages
m'intéressent.



N'HÉSITEZ PAS À ME CONTACTER !!!

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Afin de réaliser l'entretien pour lequel vous vous êtes intéressé lors de nos premiers échanges et avez répondu positivement, il est nécessaire de vous réinformer des différentes modalités mises en place et de les accepter librement.

L'entretien durera entre 30 et 40 minutes et sera enregistré afin de pouvoir le retranscrire.

L'ensemble des données collectées pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle et seule la responsable de l'étude pourra avoir accès à ces informations.

Les résultats et les analyses rédigés dans ce mémoire seront anonymisés.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser votre participation, ainsi que d'arrêter à tout moment votre engagement dans cette étude.

.....

Après avoir lu l'ensemble de ces informations,

je soussigné(e) (nom prénom), accepte de participer à l'étude : les effets de la thérapie par le jeu sur les personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson, sous la direction de Pauline GOBILLOT.

Je confirme ma participation à cette étude et accepte de manière libre et volontaire, les modalités ci-dessus.

Fait àle.....

Annexe 4 : Guide d'entretien

Dans le cadre de mes recherches pour le mémoire, je vais vous interviewer sur votre pratique en ergothérapie. Comme nous l'avons convenu lors de nos échanges durant la demande d'entretien, l'entretien sera enregistré afin de pouvoir le retranscrire et d'analyser les résultats. Tout cela restera bien évidemment anonyme, à la fois vos informations personnelles, ainsi que les différentes structures que vous pouvez citer.

1 - L'ergothérapeute et sa pratique

- **Pourriez-vous me décrire votre parcours professionnel, depuis l'obtention de votre diplôme jusqu'à aujourd'hui ?**

(relance : et plus particulièrement en SSR, quels sont les patients avec lesquels vous travaillez ? avez-vous pris en charge des patients âgés atteints de la maladie de Parkinson ?...)

- **Combien de patients Parkinsonien environ accompagnez-vous dans votre structure sur une année ?**
- **Quels sont vos objectifs de rééducation pour le suivi de ces patients ?**

(relance : avez-vous des objectifs en lien avec les impacts sur les activités de vie quotidienne ?)

- **Quels moyens de rééducation utilisez-vous pour réaliser vos séances d'ergothérapie en fonction des objectifs thérapeutiques ?**

(relance : faites-vous des mises en situations ? et utilisez-vous le jeu comme moyen de rééducation ?)

2 – Le jeu

- **Que pensez-vous de la thérapie par le jeu ?**
- **En quoi la thérapie par le jeu en ergothérapie peut être un moyen de rééducation pour le patient atteint de la maladie de Parkinson ?**

(relance : que faites-vous travailler à travers le jeu ?)

- **Comment choisissez-vous et adaptez-vous les jeux pour chaque patient Parkinsonien ?**

(relance : comment présentez-vous le jeu lorsque vous le proposez ? y a-t-il des limites à cette pratique ?)

- **Pouvez-vous me donner des exemples de situation, avec des jeux que vous utilisez régulièrement ?**

(relance : quels types de jeu utilisez-vous et pourquoi ? procédez-vous en séance individuelle ou en groupe ?)

3 – L'engagement du patient

- **Avez-vous l'impression que le patient est plus impliqué et qu'il y a une meilleure adhésion lorsque vous utilisez le jeu ? Pourquoi ?**

(relance : qu'est-ce que la thérapie par jeu apporte aux patients ? pensez-vous que le jeu peut influencer les comportements des patients ? ressentez-vous une différence dans la relation thérapeutique ?)

- **Laissez-vous le choix des jeux aux patients ?**

- **Avez-vous déjà eu des patients refusant cette thérapie et dans quel contexte ?**

(relance : qu'on t'ils exprimé et/ou ressenti ? se sentent ils infantilisés ? comment réagissez-vous ?...)

Conclusion :

D'une manière générale, qu'est qui vous intéresse dans cette pratique en tant qu'ergothérapeute ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ou avez un commentaire sur cet entretien ?

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute n°2

Moi : Pour commencer, est-ce que vous pourriez me décrire votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme jusqu'à aujourd'hui ?

E2 : Alors moi, je suis diplômée de 2018 et je travaille dans un SSR depuis, sur Forcalquier, c'est dans les Alpes de Haute Provence. Donc, je travaille sur le SSR et aussi sur le secteur UHR, les unités d'hébergement renforcées, donc j'ai 80 % sur le SSR et 20 % sur l'UHR, et du coup je pratique le jeu sur les deux secteurs.

Moi : D'accord

E2 : Voilà, ça fait que je suis restée sur la même structure. J'ai aussi ouvert un PASA sur une autre maison de retraite, après j'ai donné le flambeau dans un petit village à côté et voilà, depuis je suis toujours à Forcalquier.

Moi : Ok et du coup en SSR, quels sont les patients avec lesquels vous travaillez le plus ?

E2 : Le plus... il y a beaucoup de personnes atteintes d'AVC ou des pathologies de membres sup, type épaule... poignée pas trop, coude non plus... et après on a, je dirais une fois tous les deux ou trois mois, des scléroses en plaques ou plus régulièrement même s'ils ne viennent pas à l'origine pour ça, on a des Parkinson qui sont là pour des prises en charge, parce qu'ils ont chuté. Du coup, ils ont un clou au fémur ou des prothèses de hanche ou autre chose et nous on les prend quand même en charge... après, puisqu'ils sont dans la structure, autant qu'ils bénéficient de tout et du coup, on travaille aussi avec eux.

Moi : Ok et pour les patients parkinsoniens justement, est-ce que vous savez à peu près combien vous en accompagnez environ sur une année ou si ça fait beaucoup, sur un mois ?

E2 : Je pense qu'on en a un par mois et ils restent en moyenne entre 2 et 3 mois

Moi : Ah oui, tant que ça !

E2 : Oui oui oui, bah en fait, s'ils n'ont pas d'appui, ils restent un moment, ils restent beaucoup plus longtemps, ils restent plus 4 mois. Mais nous après, c'est un petit SSR, donc il y a 50 lits et c'est un fonctionnement où tant que les personnes progressent, on les garde ! Disons que, il y a pas de « les patients doivent rester 2 mois et quoi qu'il se passe, ils sortent », c'est vraiment c'est... tant que ça progresse, ils restent...

Moi : Ah oui ok, c'est génial !

E2 : ... ce qui permet d'avoir des prises en charge hyper complète.

Moi : Oui c'est ça, et donc vos objectifs de rééducation pour le suivi des patients parkinsoniens, ça serait quoi ?

E2 : Nous c'est beaucoup, enfin je dis « nous » parce qu'on est deux ergos, on part des habitudes de vie et par exemple si la personne... c'est souvent des personnes qui veulent toujours au moins avoir la signature. On part de ça, et on met un objectif sur maintenir l'écriture. Après, moi, je

vais pas vous mentir, même si ça fait que 4 ans que je suis diplômée, les objectifs à court, moyen et long termes, j'en fait, mais je pense que je ne respecte pas les vrais normes, celles que vous apprenez encore à l'école. Mais du moins, on fait beaucoup d'objectifs par rapport à l'autonomie, que ce soit au centre à court terme et à long terme à domicile, donc soit par de la rééducation soit par de la réadaptation. Parce que, suivant le stade de Parkinson, on peut encore rééduquer, enfin, maintenir beaucoup de choses ou alors, oui c'est plus de la réadapt', mais alors j'entends, de la réadaptation ou de l'aménagement du domicile, voilà c'est ça que je voulais dire. C'est plus basé là-dessus, après... qu'est-ce qu'on fait... oui, c'est lutter contre tous les enraidissements, c'est énormément ça ! On fait beaucoup de gym douce, beaucoup d'écriture, on fait aussi des jeux pour travailler les précisions... et des mises en situation, des mises en situation de toilette, d'habillage, repas et on fait des visites à domicile.

Moi : Ok, alors c'est beaucoup en lien avec les impacts sur leur vie quotidienne du coup ?!

E2 : Oui exactement ! Oui oui oui, du coup c'est un peu général pour toutes les pathologies dégénératives, où on essaie un maximum de travailler, parce qu'en fait, 2, 3 ou 4 mois, c'est tellement court pour une rééducation pour eux. Du coup, autant que ça soit bénéfique le plus possible à leur retour à domicile. Par contre, si vous travaillez des choses qui n'ont pas d'intérêt pour eux, c'est nul quoi, et en plus de ça, si vous travaillez des choses qui n'ont pas d'impact sur leur quotidien... par exemple, si vous vous êtes levé le matin et que vous vouliez faire de la peinture pour faire travailler le moteur et que lui, n'a jamais touché un pinceau bah... mais, si ça les intéresse et si ça leur permet de se vider l'esprit... y a pas de souci ! La prise en charge pour les patients parkinsoniens... le moindre petit exercice peut-être très difficile et très long, donc si vous commencez à vous éparpiller dans des choses... après vraiment, ça dépend du stade de Parkinson, là je prends pour des Parkinsoniens qui sont là depuis 10, 15 ans et où, ouvrir un porte-monnaie et sortir les pièces c'est déjà une épreuve quoi.

Moi : D'accord

E2 : Donc du coup, on travaille plus des choses qu'ils peuvent directement transposer. C'est pour ça qu'on travaille beaucoup l'écriture et du coup, pour contrer l'écriture, on peut complètement la travailler par des jeux, par le petit bac, par écrire des récits, une lettre à quelqu'un de la famille...

Moi : D'accord oui, je vois. Justement, là vous parliez du jeu, j'allais vous demander de quelle manière vous réalisez vos séances d'ergothérapie en fonction de tous ces objectifs, vos moyens de rééducation ?

E2 : Alors oui, on rééduque par le jeu, par des mises en situation toilette, habillage, repas, par de la gym, enfin du coup, ça c'est pas forcément un jeu mais par des activités du même genre, par du créatif, du bricolage, du jardinage... ça dépend de l'intérêt de la personne. On essaie au maximum de garder ça ! Après aussi, il y a l'impact institutionnel et des fois vous ne pouvez pas faire du jardinage puisque vous avez trois patients et que, il y en a un qui veut faire du jardinage, l'autre veut faire autre chose et l'autre veut faire encore autre chose, et que vous êtes toute seule pour tous les trois. Les trois demandent énormément d'attention donc, vous essayez de trouver un point commun à tous les 3... et c'est vrai que pour le coup, dans ce cas-là, le jeu

est quand même le point où tout le monde se réunit. Le jeu est vraiment enfin moi, j'adore ! Et je prône aussi la gym douce... ça marche super bien !

Moi : J'ai jamais vu avec les patients Parkinsonien...

E2 : Bah en fait, comme c'est des patients qui ont tendance à vachement s'enraidir, et par rapport à l'hypertonie et tout, c'est vraiment hyper intéressant de travailler la gym douce. Mais du coup par le jeu, quand vous jouez au ballon, vous travaillez aussi la gym douce, vous voyez... en fait, quand je dis gym douce, c'est plus des mouvements... quand vous jouez au ballon, vous faites de la gym douce, quand vous lancez le ballon dans un panier et que vous levez les bras, vous faites de la gym douce, c'est moins doux que de la gym douce mais c'est quand même de la gym. Sinon, pour en revenir au jeu, nous on joue au puissance 4, on joue au master mind pour les prises, au échec, des fois on fait des puzzles aussi pour travailler la construction dans l'espace... qu'est-ce ce qu'on fait... on fait des petits bac pour l'écriture, on joue au scrabble aussi pour travailler les prises et l'attention, la concentration, la mémoire et tout ce qui va avec. On a un jeu aussi, c'est nous qui l'avons inventé, on a une sorte de cible et on a des poids qu'on met aux poignets et du coup les patients se mettre debout donc ils travaillent l'équilibre et aussi la force et la prise et il faut lancer le poids sur la cible pour atteindre le plus de points possible.

Moi : Ah oui c'est diversifié quand même !

E2 : Oui oui oui ! Même pour vous en tant que thérapeute, c'est hyper important de diversifier, comme ça vous avez une attention qui est tout le temps bonne et du coup les patients adhèrent beaucoup plus à votre prise en charge. Mais, même pour eux aussi franchement, si vous lui faites faire toujours du puissance 4, au bout d'un moment ils vont vous dire « (ergo 2), ton puissance 4 il me saoule quoi ! »

Moi : Oui, surtout s'ils restent autant de temps !

E2 : Voilà tout à fait !

Moi : Et alors, qu'est-ce que tu penses de la thérapie par le jeu ?

E2 : Moi je trouve ça très bien, il ne faut juste pas que ça devienne enfantin et des fois c'est un peu compliqué avec des personnes âgées de les faire adhérer, parce que quoi que tu fasses, c'est des personnes qui ont jamais joué. Du coup, suivant le personnage que tu as en face de toi, ça peut être compliqué, surtout au début ! Après ils adhèrent tous, vraiment ! Mais les premières séances quand tu leur demandes s'ils veulent faire un jeu, même des échecs... et bien des fois, jouer, ils comprennent pas et c'est pareil pour ceux qui ne savent pas forcément ce que c'est que l'ergothérapie. En fait, ils vont jouer mais ils vont se dire « Oh bah c'est bizarre, je suis pas là pour ça moi ! Je suis là pour marcher... » et du coup tu leur montres en faisant les mouvements, et tu leur explique ce que ça sollicite, c'est comme qu'ils adhèrent. Par exemple, quand ils avancent le pion, c'est pas juste avancer le pion quoi, ça les fait réfléchir, ça les fait... tu vois, et puis il y en a qui adhère directement et qui s'en fiche de savoir ce que ça fait. Ils sont là, ça fait bouger leur bras peut-être, mais juste, ça leur fait passer un moment où ils ne pensent pas à leur maladie de Parkinson. Ça leur vide l'esprit et en même temps ils travaillent donc trop cool vraiment ! Et c'est ça qui est trop bien avec le jeu, avec des activités créatives aussi, avec les loisirs tout simplement, la personne va travailler sans s'en rendre compte et du coup, il y a une

adhésion et ils sont super contents. Ils ont un sourire pas possible quand ils arrivent dans la pièce, et quand le vendredi arrive, ils râlent parce qu'ils savent que le samedi et le dimanche on n'est pas là... (rire)

Moi : (rire)

E2 : Et aussi, je trouve que le jeu, si c'était juste faire des mouvements, ils viendraient le faire parce qu'ils savent qu'ils sont là pour travailler mais ils arriveraient avec moins de sourire. Ce que j'aime bien dans le jeu, c'est que vraiment, tu travailles le physique, tu travailles le sensoriel, le psychique, le cognitif, tu travailles tout dessus, tout tout tout. Alors que si tu lui demandes de lever 5 fois le bras, bah là tu travailles la mobilité et tu auras travaillé que le moteur.

Moi : Oui, ça ferait travailler qu'une seule fonction, alors que dans le jeu on peut travailler plein de choses.

E2 : Voilà... et dans le jeu, en plus, tu travailles les interactions sociales parce qu'ils peuvent jouer avec toi et avec d'autres patients, du coup ça créer aussi des liens. D'ailleurs c'est fou, ça créer des liens entre eux à l'extérieur, genre, ils se retrouvent le soir, pour parler, pour boire un thé, avant ou après manger, ils vont se promener ensemble pour ceux qui peuvent marcher...

Moi : C'est sympa ! Ça créer un vrai lien entre les patients en fait !

E2 : Carrément ! Et ça, c'est vrai que c'est principalement dans le jeu. Tu vois, les trucs créatifs, ça peut, si par exemple tu fais une œuvre groupée, mais tu as moins tendance à rigoler que dans un jeu, où ça créer directement une bonne ambiance. Bon après, il y en a qui sont hyper compét' mais on est pas là pour ça donc il faut fixer des règles.

Moi : Mais du coup, comment est-ce que tu choisis le jeu ? Et comment est-ce que tu les adaptes, en fonction de tous les patients, leur stade, leurs symptômes... enfin ça doit être différent ?!

E2 : Alors déjà, saches que chaque jeu est adaptable... tu grossis les prises, tu les diminue, tu changes les prises, tu ajoutes du poids pour la force, tu mets de l'anti-dérapant, tu mets du velcro pour qu'ils sentent mieux, tu mets les consignes à côté en gros s'ils ont des troubles cognitifs et qu'ils arrivent pas à retenir... tu varies les couleurs... tout tout tout, tout s'adapte ! Même pour les troubles de l'écriture, tu fais un petit bac ou un jeu avec de l'écriture, par exemple on joue au Pictonnary des fois, bah là du coup, tu prends des feutres au lieu de prendre des stylos, tu mets un manche plus épais, et si ça marche pas, tu mets une orthèse qui permet de maintenir le stylo tout seul, tu essaies, tu adaptes... Ah oui c'est ça aussi ! Il y a un truc qui est hyper important avec les patients parkinsoniens, je ne sais pas si ça rentre dans ton mémoire mais je te le dis quand-même, c'est que en fait, c'est pas toi qui choisis l'horaire de ta prise en charge. C'est les cachets qui choisissent. Les prises, c'est tous les 4h et du coup il faut que tu prennes le patient a des moments précis. Parce que sinon, s'il a vraiment des symptômes, qu'il commence à baver, à avoir des troubles de l'élocution, des tremblements et bien du coup c'est trop compliqué, tu le mets en échec et tu ne puises pas toutes ses capacités. Après, des fois, c'est vrai que c'est carrément intéressant de travailler dans ces moments-là, parce que au quotidien, ils les ont aussi mais du coup là pour le coup, je fais plus des mises en situation tu vois, pour se rendre compte de comment ils peuvent faire à domicile. Après, à côté de ça, quand ils ont vraiment les cachets, on travaille plus avec des jeux, du créatif, du bricolage et tout ça.

Moi : Généralement ça veut dire que tu les prends quand ils sont au début de leur prise de médicaments c'est ça ?

E2 : Ouais c'est ça.

Moi : Et c'est plus des séances en groupe ou en individuel ?

E2 : Ça dépend ce que tu fais. Généralement, les patients on les prend 1h, donc j'essaie d'avoir au moins une demi-heure, seule avec chacun d'eux pour bien travailler, corriger... et avoir mon attention concentrée sur une seule personne, et après on fait des trucs de groupe.

Moi : Est-ce que tu as l'impression qu'avec le jeu le patient est plus impliqué ou qu'il y a une meilleure adhésion par rapport à d'autres activités que vous faites ?

E2 : En fait ça dépend si pour lui ça lui parle, déjà. Et ça dépend de comment tu l'amènes, de quel jeu tu amènes et de la personnalité de la personne, vraiment. C'est ce que je te disais, le jeu ce qui est cool, c'est que ça crée une bonne ambiance, mais il y a des patients qui ne veulent pas... ils te le disent « on est pas là pour jouer » et ils ne comprennent pas. Eux ils sont là, ils veulent porter des poids, les lever 10 fois et partir et voilà quoi, ils veulent du a+b. C'est des patients où du coup c'est plus dur à adhérer... après quelques séances, tu en as qui adhèrent complètement. Je trouve que de manière générale, les patients adhèrent très bien au jeu parce que justement, tu travailles pas qu'une chose comme je te disais tout à l'heure, tu travailles le psychique, les interactions sociales et du coup ils sortent, ils sont trop contents ou alors ils veulent rester plus.

Moi : Ouais donc il y a comme une motivation derrière qui les incite...

E2 : Ouais carrément ! Mais tu sais c'est comme quand tu es enfant, le jeu ça crée une bonne ambiance.

Moi : Par rapport aux patients qui refusent la thérapie, généralement c'est parce qu'ils y adhèrent pas mais est ce qu'ils expriment quelque chose en particulier à ne pas vouloir faire cette thérapie?

E2 : Alors des fois c'est parce que vraiment ils adhèrent pas au jeu, pas du tout. Soit parce que ça n'a pas d'intérêt, des fois il te sortent des trucs du genre « c'est pour les enfants les jeux ! » et du coup toi il faut que tu sois maline et que tu l'amène différemment.

Moi : Oui c'est ça aussi que j'allais te demander, comment est-ce que tu réagis face au refus ?

E2 : Tu le présentes différemment. Par exemple, tu prends le puissance 4 mais tu le fais pas en jeu tu vois. Après tu respectes, si la personne elle veut pas jouer, tu joues pas. Mais souvent en fait inconsciemment elle va le faire. La personne qui veut pas jouer, tu vas lui mettre le puissance 4 devant, et lui demander de travailler les prises et de remplir le puissance 4 avec les jetons... tu vois quelque chose de tout simple, ça fait travailler tes prises, ta précision, ta concentration, ça fait travailler ton moteur donc ok allez on y va, allez-y !

Moi : Ça reste les mêmes objectifs alors que ce soit sous forme de jeu ou pas ?

E2 : Bah c'est moins poussé, parce que du coup si tu fais un puissance 4 tout seul et que tu mets juste les jetons, ça fait moins travailler le cognitif que si tu dois commencer à avoir une stratégie dans ta tête pour contrecarrer la personne en face. Tu as aussi une contrainte de temps quand tu joues avec une personne en face. En fait, au fur et à mesure, tu vas lui proposer et lui dire « bah maintenant que vous l'avez fait tout seul, venez on le fait tous les 2 »... et il dit « ah bon comment ? » et hop c'est partie et puis tu joues au puissance 4. Et du coup après ça, il comprend, et le lendemain quand tu lui demandes « Jean-Claude vous voulez faire quoi ? », « ah bah le truc avec les pions là mais vous le faites avec moi ! » et puis voilà ! Mais des fois ça marche pas du tout, mais du coup tu peux essayer, tu cernes un peu les personnages... parce que tu vois, on propose aussi des jeux comme le solitaire, des jeux seul en fait, on fait aussi les mikado. Et quand tu vois que la personne bloque sur le fait que ce soit un jeu, et qu'elle voit pas que derrière, elle travaille les prises, la précision ect... bah tu sais que ça sert à rien que tu lui dises « on va jouer ». Tu le fais quand même parce que c'est toujours mieux, franchement même pour toi, en tant que thérapeute, regarder un patient faire c'est moins attractif que de participer avec lui.

Moi : Oui oui c'est sûr ! Est-ce que des fois tu laisses le choix des jeux aux patients ?

E2 : Oui tout le temps. Enfin pas tout le temps, mais tu vois au début, je fais les bilans, je vois ce que je dois travailler, je propose des trucs et après on les met en place, je corrige ce que je dois corriger, j'adapte ce que je dois adapter et après quand ils arrivent, je leur demande ce qu'ils veulent faire. C'est eux qui sont acteurs ! Tu sais, sur une heure, tu fais beaucoup de choses, tu peux le laisser choisir et à côté de ça tu dis « ah ben j'avais réfléchi à ça, ça serait bien que l'on travaille debout sur le lancer de poids par exemple pour que l'on commence à aborder l'équilibre ». Tu vois là, c'est toi qui le lance et après tu laisses le choix. Et puis ça dépend des capacités aussi, dans la Parkinson c'est hyper aléatoire, donc il vaut mieux que tu écoutes un peu ses capacités parce que sinon, forcément tu vas le mettre en échec. Un patient parkinsonien, il peut se lever un jour, et puis le lendemain il est exténué, quand la pathologie elle est vachement avancée.

Moi : Les objectifs varient un peu alors chaque jour.

E2 : Disons que tu as... tu travailles toujours l'équilibre, tu travailles toujours les prises fines, l'autonomie, l'entretien des capacités, les troubles de l'enraidissement, les activités du quotidien avec ou sans tremblement. En fait ces objectifs-là, par exemple, si tu fais pas l'activité debout, tu peux quand même travailler l'équilibre assis et quand tu travailles la posture, tu travailles l'équilibre, enfin, c'est un moyen de travailler l'équilibre. Si tu utilises comme objectif spécifique « tenir 2 minutes sans appui en station debout », s'il en est pas capable là, tu refais tes objectifs mais ça serait alors « tenir 2 minutes sans appui en station assise » tu vois. Si déjà, il arrive à ça, sans osciller, sans avoir une bascule d'un côté ou de l'autre, parce que les patients parkinsoniens, c'est des « Tour de Pise », ils penchent d'un côté... au final tu travailles ton équilibre et du coup tu atteints ton objectif d'équilibre au bout... ou pas mais ouais, tu le travailles.

Moi : Ok, et est-ce que tu as l'impression qu'il y a des limites par rapport à cette pratique de thérapie par le jeu, enfin justement, déjà, il y a les patients qui refusent, mais est-ce que toi, tu as l'impression qu'il y en aurait d'autres ?

E2 : Non, je pense qu'il n'y en a pas de limite, si tu adaptes le jeu et si tu adaptes l'environnement pour que ça marche. Si ton environnement est adaptable et que toi, tu as l'imagination et le matériel pour adapter, il n'y a pas de limite... Si, tu peux avoir des limites de temps parce que du coup, suivant le stade de la maladie, une partie d'échecs ça peut être long, elle peut te faire 2 mois, donc voilà. Mais sinon, si tu as du temps et plus tu as du matériel et de l'imagination pour adapter, franchement non, il n'y a pas de limite

Moi : Ok

E2 : Si t'as pas cette capacité là ou si t'as pas le tempérament à être déjà un peu bricoleuse dans ta tête, ou si tu... enfin moi, tu vois, ça fait 4 ans, mais la première année, j'étais incapable de m'adapter comme je m'adapte maintenant. Et quand je dis m'adapter, c'est adapter les choses pour que ça convienne au patient et j'en étais incapable, j'avais pas du tout ce truc-là.

Moi : Oui, en fait, les jeux sont adaptables à l'infini.

E2 : Oui, mais du coup, t'en créer même, j'en ai créés plein.

Moi : Je trouve ça super intéressant, enfin il y a tellement de choses à faire avec le jeu ! Du coup, tu y as déjà un peu répondu mais c'était la question finale, qu'est-ce qui t'intéresse vraiment dans cette pratique, pourquoi est-ce que toi tu l'utilises ?

E2 : Bah du coup, c'est que ça fait tout travailler, ça créer une très bonne ambiance et une adhésion du patient, directement, enfin ou pas, mais qui vient après. D'une manière générale, je trouve qu'un patient adhère beaucoup plus vite quand il rencontre du monde, par le jeu. Puis, tu peux travailler avec d'autres patients, les faire se rencontrer, et tu travailles tout, le moteur, le cognitif, le psychique, le sensoriel, le social, tu travailles tout, vraiment.

Moi : Et tu as déjà remarqué une différence dans la relation thérapeutique que tu as avec le patient quand tu utilises le jeu, par rapport à d'autres patients avec lesquels tu n'utilises pas le jeu ?

E2 : Oui, du coup tu créer une proximité avec le patient. Bon après, il y a toujours des distances, tu vois, mais ce que je veux dire, c'est qu'il y a vraiment un truc qui s'ajoute avec le jeu, t'as vraiment un échange. Jouer, c'est un bon moment, et c'est vraiment un moyen de rééducation. Les patients savent qu'ils ne font pas que jouer, vraiment pas !

Moi : Oui oui oui, ok... bien, moi j'ai fait le tour de tout ce que j'avais à te demander, est-ce que toi, tu as quelque chose à rajouter ou un commentaire ?

E2 : Non, je crois que je t'ai un peu tout dit.

Moi : J'ai pas mal d'infos, c'était super intéressant ! Merci beaucoup pour le temps que tu m'as accordé.

RESUME

EFFETS DE LA THERAPIE PAR LE JEU SUR LES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON

La maladie de Parkinson est la 2eme maladie neurodégénérative la plus fréquente. Elle affecte de nombreuses fonctions qui évoluent tout au long de la maladie et entraînent la perte d'autonomie. En ergothérapie, l'approche centrée sur la personne est privilégiée et peut être mise en place via des moyens signifiants tel que le jeu. Généralement cantonné en pédiatrie, il pourrait être développé comme un outil de rééducation auprès des patients âgés atteints de la maladie de Parkinson. Cette étude consiste à exposer les effets de la thérapie par le jeu pour ce public en SSR, dans le but de participer à l'engagement et à la motivation dans leur rééducation.

6 ergothérapeutes travaillant auprès de cette population en SSR ont été interrogé afin de mettre en avant leurs différents point de vue sur cette thérapie et leur utilisation.

Les résultats de cette enquête montrent que le jeu peut être un médiateur thérapeutique ayant de nombreux bénéfices pour le patient âgée Parkinsonien. Néanmoins, le jeu doit être utilisé à bon escient pour éviter des ressentis négatifs et optimiser au maximum les bienfaits de la thérapie.

Mots clefs : personnes âgées, maladie de Parkinson, soins de suite et de réadaptation, ergothérapie, thérapie par le jeu.

ABSTRACT

EFFECTS OF PLAY THERAPY ON OLDER PEOPLE WITH PARKINSON'S DISEASE

Parkinson's disease is the 2nd most common neurodegenerative disease. It affects many functions that evolve throughout the course of the disease and lead to loss autonomy. In occupational therapy, a person-centered approach is favored and can be implemented through meaningful ways such as games. Generally reserved for pediatrics, it could be developed as a rehabilitation tool for old patients with Parkinson's disease. This study consists on exposing effects of game therapy for this public in SSR, in order to participating on the engagement and the motivation in their rehabilitation.

6 occupational therapists working with this population in SSR were interviewed to highlight their differents points of view on this therapy and its use.

The results of this investigation show that games can be a therapeutic mediator with many benefits for the aged Parkinsonian patient. Nevertheless, the game must be used wisely to avoid negative feelings and maximize the benefits of the therapy.

Keywords : old people, Parkinson's disease, rehabilitation centre, occupational therapy, game therapy.

GOBILLOT Pauline
Sous la direction de SAVARIEAU Noémie