



Institut de Formation en Ergothérapie

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

52 rue Vitruve – 75020 Paris

La Stimulation multisensorielle et la maladie d'Alzheimer

Quelles spécificités de l'ergothérapeute ?

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5

Emeline LE CASTREC

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

Je tiens à remercier toutes les personnes m'ayant soutenues et aidées pour l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, ma maître de mémoire Emilie Veauvy pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont permis d'avancer.

Je tiens ensuite à remercier les ergothérapeutes qui ont participé à cette étude et répondu, ce qui m'a permis d'avancer dans mes recherches et analyses.

Enfin, je tiens à remercier mes amis et ma famille qui m'ont toujours soutenue dans mes études et dans la relecture de ce mémoire.

Table des matières

I. INTRODUCTION	4
II. LE CADRE THEORIQUE	5
1. LA MALADIE D'ALZHEIMER	5
a. <i>Épidémiologie</i>	5
b. <i>Les différents stades</i>	6
c. <i>Symptomatologie</i>	7
d. <i>L'agitation</i>	8
i. Causes	9
ii. Intervenants et Interventions	11
iii. Les structures	13
2. L'ERGOTHERAPIE	18
a. <i>L'évaluation en ergothérapie</i>	18
b. <i>Intervention de l'ergothérapeute</i>	19
i. Intervention sur la personne	20
ii. L'intervention sur l'environnement physique et social	20
iii. L'intervention sur l'occupation	24
3. LES STIMULATIONS MULTISENSORIELLES	25
a. <i>La salle Snoezelen</i>	26
b. <i>Le jardinage</i>	27
III. METHODOLOGIE D'ENQUETE	28

1. POPULATION INTERROGEE	28
2. METHODE DE RECUEIL DE DONNEES	29
<i>a. Elaboration du guide d'entretien</i>	30
<i>b. Déroulement des entretiens</i>	30
IV. PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSION	31
1. PRESENTATION DES RESULTATS	31
<i>a. Généralités et présentation des ergothérapeutes</i>	31
<i>b. La prise en charge des personnes âgées avec des troubles du comportement</i>	33
i. Prise en soin de l'agitation en ergothérapie	34
ii. L'aménagement de l'environnement	35
<i>c. L'utilisation de la stimulation sensorielle</i>	36
i. Effet sur les patients agités	37
<i>d. Les différents professionnels intervenant dans la pratique des stimulations sensorielles</i>	38
2. DISCUSSION	40
<i>a. Définition et approfondissements</i>	40
<i>b. Retour à l'hypothèse</i>	41
<i>c. Limites de la recherche</i>	42
V. CONCLUSION ET OUVERTURE	43
VI. BIBLIOGRAPHIE :	45
TABLE DES ANNEXES	50

ANNEXE 1 : L'ECHELLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD	I
ANNEXE 2 : L'INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE EQUIPE SOIGNANTE (NPI-ES)	II
ANNEXE 3 : TRAME DE L'ENTRETIEN	VI
ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	IX
ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E1	X
ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E2	XVII
ANNEXE 7 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E3	XX
ANNEXE 8 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E4	XXVI
ANNEXE 9 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E5	XXXIII

I. Introduction

La démence ou trouble neurocognitif majeur (selon la DSM-5) est une maladie neurodégénérative chronique du sujet âgé, touchant dans le monde plus de 50 millions de personnes et dont on dénombre chaque année environ 10 millions de nouveaux cas. Ce chiffre ne cesse de grimper et pourrait atteindre 152 millions de personnes en 2050. Il existe plusieurs types de démences, mais la maladie d'Alzheimer représente 60% à 70% de celles-ci ; c'est donc la plus courante dans le monde. Elle entraîne une dépendance importante pour les activités de la vie quotidienne et elle peut engendrer chez l'entourage et chez la personne atteinte de la maladie elle-même, des conséquences physiques, psychologiques, économiques et sociales. (OMS, 2021). Dans les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) ou dans les établissements gériatriques, on retrouve de ce fait une majorité de patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer. Les traitements médicamenteux sont utilisés auprès de ces personnes. Cependant, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS, 2016), les traitements non médicamenteux sont plus priorités que la prise de médicament dans le suivi de la maladie d'Alzheimer. Ces thérapies permettent entre autres, de diminuer les différents troubles liés à la maladie comme : les troubles psycho-comportementaux, l'anxiété, les troubles du sommeil... L'ergothérapie fait aussi partie de ces thérapies. L'ergothérapeute a un rôle important, car il utilise dans sa pratique la stimulation sensorielle et/ou la stimulation cognitive. L'ergothérapeute personnalise sa pratique selon le patient, les goûts de celui-ci et l'avancée dans la maladie.

Durant mon premier stage en gériatrie, j'ai pu observer des patients dans plusieurs services gérontologiques : USLD (unité de soins longue durée), SSR gérontologique (Soins de Suite et de Réadaptation), Hôpital de Jour gériatrique (HDJ), où l'on proposait plusieurs activités de stimulation cognitives (atelier mémoire), de stimulation motrice (ateliers prévention des chutes, ateliers d'équilibre, kinésithérapie...). Les patients présents dans les structures avaient pour la plupart des troubles cognitifs et des troubles du comportement (anxiété, agitation...). Cependant, aucune prise en charge en ergothérapie n'était proposée pour diminuer les troubles du comportement. J'ai donc effectué des recherches qui m'ont permis de découvrir la stimulation sensorielle. Je me suis donc demandée

quelle était sa place dans la pratique en ergothérapie auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement et particulièrement de l'agitation. Ma question est la suivante :

En quoi la stimulation sensorielle réalisée par un ergothérapeute peut-elle canaliser l'agitation de la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer ?

II. Le cadre théorique

1. La maladie d'Alzheimer

a. Épidémiologie

La maladie d'Alzheimer est une démence évolutive et dégénérative entraînant la perte de capacités liées à la mémoire, le langage, le raisonnement ou l'attention. Elle est aussi caractérisée, selon les critères diagnostiques du DSM-5, comme un trouble neurocognitif majeur (Psychomédia, 2015). Cette affection a été identifiée en 1906 par Aloïs Alzheimer un médecin psychiatre, neurologue et neuropathologiste bavarois. Celui-ci a décrit pour la première fois les deux lésions neuropathologies principales de la maladie d'Alzheimer : les plaques amyloïdes et les dégénérescences neurofibrillaires (Fondation vaincre Alzheimer, 2021). Sur les 900 000 patients atteints de cette maladie en France, il y a environ 60% de femmes pour 40% hommes (Fondation pour la recherche médicale, 2019).

Au niveau biologique, la maladie d'Alzheimer résulte de l'accumulation de deux types de protéines insolubles : la protéine amyloïde et la protéine Tau. La protéine amyloïde va entraîner les plaques amyloïdes qui vont mener à des réactions biologiques pouvant conduire à la mort des neurones. La protéine Tau est responsable des dégénérescences neurofibrillaires. En effet, durant la maladie cette protéine va « s'hyperphosphoryler » et va modifier la forme des neurones et donc modifier leurs fonctions (Dubois, 2019).

C'est le médecin qui fait le diagnostic. Il prescrit d'abord des bilans neuropsychologiques qui vont permettre de faire un inventaire des fonctions cérébrales altérées. Ces bilans évaluent la compréhension, le calcul, les gestes (reproduire un geste symbolique, reproduire un geste sans symbolique, manipulation par imitation d'un objet), les fonctions exécutives et l'attention (HAS,

2011). Puis un bilan biologique avec une imagerie cérébrale (un scanner ou une IRM) qui montre une atrophie de l'hippocampe, une scintigraphie cérébrale qui présente une diminution du débit sanguin dans les zones moins actives du cerveau, une prise de sang ou un TEP scan (tomographie par émission de positons) pour voir la consommation de glucose par les différentes régions du cerveau. Il est aussi possible, suite à un examen du liquide céphalo-rachidien obtenu grâce à une ponction lombaire de détecter les biomarqueurs (Dubois, 2019).

b. Les différents stades

Il existe plusieurs façons de définir les stades de la maladie d'Alzheimer. Différentes échelles peuvent être utilisées comme l'échelle de Berg et ses collaborateurs (1984) ou celle de Reisberg (1994). Nous allons nous baser sur la classification de l'auteur Hauw (2019) qui s'appuie sur l'échelle de détérioration globale de Reisberg (GSD) qui regroupe sept stades :

- Les deux premiers stades correspondent à des préquel de la maladie d'Alzheimer. Il n'y a pas de symptômes cliniques, mais la maladie se développe et entraîne des lésions que l'on peut observer en faisant une imagerie cérébrale. Durant le second stade, la personne peut commencer à avoir des troubles de la mémoire. Ils peuvent être interprétés comme liés au vieillissement et ne pas être pris en compte par la personne et son entourage.
- Ensuite, durant les stades suivants, les signes ne sont plus visibles. Il y a d'abord des troubles cognitifs légers, la personne a des troubles de la mémoire, de la concentration, de l'aphasie. Elle commence aussi à avoir des troubles du comportement légers : de l'agitation, de l'apathie, des sautes d'humeur. Puis elle oublie des événements récents, a des difficultés pour faire des calculs, pour s'orienter dans les lieux inconnus et des troubles des fonctions exécutives. Elle a de plus en plus besoin d'aide dans les activités de vie quotidienne.
- Puis dans les stades plus sévères, les troubles de la mémoire sont très importants, par ailleurs elle commence à être agnosique. Par la suite, le malade a des troubles du système circadien et commence à déambuler la nuit ; et les troubles du comportement sévères commencent à s'intensifier

notamment l'agitation, les hallucinations. Concernant les activités de vie quotidienne, la personne a besoin d'une aide importante.

- Lors du dernier stade qui est le plus sévère, la personne a des troubles cognitifs très importants. Elle ne communique plus et a besoin d'une aide totale pour les activités du quotidien. Des troubles moteurs apparaissent, elle devient hypotonique du tronc et de la tête et ses muscles se raidissent, entraînant des troubles de la déglutition plus importants (Hauw, 2019, page 30-31).

Pour ce sujet, nous allons principalement nous intéresser aux stades moyen à sévère de la maladie où les signes de l'agitation commencent à apparaître.

c. Symptomatologie

La maladie d'Alzheimer est associée à plusieurs troubles : d'abord les troubles de la mémoire épisodique (mémoire à court terme) dus à la détérioration des neurones dans le lobe temporal qui a pour rôle d'enregistrer, de stocker et de restituer les informations récentes. Ensuite, les troubles cognitifs liés aux fonctions exécutives, notamment la planification, l'organisation, la mémoire de travail, la résolution de problème complexe comme des calculs. S'en viennent également l'aphasie (les mots lui manquent), des troubles de la concentration, l'apraxie (troubles du geste, des difficultés pour utiliser des objets et à réaliser ses activités de vie quotidienne), la désorientation spatio-temporelle (la personne ne sait plus se repérer dans le temps et dans les lieux) et les troubles agnosiques (la reconnaissance grâce aux sens des objets, visages, couleurs...). Enfin, l'avancée des lésions vont progressivement toucher les régions corticales qui sont liées aux comportements et entraîner de plus en plus une perte d'autonomie. (Dubois, 2019).

Autres que les troubles de la mémoire et les troubles cognitifs, les troubles du comportement sont multiples et très présents durant la maladie :

- L'apathie est l'un des symptômes comportementaux qui survient en premier chez la personne Alzheimer. Elle se caractérise par un manque d'intérêt et de motivation pour les activités proposées. Ce symptôme est dû à l'altération des neurones présents dans la partie antérieure du cortex préfrontal. Elle est

souvent caractérisée comme un symptôme dépressif de la maladie (Dubois, 2019).

- Les symptômes d'ordre psychotiques caractérisés par des délires sont présents. Principalement les hallucinations auditives (les personnes entendent des sons ou des voix), visuelles (les personnes voient des choses). Ainsi qu'une perception de la réalité déformée avec des délires de persécution (impression qu'on leur a volé quelque chose...) (Hauw, 2019).
- L'opposition aux soins, des hurlements qui sont compréhensibles ou non.
- L'agressivité physique et verbale dangereuse pour les proches du patient.
- La déambulation, l'hyperactivité motrice associée à des errances diurnes et nocturnes sans but précis.
- La désinhibition qui se caractérise par des comportements inadaptés dans la société. Elle peut engendrer des désinhibitions sexuelle, physique (la personne à des gestes inadaptés) ou verbale (la personne n'a pas de filtre et dit tout ce qu'elle pense).
- Dérèglement du rythme circadien avec des troubles de l'alimentation et du sommeil : la personne déambule la nuit et dort le jour.
- L'agitation verbale et/ou physique abusive et inappropriée avec des cris, des déambulations, de l'agressivité physique (HAS, 2009).

d. L'agitation

Selon le Gouvernement du Québec, l'agitation dans la maladie d'Alzheimer survient selon les milieux de soins chez 40 à 60 % des patients atteints (Ministère de la Santé et des services sociaux, 2012). Elle est causée par un dysfonctionnement du lobe frontal, principalement le cortex cingulaire antérieur et le cortex orbitofrontal. Ces cortex jouent un rôle important dans la sélection des stimuli, dans la prise de décision et les réactions comportementales. (Carrarini & al, 2021). L'agitation s'exprime principalement par un comportement physique incluant les aspects moteurs, verbaux et/ou vocaux inadaptés. De plus, l'anxiété et le stress

sont présents et entrent dans une dimension psychologique. La détresse émotionnelle se manifeste aussi. (Schaub & al, 2016).

D'après l'échelle de Cohen-Mansfield qui évalue l'état d'agitation du patient sur une durée déterminée, il y a différentes formes d'agitation. Celles-ci sont classées dans différentes catégories (Micas et al, 1997). (Annexe 1) :

- L'agitation verbale sans agressivité : La personne chante, crie ou parle en continu sans être hostile pour autrui.
- L'agitation verbale avec agressivité : La personne est violente verbalement avec les autres en criant ou en hurlant.
- L'agitation physique sans agressivité : La personne déambule, urine ou défèque n'importe où. Elle a des comportements sexuels inappropriés, elle peut voler et lancer des choses.
- L'agitation physique avec agressivité : La personne fait du mal aux autres (griffer, mordre, cracher, pincer...) ou à elle-même (mutilation, se frapper...)

Lorsque l'agitation se déclenche en fin de journée, cela s'appelle l'agitation vespérale ou syndrome crépusculaire. Il se caractérise par une majoration de la désorientation, de l'agressivité et l'angoisse. (Dubois, 2019).

L'agitation peut aussi avoir un début brutal, c'est le syndrome confusionnel aigu. Selon la Recommandation de bonne pratique : *Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation* de la Haute Autorité de Santé en 2009 : « *Chez un patient ayant une démence connue, il est recommandé d'évoquer une confusion aiguë devant toute aggravation brutale des fonctions cognitives ou devant toute modification de la vigilance ou du comportement antérieur. Néanmoins toute agitation chez une personne démente n'est pas synonyme de confusion.* » (HAS, 2009, page 6-7).

i. Causes

Selon l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) en 2017, plusieurs facteurs liés au

patient, à l'environnement, et aux interactions entre la personne et l'environnement peuvent causer des troubles du comportement et notamment de l'agitation.

Facteurs liés à la personne :

La personne âgée peut développer de l'agitation et des troubles du comportement si ses besoins primaires ne sont pas satisfaits (communiquer, sécurité, confort, identité personnelle, compréhension...). Mais aussi lorsqu'elle ne fait pas ou très peu d'occupations significatives.

Facteurs liés à l'environnement :

Concernant l'environnement, il y a deux facteurs principaux : la sur-stimulation et la sous-stimulation. La sur-stimulation correspondant à une surcharge sensorielle : beaucoup de bruit (sonnerie de téléphone, alarme, télévision...), surcharge visuelle (télévision, lumière fortes...). Et la sous-stimulation correspondant à un manque d'activité, de stimulation et de contact sociaux. La sous stimulation entraînant de l'ennui qui amène à un isolement puis à des troubles du comportement.

Facteurs liés aux interactions entre la personne et l'environnement :

Lorsque la personne est dans une institution, elle ne peut plus satisfaire ses besoins primaires comme elle le faisait à son domicile (mange quand le repas est servi, dort à une heure précise...) et perd donc sa liberté. Cela entraîne chez elle des émotions négatives et des réactions violentes notamment de l'agressivité verbale et de la résistance aux soins. Il est donc important de favoriser son libre choix.

Les stimulations physiques extérieures (lumière, sons...) et humaines (soignants, aidants) et les facteurs intérieurs de la personne (fatigue, douleur...) combinés peuvent entraîner du stress. La personne n'ayant plus les capacités de le gérer, cela peut engendrer de l'angoisse et ensuite de l'agitation ou d'autres troubles du comportement. (ANESM, 2017). Enfin, selon une revue publiée dans *Frontiers in Neurology* en 2021, la quarantaine et l'hospitalisation à long terme causées par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2)

peuvent être des facteurs précipitant l'agitation chez la personne atteinte d'Alzheimer. (Carrarini & al, 2021).

L'agitation pourrait être un moyen pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer de communiquer et d'exprimer ses besoins à l'autre. L'ennui, la privation de stimulation sensorielle, le manque d'activités significatives et d'interactions sociales pourraient majorer l'agitation. (Schaub & al, 2016).

ii. Intervenants et Interventions

D'après la Haute Autorité de Santé en 2009, l'agitation, l'agressivité, les déambulations, les réactions d'opposition aux soins et les troubles psychotiques sont des enjeux dans les institutions. En effet, ces symptômes sont envahissants et difficiles à gérer et peuvent avoir des conséquences sur les intervenants professionnels ou aidants. La prise en charge pluridisciplinaire des patients Alzheimer est donc primordiale dans les institutions. Différents professionnels spécialisés interviennent dans les structures comme les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes. Mais aussi des médecins coordonnateurs et traitants, des diététiciens, des infirmiers, des aides-soignants, des neurologues, des géro-psycho-atres, des psychologues, des assistants de soins en gérontologie. Ainsi que des animateurs et des éducateurs en activité physique adaptée (APA). Enfin, les aidants naturels (famille, amis, voisins). (HAS, 2009).

Les professionnels de santé peuvent apaiser les troubles du comportement en utilisant différents traitements médicamenteux et non médicamenteux. Les traitements médicamenteux sont, selon la Haute Autorité de Santé de 2011, prescrits par un médecin seulement si la santé et la sécurité du patient et de son entourage sont menacées (HAS, 2011). Toutefois, si le patient participe et montre des effets positifs aux interventions non médicamenteuses, environnementales, à des thérapies psychologiques, psychosociales et/ou comportementales, il est déconseillé de prescrire des médicaments (HAS, 2009). Il existe différentes interventions non médicamenteuses qui doivent être pratiquées par des professionnels formés dans le cadre d'un projet de soins (HAS, 2011). Il existe deux

types d'interventions qui sont complémentaires : les thérapies non médicamenteuses et les interventions relationnelles. (HAS, 2009).

Les thérapies non médicamenteuses :

Il en existe plusieurs types : les thérapies de stimulation cognitives, les interventions psychosociales, les interventions corporelles et les thérapies basées sur la stimulation sensorielle.

- Les thérapies de stimulation cognitive : ces méthodes se pratiquent en petit groupe de patient autour de jeux, de puzzle, de discussion autour des actualités. Elles permettent de stimuler la mémoire, les fonctions exécutives et le langage. Ce sont des pratiques très utilisées auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.
- Les interventions psychosociales dont font partie la thérapie par reminiscence et la thérapie de validation. La thérapie par la reminiscence mobilise les souvenirs avec des photographies, des films et ou de la musique. Son objectif est d'améliorer l'estime de soi et les capacités de communication du patient. La thérapie de validation, se base sur une relation de confiance entre le patient et le thérapeute afin de permettre une communication verbale ou non. (HAS, 2009).
- L'intervention corporelle : l'activité physique qui se pratique selon les capacités de la personne, la relaxation.
- Les thérapies basées sur la stimulation sensorielle dont font partie la musicothérapie, l'aromathérapie, la luminothérapie et la stimulation multisensorielle (Snoezelen). Ce sont des thérapies basées sur les sens (vue, ouïe, odorat, toucher, gout) et qui ont pour but de détendre la personne et de diminuer les troubles du comportement. (HAS, 2009). Nous allons développer cette partie plus tard.

Pour apaiser la personne il faut agir sur l'environnement et sur elle-même en recherchant ce qui entraîne l'agitation. En intervenant sur les éléments physiques, il faut reproduire les habitudes de vie de la personne avec des routines, satisfaire ses besoins physiques, soulager les douleurs et prévenir l'opposition (en faisant

participer la personne aux soins et/ou en détournant son attention). Puis en intervenant sur les éléments psychosociaux, en adaptant la communication (parler lentement, adopter une attitude non menaçante...), la personne doit se sentir en sécurité. Il faut éviter la surcharge sensorielle (diminuer la lumière, éviter les bruits forts...) et prévenir de la privation sensorielle (mettre en place des ateliers d'orientation à la réalité, ateliers réminiscence, activités de stimulation sensorielles). Il faut aussi sécuriser la personne en aménageant l'environnement (installation de barres d'appuis, porte à codes, se référer au protocole standardisé et sécuritaire d'utilisation des contentions...). Pour finir, il est important que l'environnement de la personne soit stimulant sans le surcharger sensoriellement (parler moins fort et limiter les bruits brusques (alarmes, téléphone...), ne pas encombrer les couloirs, utiliser les indices visuels pour orienter la personne, maintenir les routines de vie, personnaliser l'espace de vie de la personne). (Ministère de la santé et des services sociaux, 2012).

iii. Les structures

D'après l'ANESM (2017), les troubles du comportement sont plus fréquents chez les personnes résidentes en institution qu'à domicile. Certains comme l'agitation, l'apathie, les comportements moteurs aberrants et l'errance augmentent proportionnellement à la détérioration cognitive (ANESM, 2017). Nous allons nous baser sur les structures où sont accueillis les patients avec des troubles modérés à sévères de la maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement. Ces structures proposent aussi de la stimulation multisensorielle (Snoezelen) et/ou des jardins thérapeutiques.

Les Unités Cognitivo-Comportementales :

D'après la mesure 17 du plan Alzheimer 2008-2012, les UCC (Unités Cognitivo-Comportementales) sont intégrés dans les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et accueillent spécifiquement les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées avec des troubles du comportement aigus. Ces structures ont pour objectifs de stabiliser les troubles du comportement et permettre à la personne de retourner dans son lieu de vie. Elles sont spécialisées dans la réhabilitation cognitivo-comportementale.

D'après l'enquête qualitative portant sur les UCC en Ile-de-France, différentes interventions non médicamenteuses, dont des ateliers de jardin thérapeutique et la stimulation multisensorielle (Snoezelen), sont utilisés dans ces structures. (Ngatcha-Ribert et Morvillers, 2021).

Les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées en Perte d'Autonomie)

Plusieurs unités sont présentes dans les EPHAD dont les UHR (Unités d'Hébergement Renforcées) et les PASA (Pôle Activités et de Soins Adaptés). Mais aussi les UVP (Unité de vie protégée). Les PASA sont des structures de jour qui accueillent les patients ayant des troubles du comportements modérés, où il y a des activités sociales et thérapeutiques spécialement pour les patients résidents en EPHAD (Dubois, 2019). Les UHR sont localisées dans des EPHAD ou dans des USLD (Unités de Soins Longue Durée, situés dans un centre hospitalier public ou privé). Ces structures accueillent les personnes avec des troubles cognitifs ou psycho comportementaux sévères et chroniques avec un suivi médical et paramédical renforcé (HAS, 2018).

D'après le rapport d'étude de 2013 par la fondation Médéric Alzheimer qui relate les informations du troisième plan Alzheimer français de 2008-2012, il est nécessaire qu'il y ait des espaces extérieurs (jardins, terrasse, parc) dans les PASA et les UHR situés dans les EPHAD. (Guisset-Martinez et al, 2013). D'après une étude menée par la fondation Médéric Alzheimer en 2016, le jardin thérapeutique est l'intervention thérapeutique à visée sensorielle présente dans 65% des EHPAD contenant une USA (Unité Spécialisée Alzheimer), une UHR ou un PASA. Il s'agit donc l'intervention la plus pratiquée dans ces institutions. Concernant la salle Snoezelen elle est présente dans 40% des EHPAD contenant un UHR, une USA ou un PASA. (Castel-Tallet, 2016) (voir la figure 1 ci-dessous).

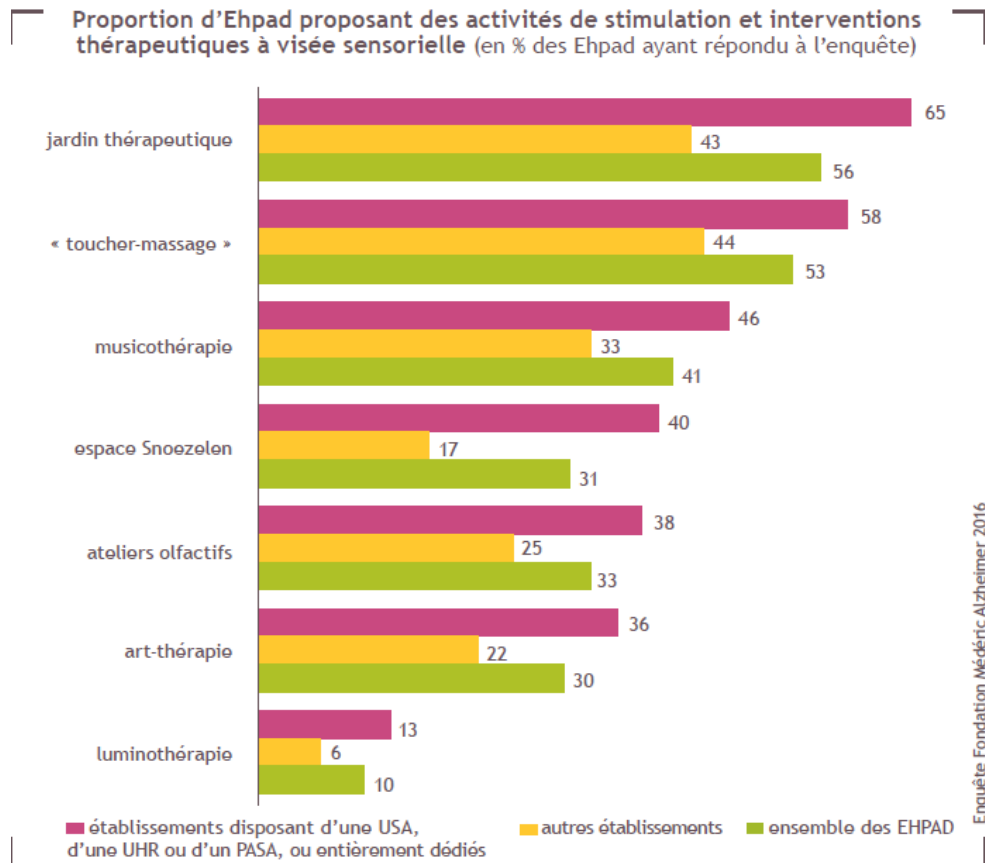


Figure 1 : Proportion des EHPAD proposant des activités de stimulation sensorielle

Les UP (Unités Protégées), UVP (Unités de Vie Protégée) ou USA (Unités Spécialisées Alzheimer) sont des unités fermées dans les EPHAD qui accueillent des patients avec des troubles du comportement, des angoisses dus principalement à la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés (Dubois, 2019). D'après une étude de 2014 menée par la Fondation Médéric Alzheimer sur des EHPAD, 60% des UP/UVP ont un jardin thérapeutique et 33% ont une salle Snoezelen. (Castel-Talbet, 2014). (Voir la figure 2 ci-dessous).

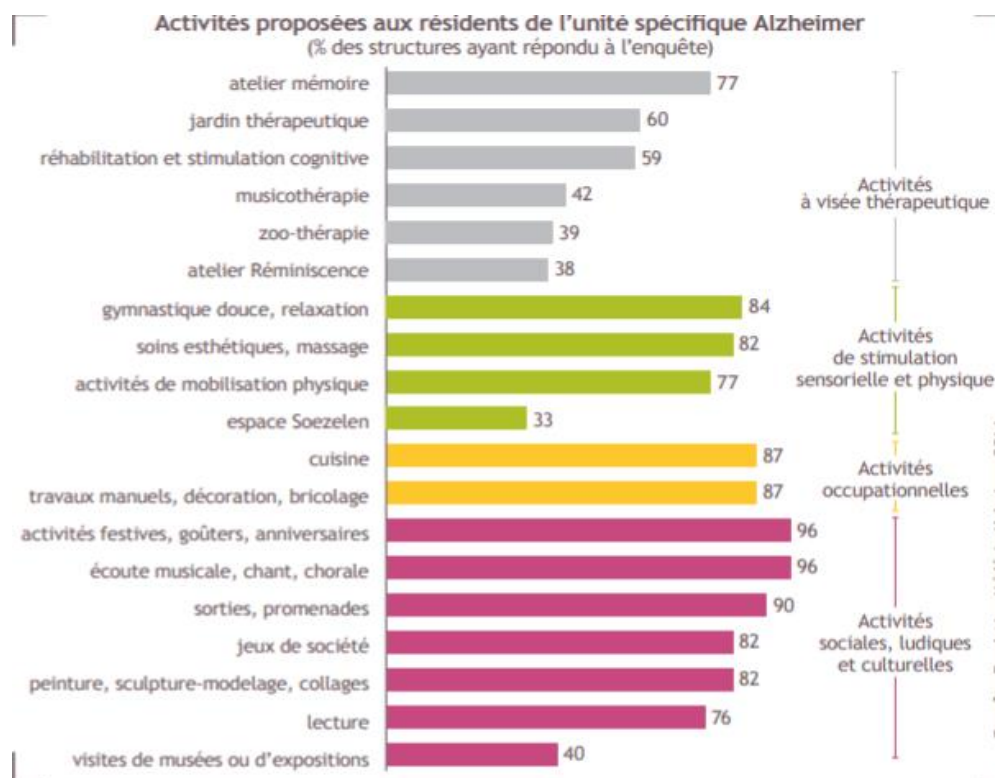


Figure 2 : Activités en UP/UVP

Principaux professionnels réalisant les interventions basées sur les stimulations sensorielles (en % des EHPAD proposant ces interventions à leurs résidents)							
	jardin thérapeutique	« toucher-massage »	musicothérapie	espace Soezelen	ateliers olfactifs	art-thérapie	luminothérapie
aide-soignant	35,7	44,1	13,9	47,1	17,7	9,2	29,3
aide médico-psychologique	35,3	23,5	15,1	32,3	21,2	10,2	17,3
assistant de soins en gériologie	23,6	12,2	11,2	19,4	18,5	6,9	17,3
infirmier	4,4	12,2	1,9	18,7	2,2	1,5	10,7
psychologue	9,8	3,0	8,2	23,5	9,5	9,8	17,3
psychomotricien	9,5	10,1	3,6	18,2	7,8	4,9	12,4
ergothérapeute	10,9	2,2	2,6	9,9	4,6	3,7	4,4
animateur	38,2	13,9	26,5	16,3	33,1	19,8	10,7
art-thérapeute	1,0	0,2	2,0	0,4	0,4	25,3	1,3
musico-thérapeute	0,1	0,0	31,8	0,3	0,0	1,1	0,0

Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2016

Figure 3 : Tableau des professionnels réalisant les interventions basées sur la stimulation sensorielles en EPHAD

En France une étude sur le sensoriel et la maladie d'Alzheimer menée en 2016 par la fondation Médéric Alzheimer montre que le jardin thérapeutique est utilisé par plus de la moitié des EPHAD (sur 2 176 qui ont répondu à l'enquête) (Castel-Tallet, 2016). D'après le tableau ci-dessous (figure 3) montrant les interventions basées sur la stimulation sensorielle en fonction des professionnels : on remarque que dans les EHPAD, les ergothérapeutes utilisent le plus souvent les salles Snoezelen et les jardins thérapeutiques. En effet, 10,9% des jardins thérapeutiques et 9,9% des salles Snoezelen équipés par des EHPAD sont utilisés par des ergothérapeutes. (Castel-Tallet, 2016).

A la vue de ce tableau, nous pouvons nous demander pourquoi les interventions basées sur les stimulations sensorielles sont pratiquées principalement par les aides-soignants, aides médico-psychologiques et les infirmiers plutôt que par les ergothérapeutes. Pour répondre à cette question nous allons développer une réflexion sur le rôle de l'ergothérapeute qui utilise ces stimulations (Snoezelen et jardin thérapeutique) auprès de la personne âgée avec et sans troubles du comportement.

2. L'ergothérapie

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) en 2019, l'ergothérapeute est un professionnel de santé travaillant dans différents domaines : sanitaire, médico-social et social. Son rôle est centré sur la réadaptation, l'adaptation et l'intégration sociale des personnes. Il est spécialisé dans l'activité et la santé et ses actions permettent aux individus d'assurer de manière sécurisée, autonome, indépendante et efficace leurs occupations. Il travaille avec une équipe pluriprofessionnelle composée principalement de médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de formation, techniciens de l'habitat (ANFE, 2019). L'ergothérapeute en gériatrie prévient les pathologies liées au grand âge, en permettant le maintien des activités physiques et psychosociales (AFEG, 2021).

a. L'évaluation en ergothérapie

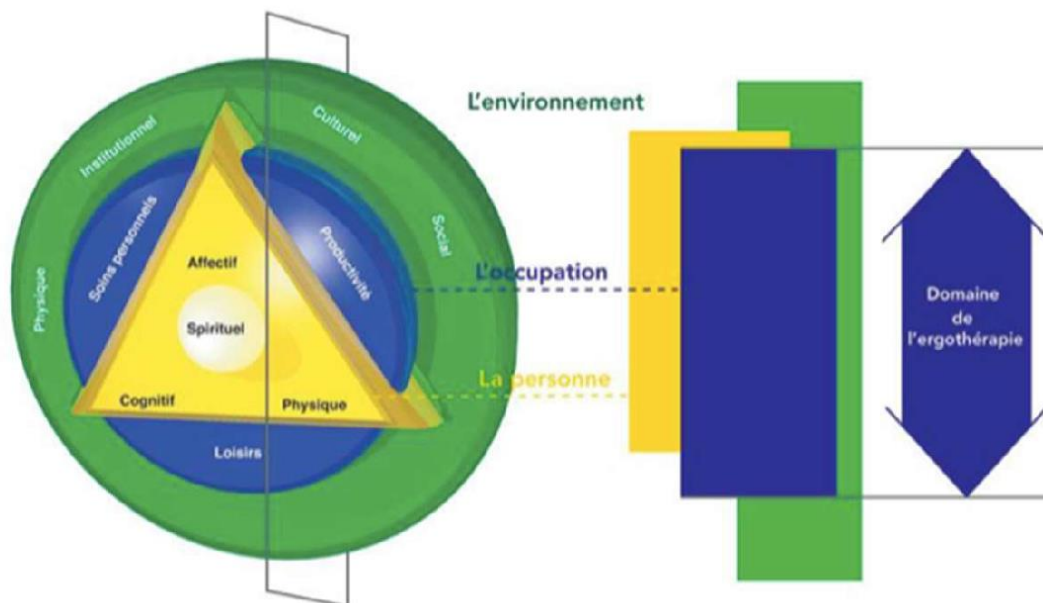
Avant que l'ergothérapeute intervienne sur le patient ayant des troubles du comportement et notamment l'agitation, il faut qu'il identifie ce qui les déclenche et comment il peut les diminuer. Pour cela, il utilise l'observation. Il doit alors connaître son patient et ses habitudes de vie en recueillant ses informations grâce à son dossier, aux informations apportées par les aidants et les différentes évaluations conduites par les autres professionnels. Les évaluations se font toujours en équipes pluridisciplinaires. Différentes échelles de cotations peuvent être utilisées par les professionnels soignants et l'ergothérapeute pour coter l'agitation. Nous pouvons citer l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield et l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI). L'échelle de Cohen-Mansfield évalue l'état d'agitation du patient sur une durée déterminée. (Annexe 1). L'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) publié par l'HAS en 2009 évalue la fréquence, la gravité et le retentissement émotionnel pour les aidants et les soignants de 12 troubles du comportement. Il existe aussi le NPI-ES pour les équipes soignantes qui évalue les patients dans une institution (HAS, 2009) (Annexe 2).

Suite aux informations relevées lors des entretiens, observations et bilans préalables, l'ergothérapeute peut être amené à passer différents bilans propres à sa profession. Ceux-ci vont permettre d'identifier les difficultés de rendement et

d'engagement occupationnel relevant de l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations. Enfin, suite à cela il pourra rédiger un diagnostic ergothérapeutique et établir les objectifs de prise en soin en se basant sur un modèle conceptuel comme le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

b. Intervention de l'ergothérapeute

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) évoque que la santé et le bien-être d'une personne découlent de ses occupations signifiantes et significatives. La pratique est centrée sur la personne dans ce modèle. Tout en prenant en compte les désirs, les besoins et la subjectivité de l'individu. Il se base sur le lien entre la personne, son environnement et ses occupations.



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Figure 4 : Schéma du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

La personne comprend ses dimensions physiques, cognitives, affectives et spirituelles (valeurs, cultures, croyances...).

L'environnement correspond au milieu physique, institutionnel, culturel et social dans lequel évolue la personne

L'occupation fait référence à un groupe d'activités ou de tâches significatives pour l'individu. Elle peut appartenir au domaine des soins personnels (prendre soins de soi), de la productivité (contribuer à la construction sociale et économique de la communauté) ou des loisirs (se divertir). C'est aussi un déterminant de la santé et du bien-être. (Townsend et al, 2013). (Figure 4)

Suite à la rédaction du diagnostic, l'ergothérapeute établit des objectifs et des moyens agissant sur la personne, son environnement ou ses occupations.

Selon une étude de la Fondation Médéric Alzheimer en 2011, sur les ergothérapeutes travaillant avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, 68% d'entre elles interviennent en établissement. Les actes qu'elles font principalement sont : la réadaptation cognitive, la réadaptation à la mobilité au transfert, la prévention des risques de chutes, la préconisation/mise en place d'aides techniques, l'aménagement de l'environnement et le développement des performances de l'entourage. (Ngatcha-Ribert, 2011).

i. Intervention sur la personne

Pour les personnes âgées, l'influence et le rôle de l'environnement doivent être une source d'identité et de bien-être. (Trouvé, 2009). Le changement brutal d'environnement pour la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, peut être un choc qui peut entraîner des troubles du comportement et notamment de l'agitation. En effet, l'entrée dans une institution peut mener à la perte des repères sociaux (aidants, famille) et environnementaux physiques (matériel et structural).

ii. L'intervention sur l'environnement physique et social

Les différents objectifs pour l'aménagement de l'environnement physique de la personne âgée ont été décrits par le Docteur Treussard Marchand (2008). Nous allons nous baser sur les objectifs cités par cette source pour cette partie :

- Concilier sécurité et liberté avec la prévention des chutes et des fugues
- Prévenir et/ou atténuer les troubles du comportement : offrir un vrai parcours de déambulation, faciliter l'orientation temporo spatiale, utilisation de la couleur, de la lumière, de la signalétique et des décorations, diminuer les sources de stress et d'angoisse.
- Stimuler et dynamiser le patient : en encourageant la vie sociale, en proposant un cadre de vie stimulant, en favorisant la participation.
- Respecter la vie privée, l'intimité.
- Favoriser l'autonomie, encourager le libre choix.
- Favoriser l'action des soignants.
- Améliorer l'image.

Pour notre sujet nous allons principalement nous intéresser aux objectifs suivants : prévenir et/ou atténuer les troubles du comportement et stimuler et dynamiser le patient. Nous allons aussi utiliser le guide du Ministère de la santé et des services sociaux (2012), qui décrit l'approche adaptée à la personne âgée avec de l'agitation liée à une démence en milieu hospitalier.

Prévenir et/ou atténuer les troubles du comportement :

- Offrir un parcours de déambulation :

Il est important de sécuriser l'environnement du patient atteint de la maladie d'Alzheimer qui déambule. En effet, les environnements étroits et encombrés peuvent être angoissants pour les personnes âgées. Pour cela, des espaces larges sont primordiaux, ainsi qu'un circuit circulaire passant par la chambre de la personne pour qu'elle puisse s'y réfugier lorsqu'elle est agitée. Il faut aussi qu'il y ait des installations pour que la personne puisse se reposer comme des bancs et des barres d'appuis pour la sécuriser. Il faut créer un environnement stimulant avec des décorations colorées sur les murs, des objets personnels de la personne et de larges fenêtres pour lui permettre de voir l'extérieur et d'être éclairée par la lumière naturelle. (Docteur Treussard Marchand, 2008). Il faut sécuriser l'espace pour éviter

les fugues en mettant des portes à codes par exemple. (Ministère de la santé et des services sociaux, 2012).

- Faciliter l'orientation temporo-spatiale

Pour faciliter l'orientation et la notion de temps, la mise en place de calendriers et d'horloges est primordiale. De plus, la lumière du jour peut indiquer le moment de la journée.

Pour l'orientation spatiale, il existe dans les établissements des signalétiques avec des couleurs ou des formes indiquant l'étage et les chambres. Ces signalétiques visuelles peuvent limiter l'errance de la personne âgée. Les lumières sont aussi très importantes car elles permettent d'éclairer les différentes signalétiques et aident les personnes âgées, dont la vue se détériore, à s'orienter (Docteur Treussard Marchand, 2008).

Pour que la personne agitée puisse plus facilement se repérer dans le temps et l'espace, il faut prioriser les routines en se basant sur celles qu'elles avaient à domicile. (Ministère de la santé et des services sociaux, 2012),

- Diminuer les sources de stress et d'angoisses

Le stress et l'angoisse peuvent entraîner de l'agitation chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer, il faut mettre un sol avec un revêtement neutre, peu contrasté et avec peu de motifs. Il faut aussi privilégier les sols en plastique qui permettent d'atténuer les sons afin d'éviter de générer trop de bruits ambiants pour la personne qui y est sensible car cela pourrait engendrer de l'anxiété. Dans les établissements accueillants ces patients, il est important que chacun ait une chambre qu'il peut personnaliser avec des objets familiers pour qu'il ait des repères et soit moins anxieux (Docteur Treussard Marchand, 2008).

Stimuler le dynamisme des patients :

- En encourageant la vie sociale

Pour cela, il est important que l'établissement soit proche des lieux sociaux (café, boulangerie...), des transports en communs, que des sorties en extérieurs

soient organisées. Il faut aussi permettre aux personnes extérieures de pouvoir entrer dans les lieux et voir leurs proches (Docteur Treussard Marchand, 2008).

- En proposant un cadre de vie stimulant

Le lieu de vie est centré principalement sur la vie en groupe, il doit s'ouvrir si possible vers l'extérieur sur des jardins ou des cours. Il doit y avoir des coins différenciés pour chaque activité de la vie quotidienne : cuisine, salon, repas. Il doit aussi y avoir des petits salons pour les visites avec les proches. Le mobilier doit être adapté aux capacités des résidents (réglable en hauteur) et fonctionnel (Docteur Treussard Marchand, 2008).

- Favorisant la participation

Les jardins thérapeutiques, qui évitent l'enfermement de la personne âgée, et lui proposent une activité physique et un lieu de déambulation. Ces lieux permettent de stimuler les cinq sens et raviver les souvenirs. Il peut y avoir des arbres, des fleurs, des fontaines et des animaux, en évitant les animaux bruyants qui pourraient être anxiogènes et entraîner de l'agitation. Il peut aussi y avoir des lieux de jeux (terrains de boules...), des potagers pour jardiner et des lieux de repos avec des bancs (Docteur Treussard Marchand, 2008).

L'intervention sur l'environnement social est un rôle très important pour l'ergothérapeute en collaboration avec les autres professionnels. En effet, il peut former et soutenir tous les aidants de la personne Alzheimer, qu'ils soient professionnels ou non. L'ergothérapeute explique les déficiences et les mécanismes pathologiques. Il propose des stratégies relationnelles, forme à la manutention participative, analyse et conseille l'aménagement intérieur et le choix des aides techniques. Il peut aussi être amené à former des groupes de paroles pour soutenir les intervenants. (Trouvé, 2009, page 155).

Il faut également établir une communication adaptée avec la personne âgée démente. La Haute Autorité de Santé (2009) propose plusieurs attitudes à adopter. Il faut éviter les sources de distractions comme la télévision, attirer son attention en captant son regard ou avec un contact tactile. Il faut utiliser des phrases courtes avec une seule information. Des gestes peuvent accompagner les mots, il faut poser

des questions fermées et répéter si besoin. Enfin, il ne faut pas hausser la voix pour ne pas angoisser la personne, lui laisser le temps de répondre, l'inclure dans l'échange et ne pas la forcer à faire quelque chose qu'elle ne souhaite pas faire (HAS, 2009).

Cette approche centrée sur la communication est similaire à celle proposée par la théorie de la validation développée par Naomie Feil. Cette technique a pour but d'apaiser la personne en prenant en considération sa parole, ses sentiments et ses sensations. Pour cela, la personne qui utilise cette technique peut poser des questions circonstanciées et demander à la personne de décrire sa perception sensorielle (visuel, auditif, kinesthésique ou tactile, olfactif). Il est donc important d'adopter une posture empathique. (Trouvé, 2009).

iii. L'intervention sur l'occupation

La participation aux activités joue un rôle important afin de favoriser et développer le sentiment d'appartenance et d'identité. L'activité dépend de l'environnement, et la façon dont elle est réalisée est libre et résulte des facteurs personnels de la personne. L'ergothérapeute va donc agir sur l'environnement qui induira un changement sur la forme de l'activité et sur la personne. L'activité thérapeutique doit avoir un sens et un but, elle a un rôle essentiel au bien-être et à la santé d'une personne. (Trouvé, 2009). Elle a plusieurs effets sur la personne, elle donne un sens à sa vie et permet l'appartenance à un groupe. Si l'individu est privé d'activité cela va se ressentir sur son autonomie en entraînant des troubles du comportement. (Trouvé, 2009).

Des études portées sur l'utilisation d'une médiation sensorielle utilisant des odeurs, lumières, musiques, atelier jardin auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont montré une diminution des troubles du comportement. En effet, dans une institution, lorsqu'il y a un environnement sensoriel adapté, cela favorise la diminution des troubles du comportement. (Engasser et al, 2015). Sachant cela, nous allons nous intéresser à deux stimulations sensorielles dans la partie suivante.

3. Les stimulations multisensorielles

Une stimulation sensorielle correspond à une intervention qui recherche à stimuler au moins deux des cinq sens (vue, goût, odorat, toucher, ouïe). Cette intervention incite les personnes à interagir avec l'environnement sensoriel comme elles le souhaitent. La stimulation multisensorielle est souvent assimilée à la salle Snoezelen (ou environnement multisensoriel), qui est un environnement conçu pour stimuler les cinq sens, un endroit sûr, confortable et sans contrainte (Eijgendaal et al, 2010).

Les interventions basées sur la stimulation multisensorielle (jardinage, aromathérapie...) auprès de la personne âgée atteinte d'Alzheimer sont compatibles avec la prise en charge centrée sur la personne. En effet, elles incitent à la personnalisation des soins, à la relation. Les stimuli utilisés durant ces interventions ne s'appuient pas sur les capacités cognitives de la personne mais sur la mémoire à long terme et les souvenirs de celle-ci. Plusieurs études ont été menées sur l'efficacité de ces interventions sur les troubles du comportement. Il a été observé que les environnements sensoriels comme la salle Snoezelen pouvaient être un traitement efficace dans la réduction de certains symptômes neuropsychiatriques tels que l'apathie ou l'agitation. Cependant, on ne peut pas évaluer les effets à plus long terme par manque d'études (Sánchez et al, 2012). La sur-stimulation et la sous-stimulation peuvent aussi exacerber les symptômes négatifs tels que les hallucinations et l'agressivité, il faut donc avoir des connaissances approfondies sur les troubles sensoriels de la personne âgée afin qu'une stimulation adaptée soit proposée. (Smith et al, 2019)

Il existe différents types de stimulations sensorielles mobilisant un ou plusieurs sens qui ont fait l'objet d'une étude faisant intervenir le rôle de l'ergothérapeute. Ces stimulations ont été classés en trois thèmes principaux : stimulation sensorielle, stimulation basée sur l'environnement et stimulation basée sur l'occupation.

- Les stimulations sensorielles regroupent la luminothérapie (une stimulation visuelle), l'aromathérapie (une stimulation olfactive), le massage (une stimulation tactile) et la salle Snoezelen (une stimulation multisensorielle)

- Les interventions environnementales : l'art (une intervention visuelle), la musique (une intervention auditive).
- Interventions basées sur l'occupation : la danse (une intervention proprioceptive), le yoga (une intervention proprioceptive), le jardinage (une intervention multisensorielle), le repas (une intervention gustative), la thérapie assistée par les animaux (une intervention tactile) et l'intervention Montessori (une intervention multisensorielle). (Smith et al, 2019)

Pour cet écrit nous allons nous baser sur la salle Snoezelen et le jardinage pratiqué dans un jardin thérapeutique qui sont tous les deux des interventions multisensorielles.

a. La salle Snoezelen

La salle Snoezelen ou environnement de stimulation multisensoriel, a été développé aux Pays-Bas dans les années 1970. Le terme de Snoezelen est la contraction de deux mots néerlandais signifiant renifler et somnoler. La stimulation multisensorielle est relative aux 5 sens (goût, odorat, vue, ouïe, toucher). Elle se fait dans une salle composée de différents objets tels que des câbles à fibres optiques, des colonnes d'eau, de l'aromathérapie, différentes musiques/sons, des objets tactiles et des projecteurs d'écran. Ces endroits proposent un environnement divertissant sans stress qui s'apparentent à la relaxation. Dans ces salles les patients peuvent choisir ce qu'ils veulent faire. Cette approche ne demande pas de capacités cognitives et est donc adaptée à la population âgée atteinte de démence sévère ou très sévère même sans capacité de communication verbale. (Maseda et al, 2014).

La salle Snoezelen permet une interaction entre le patient, le thérapeute qualifié ou l'aidant et l'environnement. La stimulation multisensorielle par l'environnement est utilisée comme une activité sans demande particulière mais qui a été identifiée comme ayant une valeur thérapeutique. Grâce aux environnements multisensoriels, les patients peuvent exercer et expérimenter sur leur environnement ce qui leur permet d'être plus autonome et indépendant dans leur choix. Le thérapeute ou l'aidant incite et guide la personne vers des stimuli

sensoriels et l'engagement dans l'activité, il agit aussi sur l'environnement en le modifiant. (Eijgendaal et al, 2010).

Pour cette intervention, des études ont montré à court terme des résultats sur les troubles du comportement chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Lorsque cette thérapie est combinée avec d'autres soins, une diminution de l'agitation et de l'apathie a été constatée. Associée avec les soins quotidiens comme la toilette, il a été observé une diminution des comportements apathiques, rebelles et agressifs et une augmentation du bien-être de la personne. (Sánchez et al, 2012).

b. Le jardinage

Le jardinage est une occupation qui stimule les cinq sens (odorat, ouïe, vue, goût, toucher), qui a un sens pour la personne et qui permet de produire quelque chose. C'est une activité familière à de nombreuses personnes âgées. (Smith et al, 2019). Le jardin thérapeutique est un endroit sécurisé qui permet de stimuler les capacités motrices, certains gestes automatisés peuvent refaire surface comme la plantation et le cueillage des plantes, et il sécurise la déambulation. Il incite les personnes âgées à se situer à la fois dans le temps (horaires et saisons) et dans l'espace (Castel-Tallet, 2016).

Plusieurs études ont montré l'impact des jardins thérapeutiques sur les personnes handicapées et ont souligné les effets positifs sur l'engagement, le comportement, les chutes, l'agitation, la qualité de vie, le stress, la dépression et la conscience de soi. (Murrone et al, 2021). Sur la maladie d'Alzheimer, les études montrent que le jardinage réduirait l'agitation et améliorerait le bien-être (Smith et al, 2019).

L'ergothérapeute a un rôle très important dans l'adaptation et la mise en place de l'activité pour pousser la personne à donner un sens à sa vie. Il adapte l'activité pour chaque patient afin qu'elle devienne thérapeutique. L'occupation humaine est essentielle pour une personne car elle donne un sens à sa vie et reflète ce qu'elle est et ce qu'elle devient en se basant sur son environnement social et ses caractéristiques personnelles. Sans activité, le patient âgé se sent vide et ne donne plus de sens à sa vie. Il comble alors ce vide en développant des troubles du

comportement accompagné de déambulation (Trouvé, 2009). Les deux activités énoncées précédemment peuvent donc être utilisées par l'ergothérapeute qui va les adapter afin d'aider la personne âgée à donner un sens à sa vie et limiter ses troubles.

L'écriture du cadre théorique contenant la description des troubles comportementaux (essentiellement l'agitation) liés à la maladie d'Alzheimer, le rôle de l'ergothérapeute et la stimulation multisensorielle dans la salle Snoezelen et le jardin thérapeutique, m'a permis de réfléchir à l'hypothèse suivante pour répondre à ma question :

L'ergothérapeute avec ses connaissances en adaptation de l'environnement et son approche centrée sur la personne et ses occupations est capable, grâce à l'utilisation d'une salle Snoezelen et d'un jardin thérapeutique, de limiter l'agitation de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.

III. Méthodologie d'enquête

1. Population interrogée

Pour valider ou non l'hypothèse, nous allons nous intéresser aux patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer aux stades modéré à sévère avec un comportement agité. Les patients doivent être institutionnalisés. Nous allons donc exclure les patients atteints de la maladie au stade léger et ceux n'ayant pas de troubles du comportement, ainsi que ceux qui sont à domicile ou dans une structure d'accueil de jour.

Nous allons interroger des ergothérapeutes travaillant dans des structures gériatriques et qui pratiquent la stimulation multisensorielle (Snoezelen) et/ou utilisant un jardin thérapeutique. Nous excluons les structures intervenant au domicile, et les structures accueillant en journée les patients comme les Centres d'Accueil de Jour (CAJ) et les Hôpitaux De Jour (HDJ). Mais aussi les SSR (Soins de Suite de Réadaptation) gériatriques qui axent leur prise en soins principalement sur la rééducation et la réadaptation. Ainsi que les USLD (Unité de Soins Longue Durée) qui accueillent les patients avec des troubles sévère de la maladie mais qui utilisent moins la stimulation multisensorielle. Malgré que les UCC (Unités Cognitivo-Comportementales) accueillent des patients âgés avec des troubles du

comportement et pratiquent la stimulation multisensorielle (Snoezelen et jardin thérapeutique), nous n'interrogerons pas d'ergothérapeutes dans ces structures car elles font parties des SSR.

Nous allons inclure des ergothérapeutes utilisant la stimulation sensorielle pour diminuer les troubles du comportement du sujet âgé en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Notamment les EPHAD contenant une UHR (Unité Hébergement Renforcée), un PASA (Pôle Activité et de Soins Adapté) ou une UVP (Unité Vie Protégée). Ces structures ont pour la plupart des salles Snoezelen et des jardins thérapeutiques, et des ergothérapeutes y travaillent.

2. Méthode de recueil de données

Comme le sujet porte sur l'utilisation de la stimulation multisensorielle par l'ergothérapeute, il semble important de recueillir en priorité le point de vue de ce professionnel de façon qualitative et spontanée. L'entretien et le focus groupe sont donc compatibles avec cela. En effet, contrairement aux questionnaires et aux sondages, l'entretien et le focus groupe permettent aux professionnels de donner des réponses spontanées aux questions posées. Ils permettent aussi d'entendre la personne et de voir ses réactions face aux questions posées. Cependant, le focus groupe semble compliqué à réaliser pour répondre à ce sujet. En effet, beaucoup d'ergothérapeutes travaillent seuls dans des lieux de vie gériatriques et peu utilisent les stimulations multisensorielles. Il semble donc difficile de réunir plusieurs ergothérapeutes le même jour dans un lieu donné pour faire le focus groupe.

Concernant l'entretien, il en existe plusieurs types : directifs, semi-directifs et ouverts. Nous pensons utiliser l'entretien semi-directif avec une trame prédéfinie mais adaptable : ce cadre permettra de poser des questions à l'interlocuteur et ainsi avoir un échange constructif.

Nous allons principalement faire les entretiens en présentiel pour pouvoir observer l'attitude posturale de la personne et sa façon de s'exprimer. Cependant, si cela est impossible, en vue des conditions sanitaires actuelles ou de la distance des ergothérapeutes, nous opterons pour la visioconférence ou les appels téléphoniques.

a. Elaboration du guide d'entretien

La construction du guide d'entretien doit contenir des questions ouvertes et claires. L'objectif est de recueillir l'expérience d'ergothérapeutes utilisant une salle Snoezelen et/ou un jardin thérapeutique avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer agités. La trame de l'entretien se base sur la question de recherche formulée précédemment et l'hypothèse posée. L'entretien se divise en quatre grandes parties (Annexe 3) :

- La première est composée des questions de présentation. D'abord pour mieux connaître l'ergothérapeute, son parcours. Puis les modalités de fonctionnement de la structure dans laquelle il travaille, ainsi que la population accueillie.
- La seconde partie regroupe des questions concernant les troubles du comportement et la prise en charge de l'agitation de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer par l'ergothérapeute et les différentes activités proposés. Ensuite, les aménagements de l'environnement utilisés pour diminuer l'agitation du résident.
- La troisième partie se centre sur l'utilisation de la stimulation multisensorielle par l'ergothérapeute. D'abord, sur les objectifs du thérapeute, puis sur les effets de ces stimulations sur l'agitation de la personne âgée.
- Ensuite, la dernière partie ouvre sur les questions concernant la pratique de la stimulation multisensorielle par les autres professionnels que l'ergothérapeute auprès du sujet âgé en institution.

A la fin de l'entretien, il est demandé si les ergothérapeutes souhaitent ajouter des informations qu'ils/elles auraient oubliés de mentionner.

b. Déroulement des entretiens

Suite à la formulation de ce questionnaire, j'ai contacté des ergothérapeutes via des annonces sur différents réseaux sociaux et par message privé. J'ai aussi publié des messages sur des groupes d'ergothérapeutes spécialisés en gériatrie et

j'ai demandé des contacts à mes camarades. Toutes les annonces comprenaient une présentation succincte (nom, prénom, année d'étude, Institut de formation en ergothérapie), le thème de mon mémoire ainsi que les critères d'inclusions (Ergothérapeutes utilisant la stimulation multisensorielle dans une salle Snoezelen ou un jardin thérapeutique en EHPAD avec UP, UHR ou PASA).

J'ai ensuite reçu cinq réponses d'ergothérapeutes travaillant dans ces structures et utilisant des stimulations sensorielles. Je leur ai alors envoyé le formulaire de consentement (Annexe 4) qu'elles devaient remplir et me renvoyer.

Concernant le déroulement des entretiens, la plupart se sont tenus par visioconférence ou par téléphone et un s'est déroulé en présentiel : seules les personnes ayant donné leur accord ont été enregistrées. Chaque entretien a ensuite été retranscrit anonymement afin de permettre une meilleure analyse des réponses.

Nous allons analyser de façon quantitative les résultats de l'enquête. En effet, cela permettra de vérifier l'hypothèse à la question de recherche posée suite à l'élaboration du cadre conceptuel. Il a donc été effectué une retranscription en intégralité et conforme aux dires des ergothérapeutes interrogées (Annexes 5 à 9). (Van Campenhoudt, 2017).

IV. Présentation des résultats et discussion

1. Présentation des résultats

a. Généralités et présentation des ergothérapeutes

Pour le début de cette partie, nous allons répertorier les données socio-démographiques des différents ergothérapeutes interrogés. Le tableau ci-dessous présente les ergothérapeutes (représentés par la lettre E) en les anonymisant pour garantir la confidentialité des informations recueillies :

	E1	E2	E3	E4	E5
Année d'obtention du DE	2020	2012	2019	2011	2020
Expérience avec personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	D'abord dans un ESA et depuis quelques mois dans un EHPAD.	Toujours travaillé en gériatrie. Depuis 2017 dans la dernière structure.	1 an et demi en accueil de jour Alzheimer et depuis décembre 2020 en EHPAD	A travaillé dans 3 EHPAD différents Depuis 2015 dans le dernier	Travaille depuis 2 ans dans un hôpital gériatrique
Type d'établissement	EHPAD avec une unité Alzheimer en construction	EHPAD avec une unité Alzheimer en construction Equipe mobile de gériatrie	EHPAD avec une Unité protégée.	EHPAD avec une Unité protégée.	Hopital gériatrique avec USLD, EHPAD, Unité protégée, SSR et médecine.
Stimulations sensorielles utilisées	Chariot Flash a déjà utilisé une salle Snoezelen	Snoezelen Elle avait un jardin dans son ancien établissement	Jardin thérapeutique	Snoezelen	Jardin thérapeutique et Snoezelen
Annexe	Annexe 5	Annexe 6	Annexe 7	Annexe 8	Annexe 9

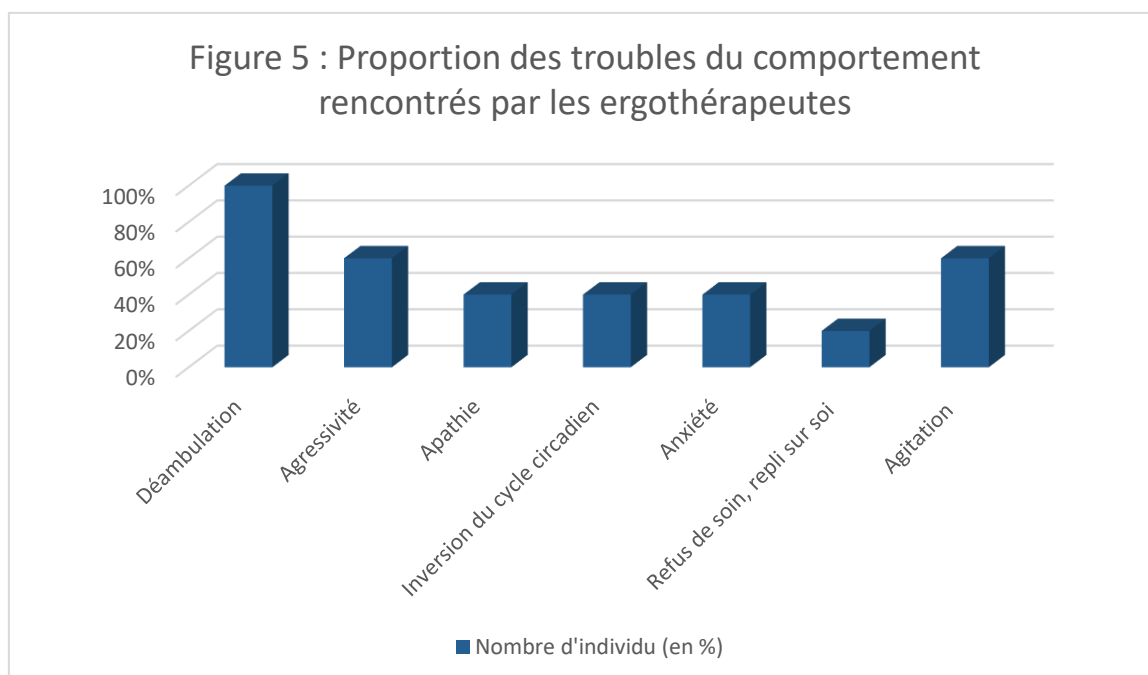
Tableau 1 : Présentation des différents ergothérapeutes interrogés

Toutes les ergothérapeutes interrogées sont des femmes. On remarque dans ce tableau qu'elles travaillent toutes dans des EHPAD. Dans leurs établissements respectifs, trois d'entre elles ont une unité protégée et deux ont une unité Alzheimer en construction. Trois ergothérapeutes sont jeunes diplômées (deux sont diplômées en 2020 et une en 2019). Concernant les stimulations utilisées, trois utilisent un jardin thérapeutique et quatre ont déjà expérimenté une salle Snoezelen. L'ergothérapeute E1 n'a pas de salle Snoezelen dans sa structure mais en a déjà expérimenté une. Néanmoins, elle utilise principalement un chariot flash dans son établissement.

Pour la suite de cette partie nous présenterons et analyserons les réponses des ergothérapeutes. Pour cela nous suivrons l'ordre des questions posées lors des entretiens (Annexe 3).

b. La prise en charge des personnes âgées avec des troubles du comportement

Durant les entretiens ont été demandé aux ergothérapeutes, quels étaient les différents troubles du comportement qu'elles pouvaient rencontrer dans leur établissement. Ceux-ci sont répertoriés sur le graphique ci-dessous (Figure 5).



En analysant ce graphique, on remarque que le trouble du comportement qui est le plus évoqué est la déambulation (100%). Ensuite l'agressivité et l'agitation (60%). Puis, on observe que l'apathie, l'inversion du cycle circadien et l'anxiété ont été évoqués à 40%. Enfin, le refus de soin et le repli sur soi ont été évoqués par une seule ergothérapeute (20%). Durant les entretiens, deux des ergothérapeutes (E4 et E5) ont précisé que l'agitation survenait souvent suite à d'autres troubles du comportement notamment de l'agressivité. L'ergothérapeute E5 évoque que l'agitation dépend du moment de la journée ou d'un événement extérieur que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne peuvent déterminer à cause de leur trouble de la mémoire à court terme.

On peut donc en déduire que l'agitation est un trouble du comportement secondaire à d'autres troubles comme de l'agressivité et peut dépendre du moment de la journée. Nous pouvons aussi nous demander si d'après les ergothérapeutes, la déambulation pourrait faire partie de l'agitation.

i. Prise en soin de l'agitation en ergothérapie

Pour la prise en soin de l'agitation en ergothérapie, l'écoute, la communication, l'isolement sont revenus à trois reprises (E1, E2 et E5). La plupart des ergothérapeutes (E1, E3 et E4) utilisent des activités (musique, coloriages...) ou des stimulations flash pour canaliser les troubles du comportement et apaiser la personne en période aiguë d'agitation. Puis les intervenants E2 et E4 ont évoqué la salle Snoezelen pour apaiser la personne si elle est réceptive à cette stimulation.

En se basant les dires des ergothérapeutes, on remarque qu'elles analysent l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations. En effet, elles se basent sur les habitudes de vie et les occupations signifiantes de la personne. Cela en adaptant leurs façons de se comporter en fonction du moment et des besoins de l'individu. Enfin, elles peuvent être amenées à adapter l'environnement pour diminuer les sources d'angoisse, par exemple en isolant la personne. La salle Snoezelen a aussi été évoquée pour réduire les troubles du comportement, notamment en apaisant la personne. Cependant, aucune ergothérapeute n'a évoqué le jardin thérapeutique qui utilise aussi la stimulation sensorielle.

ii. L'aménagement de l'environnement

Ensuite une question sur l'aménagement de l'environnement physique de la structure a été posée pour connaître les moyens mis en place pour diminuer l'agitation du patient. Toutes les ergothérapeutes ont évoqué des éléments différents :

E1 parle d'un environnement sonore calme avec peu de monde. Il faut un lieu permettant de favoriser les liens sociaux et proposer des occupations avec les résidents.

L'ergothérapeute 2 (E2) pense que cela dépend des personnes et de leur histoire de vie. Elle évoque la mise en place d'écrans tactiles sur le chemin de déambulation qui captent l'attention des personnes.

Puis, la troisième ergothérapeute (E3) parle de bandeaux LED mis en place pour délimiter les murs et tracer le chemin, ainsi que des canapés en bout de couloirs pour canaliser la déambulation. Elle évoque aussi la mise en place de musique relaxante sur la télé de l'unité et des activités (Tower Taffle) avec les soignants.

Ensuite, l'ergothérapeute 5 (E5) parle de la mise en place de rituels et de décorations dans l'unité avec des endroits où sont inscrits la date et le menu.

De plus, le circuit de déambulation a été évoqué par E2 et E4, ainsi que la mise en place d'un maximum d'activités (E1 et E5).

Finalement, les intervenantes E4 et E5 évoquent deux points de vue différents. En effet, E4 dit qu'une unité fermée, petite et sécurisée est plus rassurante que les grands espaces. Alors que E5, qui a déjà été dans une unité ouverte sur un jardin, indique que les lieux fermés, serrés et avec des obstacles perturbent les résidents.

En analysant les informations données précédemment, nous pouvons voir que le parcours de déambulation décoré et coloré avec des signalétiques semble revenir à plusieurs reprises. Les ergothérapeutes utilisent des repères pour les patients sur leur chemin de déambulations. Ces repères sont principalement visuels

(écrans, bandeaux LED...), mais aussi auditifs (musiques relaxantes...) et tactiles (écrans tactiles). Les repères temporo-spatiaux paraissent aussi importants (affichage du menu, date...). Concernant l'environnement social, les ergothérapeutes utilisent des activités pour favoriser la participation et les liens sociaux. D'après cette analyse, on peut déduire qu'il est important d'aménager l'environnement physique avec des stimulations sensorielles afin de diminuer les troubles du comportement pouvant entraîner de l'agitation.

c. L'utilisation de la stimulation sensorielle

Pendant les entretiens, chaque personne a été interrogé sur les objectifs et le rôle de l'ergothérapeute qui utilise la salle Snoezelen et/ou le jardin thérapeutique. Différents points de vue sont alors ressortis selon les stimulations utilisées :

- La salle Snoezelen :

Trois intervenants (E2, E4 et E5) en possèdent une dans leur établissement. E1 a aussi expérimenté la salle Snoezelen. Nous avons pu constater dans les entretiens, que l'utilisation de la salle permettrait à la personne de se déconnecter (E2), qu'elle fasse abstraction de ce qui l'entoure (E5). Tout cela dans le but de diminuer les troubles du comportement (E4). Le patient qui est dans la salle Snoezelen est libre de choisir sa stimulation (lumière, sons, toucher, odeur) selon son envie (E1, E2, E4). Ensuite, l'intervenante E4 évoque la réminiscence ainsi que la communication avec les résidents durant des séances dans la salle.

L'ergothérapeute E1 n'a pas beaucoup utilisé la salle Snoezelen car il y avait une psychomotricienne qui l'utilisait dans sa structure. D'après elle, l'ergothérapeute a sa place dans l'utilisation de cette salle. Cependant, ayant moins de connaissances en psychologie que les psychomotriciens, cela peut être un frein pour l'ergothérapeute d'utiliser cette stimulation.

Enfin, l'ergothérapeute E5 pense qu'il faut tout de suite calmer les troubles du comportement lors de la séance. D'abord en isolant la personne agitée et en essayant de discuter avec elle pour comprendre d'où vient l'origine de l'agitation. Puis, E5 essaie de mettre un maximum des médiateurs en place selon ce qui

diminue les troubles (musique, poupée d'empathie...). Enfin, elle évoque à plusieurs reprises la mise en place de routines.

- Jardin thérapeutique

Les ergothérapeutes E2, E3 et E5 ont déjà expérimenté des jardins thérapeutiques avec des patients. Il ressort des entretiens que le jardin thérapeutique permet de se rappeler des souvenirs (E2 et E5), d'investir dans les rôles sociaux et la communication (E3 et E5). Ensuite E3 parle de calmer les troubles et essayer d'apaiser et E5 évoque les objectifs de rééducation fonctionnelle et cognitive.

Durant les entretiens, des réponses similaires ont été données en ce qui concerne l'utilisation du jardin thérapeutique et de la salle Snoezelen. Les deux stimulations permettraient la réminiscence de souvenirs (E2, E4 et E5), ainsi que la communication (E5 et E4).

On remarque donc que les interventions sensorielles centrées sur la personne permettent de favoriser la participation sociale. En effet, les patients peuvent évoquer des émotions, des souvenirs autobiographiques et sont libres de choisir leur stimulation. Cela dans le but d'améliorer leur estime de soi et les capacités de socialisation (HAS, 2009). L'environnement physique et social semble aussi important. En effet, pour la salle Snoezelen, les ergothérapeutes évoquent un environnement stimulant avec des musiques, des couleurs... Mais aussi un environnement avec des repères temporo spatiaux (mise en place de rituels).

i. Effet sur les patients agités

Il a été demandé ensuite, quels étaient les effets de l'utilisation de ces stimulations sur l'agitation des patients. Il en est ressorti par E2 et E3 que l'utilisation du jardin et de la salle Snoezelen permettaient de calmer les troubles du comportement et d'apaiser la personne. Pour E4, il est difficile d'emmener quelqu'un dans la salle Snoezelen lorsqu'il est dans une phase aiguë d'agitation. Néanmoins, elle a observé, suite à des séances de Snoezelen, une diminution de l'agitation dans la journée, elle évoque le fait que ce soit plus une « mesure préventive que curative ».

Pour le jardin thérapeutique, E5 n'a pas fait de séance avec une personne agitée ou angoissée. Toutefois, les points de vue de E3 et E5 se rejoignent concernant l'utilisation de cette stimulation. En effet, elles disent qu'il faut que ce soit une occupation que le résident aime et qu'elle ait un sens pour lui. E3 évoque aussi la ritualisation du jardinage.

Enfin, les ergothérapeutes E1 et E3 utilisent souvent les « activités Flash » comme stimulations lors des phases aiguës d'agitation. Ces deux intervenantes ont mentionné que ces activités permettent de détourner l'attention et d'apaiser sur le moment les troubles du comportement, que ce soit de l'agitation, de l'anxiété ou d'autres troubles. Mais aussi que ces activités peuvent permettre d'aider les soignants à faire leur soin en ayant un résident moins agité (E1).

Pour toutes les ergothérapeutes interrogées (E1, E2 et E4), la stimulation sensorielle par le jardin thérapeutique ou la salle Snoezelen procurerait du bien-être aux résidents. E1 et E4 évoquent principalement un effet de détente pour les résidents. E1 pense que grâce à la stimulation sensorielle la personne peut avoir une autre image d'elle-même, ressentir des choses agréables et des sensations différentes de celles des soins.

Les deux stimulations sensorielles, si elles sont significatives, semblent diminuer les troubles du comportement et apporter du bien-être à la personne âgée. Cependant, on peut se questionner sur la remarque de E4 concernant la phase aiguë d'agitation qui rend difficile l'intervention en Snoezelen. En effet, les autres ergothérapeutes utilisent durant ces phases d'agitation des activités flash qui permettent de canaliser les patients sur le moment et soulager les équipes de soins. On peut donc se demander si l'utilisation du jardin thérapeutique et de la Salle Snoezelen sont adaptées à la prise en charge des patients Alzheimer agités.

d. Les différents professionnels intervenant dans la pratique des stimulations sensorielles

Pour cette partie, il a été demandé avec quels professionnels étaient pratiquées ces stimulations sensorielles dans les différentes structures.

Pour la salle Snoezelen, dans l'établissement de E2 et E5 les aides-soignants et les infirmiers ont été formés. Dans l'établissement de E2, ce sont la psychologue et l'animateur et chez E5 ce sont les kinésithérapeutes. E4 est la seule dans son établissement à être formée à l'utilisation de la salle, mais elle souhaite que les autres professionnels comme les soignants le soient eux aussi. E1 évoque également l'utilisation ponctuelle par les soignants des stimulations sensorielles avec les résidents si l'ergothérapeute n'est pas disponible.

Pour le jardin thérapeutique, dans l'établissement de E3 et E5, il est utilisé par les animateurs. E3 parle des psychomotriciennes qui utilisent aussi cette activité et E5 évoque les deux monitrices éducatrices.

On peut en déduire suite à l'analyse de ces entretiens que beaucoup de professionnels utilisent ces stimulations avec des patients. On peut se demander pourquoi autant de professionnels utilisent ces stimulations et quels sont leurs rôles et leurs objectifs. L'ergothérapeute E5 a partiellement répondu : elle a évoqué que pour le jardin thérapeutique, les professionnels accompagnaient les personnes et favorisaient les relations sociales. Pour la Salle Snoezelen, le soignant a une relation privilégiée avec le patient ce qui favorise la communication et la création de liens pour faciliter et améliorer les soins ou la toilette. Plusieurs ergothérapeutes semblent ne pas être assez disponibles pour utiliser ces stimulations : on peut se demander quelles en sont les raisons ?

Les ergothérapeutes ont répondu à cette question. Elles indiquent que peu d'entre elles sont à pleins temps en EHPAD et qu'elles ont beaucoup de tâches à accomplir (installation, matériel, prévention cutanées, prévention des chutes, gestion du budget...). Elles ont donc un manque de temps pour faire de la stimulation sensorielle avec les résidents. Puis le manque de formation en sensoriel contrairement aux psychomotriciens est revenu dans l'entretien de E1, E3 et E4.

Dans la structure où travaille E1, les aides-soignantes sont peu disponibles et ont beaucoup de travail : Elles passent peu de temps avec les résidents en individuel et privilégient les activités en groupe.

Enfin, E4 a un autre point de vue sur les différents professionnels soignants : elle dit que les aides-soignants et infirmiers connaissent mieux les résidents car ils

sont en permanence auprès d'eux, contrairement à l'ergothérapeute qui s'occupe de tout l'établissement. Pour les infirmiers et aides-soignantes, les activités sensorielles peuvent les aider dans leurs tâches quotidiennes. E4 aimerait aussi former plus de soignants à ces techniques pour que ce soit un travail d'équipe.

On peut déduire de ces entretiens que les ergothérapeutes, faute de temps dans les institutions, se concentrent sur l'aménagement de l'environnement plutôt qu'à la personne elle-même et à ses occupations. Le contenu de la formation des ergothérapeutes est moins centré sur le domaine du sensoriel, de ce fait elles y sont peut-être moins sensibles contrairement aux psychomotriciens ou aides-soignantes.

2. Discussion

Suite à l'analyse des résultats des entretiens, nous pouvons passer à la discussion. Tout d'abord nous allons faire un lien avec les résultats de l'enquête, puis nous allons valider ou non l'hypothèse énoncée plus tôt. Ensuite nous allons développer les limites de la recherche et enfin parler de l'ouverture.

a. Définition et approfondissements

Afin de valider ou non l'hypothèse et de parler des limites, nous devons développer le terme de « chariot flash » évoqué par plusieurs ergothérapeutes durant les entretiens.

L'animation flash ou charriot flash est une thérapie non médicamenteuse, qui se base sur le sensoriel et les intérêts et les habitudes de vie de la personne. C'est une thérapie rapide (15 min) qui se déplace dans le lieu où se trouve le patient (chambre...) afin de canaliser les troubles du comportement. Selon la Direction Générale de la Santé (DGS), il y a différentes catégories d'activités : actualités, photos, souvenirs, bien-être, activité manuelle, promenade, musique, relaxation/respiration, défouloir. (Direction Générale de la Santé, 2018).

Selon la fondation Médéric Alzheimer, le chariot d'activités flash regroupe différentes thérapies non médicamenteuses utilisables lors de manifestations aiguës des troubles du comportement (agitation, errance, agressivité, opposition, idées délirantes...). L'objectif est de diminuer les sources d'angoisse ou de stress

en déviant l'attention sur une activité signifiante. (Fondation Médéric Alzheimer, Février 2016).

b. Retour à l'hypothèse

Tout d'abord, nous allons rappeler la question de recherche qui nous a permis de formuler l'hypothèse : **en quoi la stimulation sensorielle réalisée par un ergothérapeute peut-elle canaliser l'agitation de la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer ?**

L'hypothèse formulée est la suivante : « **L'ergothérapeute avec ses connaissances en adaptation de l'environnement et son approche centrée sur la personne et ses occupations est capable, grâce à l'utilisation d'une salle Snoezelen et d'un jardin thérapeutique, de limiter l'agitation de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.** »

D'après l'analyse des résultats de l'enquête et le cadre conceptuel, nous avons pu observer que les ergothérapeutes interrogées analysent les interactions entre la personne agitée, son environnement et ses occupations.

En effet, concernant l'environnement physique de l'établissement, le parcours de déambulation, l'orientation temporo spatiale (mise en place de routines), la signalétique, les décorations, la lumière et les couleurs ont été évoquées par les ergothérapeutes et par le docteur Treussard Marchant en 2008. Concernant l'environnement social le docteur a aussi évoqué la stimulation aux activités et aux interactions sociales.

En faisant des liens entre les réponses aux entretiens et le cadre thérapeutique, on remarque des similitudes. En effet, pour la salle Snoezelen et le jardin thérapeutique, ils peuvent être aménagés par l'ergothérapeute en mettant en place des routines pour des séances avec le patient. Ces stimulations amènent l'ergothérapeute à se baser sur les envies, les habitudes de vie et les occupations signifiantes de la personne pour proposer cette activité. L'étude de Sánchez et al de 2012, indique aussi que les deux stimulations permettent la diminution des troubles du comportement. Mais aussi favorisent la stimulation des souvenirs et la relation entre le patient et le thérapeute (Sánchez et al, 2012). Dans la salle

Snoezelen, le patient ayant le libre choix de sa stimulation cela favorise sa participation dans l'activité (Maseda et al, 2014). Pour le jardin thérapeutique, il peut être aménagé afin de faciliter l'orientation temporo spatiale avec la mise en place de rituels et peut être utilisé pour stimuler les capacités motrices et cognitives (Castel-Tallet, 2016).

Cependant, suite à cette analyse, nous pouvons valider que partiellement l'hypothèse. En effet, les ergothérapeutes ont décrit une approche centrée sur la personne et ses occupations et l'adaptation de l'environnement. Elles indiquent que la stimulation, dans la salle Snoezelen notamment, participe à réduire l'agitation et les troubles du comportement sur le court terme. L'agitation aiguë semble plus difficile à gérer pour les équipes soignantes. De ce fait, il paraît important, pour diminuer cette agitation, d'adapter l'environnement. Il faut alors isoler la personne loin du lieu sur-stimulant ou sous stimulant et lui proposer une activité sur le moment de l'agitation. L'animation flash qui a été évoquée par plusieurs ergothérapeutes semble alors être une stimulation sensorielle adaptée dans cette situation. De plus, elle peut se déplacer et s'adapter à chaque patient tandis que le jardin thérapeutique et la salle Snoezelen demandent au soignant d'amener le patient vers la stimulation

c. Limites de la recherche

Différentes limites ont pu être observées au cours des entretiens. En effet, trois entretiens sur cinq se sont déroulés par téléphone : il était donc difficile d'analyser la communication corporelle et verbale. De plus, les ergothérapeutes interrogées étaient pour la plupart jeunes diplômées (deux de 2020 et une de 2019), et n'avaient que peu d'expérience de l'utilisation de la salle Snoezelen ou du jardin thérapeutique. Les ergothérapeutes travaillaient toutes dans un EHPAD avec une unité protégée. De ce fait, il aurait pu être intéressant d'avoir l'avis d'ergothérapeutes travaillant dans une institution avec une UHR ou un PASA pour pouvoir comparer la prise en charge avec les stimulations sensorielles.

Nous avons pu remarquer que lors de l'analyse des résultats, les ergothérapeutes pouvaient avoir des difficultés à distinguer l'agitation d'autres troubles du comportement, il aurait donc été intéressant de définir préalablement le terme d'agitation avec les ergothérapeutes lors des entretiens.

Ensuite, les ergothérapeutes évoquent des difficultés pour amener les personnes lors des phases aiguës d'agitation dans le jardin thérapeutique ou la salle Snoezelen. Elles parlent alors de l'utilisation de stimulations flash en se basant sur les occupations de la personne. De ce fait, il aurait été intéressant d'avoir plus d'informations sur les différentes stimulations flash utilisées et avoir des comparaisons avec l'utilisation de la salle Snoezelen et/ou le jardin thérapeutique.

Enfin, nous aurions pu interroger d'autres professionnels tels que des psychomotriciens. Cela dans le but de comparer leurs objectifs de prise en charge en sensoriels dans une salle Snoezelen ou un jardin thérapeutique avec un patient atteint de la maladie d'Alzheimer agité.

V. Conclusion et ouverture

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer représente actuellement un enjeu majeur pour la société. Notamment en ce qui concerne la prise en charge des troubles du comportement. L'agitation est un trouble important, car la personne peut être agressive envers elle-même ou envers ses aidants familiaux ou professionnels. Ce qui entraîne des difficultés de prise en charge. L'agitation peut être la résultante d'un trouble somatique de la personne, d'un environnement sur-stimulant ou sous-stimulant ou d'un manque d'activités significatives, cela entraînant du stress et de l'anxiété puis de l'agitation. Ainsi, pour la prise en charge de ces troubles, les thérapies non médicamenteuses sont le plus utilisées en équipe pluridisciplinaire auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer agitée. La stimulation sensorielle amenée par la salle Snoezelen ou par le jardin thérapeutique peut favoriser le bien-être de la personne et diminuer son agitation.

Ce travail de recherche m'a permis de répondre à ma question de recherche portant sur l'utilisation par l'ergothérapeute de la stimulation sensorielle ayant pour but de réduire l'agitation de la personne Alzheimer. Tout au long de ce mémoire, j'ai pu constater que l'ergothérapeute peut utiliser des stimulations sensorielles afin de diminuer l'agitation. Il se base alors sur les habitudes de vie de la personne et ses occupations significatives et adapte l'environnement dans le but d'améliorer la participation de la personne et réduire ses troubles.

Enfin, ce travail d'initiation à la recherche a renforcé mes connaissances sur la maladie d'Alzheimer et sur les différents troubles du comportement rencontrés dans les institutions. J'ai pu aussi me rendre compte lors de mes recherches et en interrogeant les professionnels, de l'effet de la salle Snoezelen et du jardin thérapeutique sur l'agitation. Toutefois, il semble difficile pour les ergothérapeutes de prendre en soin les patients en phase d'agitation aiguës dans une salle Snoezelen et/ou dans un jardin thérapeutique. De ce fait, les ergothérapeutes expliquent qu'elles utilisent dans ces situations les stimulations flash, ce qui amène à nous poser la question suivante : La stimulation flash ne serait-elle pas plus adaptée face à un patient atteint de la maladie d'Alzheimer en phase d'agitation aiguë ?

VI. Bibliographie :**Article, Ouvrage ou Chapitre :**

1. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), (2017), Analyse de la littérature nationale et internationale portant sur l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative (MND) en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et en Unité d'hébergement renforcé (UHR).
2. Berg-Weger, M., & Stewart, D. B. (2017). Non-Pharmacologic Interventions for Persons with Dementia. *Missouri medicine*, 114(2), 116–119
3. Carrarini, C., Russo, M., Dono, F., Barbone, F., Rispoli, M. G., Ferri, L., di Pietro, M., Digiovanni, A., Ajdinaj, P., Speranza, R., Granzotto, A., Frazzini, V., Thomas, A., Pilotto, A., Padovani, A., Onofri, M., Sensi, S. L., & Bonanni, L. (2021). Agitation and Dementia : Prevention and Treatment Strategies in Acute and Chronic Conditions. *Frontiers in Neurology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.644317>
4. Castel-Tallet, M-A (2016). Le sensoriel et la maladie d'Alzheimer en Ehpad. *La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, (42), 1-16, www.fondation-mederic-alzheimer.org
5. Castel-Talbet, M-A., Villet, H., (2014). Etablissement disposant d'unités spécifiques Alzheimer. *La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, (35), 1-16
6. Circulaire DGCS/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure n° 6), page 574-590
7. Dubois, B. (2019). *Alzheimer : La vérité sur la maladie du siècle (Documents Français) (French Edition)*. GRASSET, 41, 44, 47, 55, 59, 66, 71, 78-80, 80-93, 94, 99-104, 105-115)

8. Eijgendaal, M., Eijgendaal, A., Fornes, S., Hulsegge, J., Mertens, K., Pagliano, P., & Vogtle, L. (2010). Multi Sensory Environment (MSE/Snoezelen)—A Definition and Guidelines. *Rehabilitation*, 24(4), 175-184.
9. Engasser, O., Bonnet, A. & Quaderi, A. (2015). L'approche non médicamenteuse de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer et apparentées : Fondements conceptuels d'une clinique thérapeutique. *Psychothérapies*, 35, 151-158. <https://doi.org/10.3917/psys.153.0151>*
10. Guisset-Martinez, M-J., Villez, M., Couprie, O. (2013). Jardins : Des espaces de vie au service du bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage. Rapport d'étude Fondation Médéric Alzheimer, 3, 1-44
11. Haute Autorité de Santé (HAS). (2009). *Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation*, Recommandation de bonne pratique
12. Haute Autorité de Santé (HAS). (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Recommandation de bonne pratique
13. Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). *Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*
14. Hauw, J-J. (2019). La maladie d'Alzheimer., France : Que sais-je ? page 7-8, page 42-43, page 43-45, page 31-35, page 19-25, page 34-36
15. Maseda, A., Sánchez, A., Marante, M. P., González-Abraldes, I., Buján, A., & Millán-Calenti, J. C. (2014). Effects of Multisensory Stimulation on a Sample of Institutionalized Elderly People With Dementia Diagnosis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 29(5), 463-473. <https://doi.org/10.1177/1533317514522540>

16. Micas, M., Ousset, P.J., Vellas, B. (1997). Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. *La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale*, 151-157.
17. Ministère de la santé et des services sociaux. (2012) *Agitation dans les démences - Fiche clinique « État cognitif » - Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
18. Murrioni, V., Cavalli, R., Basso, A., Borella, E., Meneghetti, C., Melendugno, A., & Pazzaglia, F. (2021). Effectiveness of Therapeutic Gardens for People with Dementia: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9595. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189595>
19. Ngatcha-Ribert, L., (2011). Les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, *Ergothérapeute et maladie d'Alzheimer*, La lettre à l'observatoire, 19, 1-12
20. Ngatcha-Ribert, L., Morvillers, J-M., (2021). Enquête qualitative portant sur les unités cognitivo-comportementales en île-de-France, *Etude KALIUCC*, 1-98
21. Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2012). Multisensory Stimulation for People With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/1533317512466693>
22. Schaub, C., Morin, D., Von Gunten, A. (2016). L'agitation chez les personnes atteintes de démence : examen de la portée des connaissances et mise en perspective du phénomène selon la théorie du confort et le concept de l'attachement. *Recherche en soins infirmiers*, 125, 68-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0068>
23. Smith, B. C., & D'Amico, M. (2019). Sensory-Based Interventions for Adults with Dementia and Alzheimer's Disease : A Scoping Review. *Occupational*

Therapy In Health Care, 34(3), 171-201.
<https://doi.org/10.1080/07380577.2019.1608488>

24. Townsend, E., Polatajko, H., (2013). Habilitier à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. CAOT Publication ACE. 2ème édition.
25. Treussard Marchand, D. (2008). *Conception architecturale des établissements accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer : revue de la littérature*. Diplôme inter universitaire de médecin coordonnateur d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Université René Descartes V.
26. Trouvé, E. (2009). Ergothérapie en gériatrie : Approches cliniques, (Ergothérapies) (French Edition) (1re éd.). DE BOECK SUP.
27. Van Campenhoudt, L., Marquet, J et Quivy, R. (2017). Manuel de recherche en sciences sociales. Malakoff : Dunod.

Sitographie

28. Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2019). *La profession*. Consulté le 19 septembre 2021, à l'adresse : <https://anfe.fr/la-profession/>
29. Association française des ergothérapeutes en gériatrie (AFEG). (2021). Consulté le 20 septembre 2021, à l'adresse <http://afeg.asso.fr/>
30. Direction Générale de la Santé (2018). *Traitement non pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées*. Recommandations générales animation flash. Consulté le 1 mai 2022, à l'adresse : http://www.ffamco-ehpad.org/docs/therap-non-medicam/recommandations_gnrales.pdf
31. Fondation pour la Recherche Médicale. (2019). *Maladie d'Alzheimer : les chiffres de la pathologie*. Consulté le 9 septembre 2021, à l'adresse :

- <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer/alzheimer-en-chiffres>
32. Fondation Médéric Alzheimer (Février 2016). *Chariot d'activités : pour dévier l'attention en cas de troubles du comportement*. Revue de presse, 125, 1-53
33. Fondation Vaincre Alzheimer. (2021). La découverte maladie d'Alzheimer. Consulté le 9 septembre 2021 à l'adresse : <https://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/decouverte/#:%7E:text=D%C3%A9couverte%20de%20la%20maladie%20d,les%20plaques%20amylo%C3%AFdes%20et>
34. Haute Autorité de Santé (HAS). (2011). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Diagnostic et prise en charge. Consulté 23 décembre 2021, à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge
35. Haute Autorité de Santé. (2016). *Médicaments de la maladie d'Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale*. Consulté le 23 septembre 2021 à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2679466/fr/medicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale
36. Le plan Alzheimer 2008-2012, consulté le 24 décembre 2021 à l'adresse : http://archives.gouvernement.fr/fillon_version2/gouvernement/le-plan-alzheimer-2008-2012.html
37. Organisation mondiale de la santé. (2021). *La démence*. Consulté le 21 septembre 2021 à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
38. Psychomédia. (2015). *Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ? Critères diagnostiques du DSM-5 et symptômes*. Consulté le 9 septembre 2021 à l'adresse : <http://www.psychomedias.qc.ca/dsm-5/2015-08-24/criteres-diagnostiques-maladie-d-alzheimer>

Table des annexes

ANNEXE 1 : L'ECHELLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD	I
ANNEXE 2 : L'INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE EQUIPE SOIGNANTE (NPI-ES).....	II
ANNEXE 3 : TRAME DE L'ENTRETIEN.....	VI
ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	IX
ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E1	X
ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E2	XVII
ANNEXE 7 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E3	XX
ANNEXE 8 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E4	XXVI
ANNEXE 9 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHERAPEUTE E5 ..	XXXIII

Annexe 1 : L'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

(CMAI - Cohen-Mansfield Agitation Inventory)

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant – autre)

Agitation physique non agressive	1-Cherche à saisir
	2-Déchire les affaires
	3-Mange des produits non comestibles
	4-Fait des avances sexuelles physiques
	5-Déambule
	6-Se déshabille, se rhabille
	7-Attitudes répétitives
	8-Essaie d'aller ailleurs
	9-Manipulation non conforme d'objets
	10-Agitation généralisée
	11-Recherche constante d'attention
	12-Cache des objets
	13-Amasse des objets
Agitation verbale non agressive	14-Répète des mots, des phrases
	15-Se plaint
	16-Émet des bruits bizarres
Agitation et agressivité physiques	17-Fait des avances sexuelles verbales
	18-Donne des coups
	19-Bouscule
	20-Mord
	21-Crache
	22-Donne des coups de pied
	23-Griffe
	24-Se blesse, blesse les autres
Agitation et agressivité verbales	25-Tombe volontairement
	26-Lance les objets
	27-Jure
	28-Est opposant
	29-Pousse des hurlements

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

Non évaluable : 0

Jamais : 1

Moins d'une fois par semaine : 2

Une ou deux fois par semaine : 3

Quelquefois au cours de la semaine : 4

Une ou deux fois par jour : 5

Plusieurs fois par jour : 6

Plusieurs fois par heure : 7

Version française traduite et validée par Micas M, Ousset PJ, Vellas B.

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Référence : Micas M, Ousset PJ, Vellas B. Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997 : 151-157.

Annexe 2 : L'Inventaire Neuropsychiatrique équipe soignante (NPI-ES)

Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

Instructions

BUT

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

L'INTERVIEW DU NPI-ES

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

Le but de l'interview
 Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles
 Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)
 Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non »

Il est important de :

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

QUESTIONS DE SÉLECTION

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

A. IDÉES DÉLIRANTES

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

**B. HALLUCINATIONS (NA)**

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

C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)

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

D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)

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

E. ANXIÉTÉ (NA)

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

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

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

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

H. DÉSINHIBITION (NA)

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

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

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

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

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

K. SOMMEIL (NA)

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



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

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

SOUS-QUESTIONS

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

NON APPLICABLE

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

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

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

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

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

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

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

Le score du domaine est déterminé comme suit :

score du domaine = fréquence x gravité



RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au :

retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

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

0. **Pas du tout**

1. **Perturbation minimum :**

presque aucun changement dans les activités de routine.

2. **Légèrement :**

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

3. **Modérément :**

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

4. **Assez sévèrement :**

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

5. **Très sévèrement ou extrêmement :**

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

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

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

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

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

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

Annexe 3 : Trame de l'entretien

Bonjour, je suis Emeline LE CASTREC en 3^{ème} année à l'ADERE à Paris. Je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'impact de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer. L'entretien devrait durer entre 15 et 30 min. Si cela vous convient, notre entretien sera enregistré, afin que je puisse retranscrire le plus fidèlement possible vos réponses. Les réponses données resteront anonymes. Par ailleurs, je vous ferai parvenir un formulaire de consentement pour l'enregistrement audio.

Si cela vous convient, nous pouvons commencer.

Présentation de l'ergothérapeute et de la structure		
Q1	Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? • Au sein de quelle structure exercez-vous ? • Depuis combien de temps exercez-vous dans cette structure ? • Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de patient âgé ? Auprès de patient atteint de la maladie d'Alzheimer ?
Q2	Quelles sont les modalités de fonctionnement de votre structure ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quels types de patients accueillez vous ? • Quelles prises en charges faites vous ? Combien de patients ? • Quels troubles du comportement rencontrez-vous avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?
Prise en soin des patients atteints de la maladie d'Alzheimer agités		

Q3	Comment prenez-vous en soin les patients atteints d'agitation ?	Quelles activités proposez-vous ?
Q4	Qu'est-ce qui peut diminuer l'agitation dans l'aménagement de l'environnement physique du patient ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quels moyens (dans l'aménagement de l'environnement physique) utilisez-vous en ergothérapie pour diminuer l'agitation ?
L'utilisation de la stimulation multisensorielle par l'ergothérapeute		
Q5	Quels sont, selon vous, les objectifs et le rôle de l'ergothérapeute qui utilise une salle Snoezelen/jardin thérapeutique ?	
Q6	Quels sont les effets de l'utilisation de ces stimulations sur l'agitation du patient ?	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous qu'elles ont un effet sur le bien-être de la personne âgée ?
Les différents professionnels intervenants dans l'utilisation des stimulations sensorielles		
Q7	Avec quels professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude de la fondation Médéric Alzheimer montre que les ergothérapeutes sont

	utilisez-vous ce (ces) activité(s) ?	minoritaires dans l'utilisation des stimulations sensorielles derrière les aides soignant, infirmier pour quelles raisons d'après vous ?
Q8	L'entretien est terminé souhaitez-vous apporter des informations complémentaires ?	

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement pour enregistrements sonores et prise d'informations dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche

L'entretien auquel vous allez assister a pour but de recueillir des données utilisables dans l'analyse exploratoire d'un mémoire d'initiation à la recherche en Ergothérapie. Mon mémoire porte sur la pratique en ergothérapie de la stimulation multisensorielle auprès de patient atteint de la maladie d'Alzheimer agitée.

Je soussigné(e)accepte que la rencontre soit enregistrée sur bande audio avec Emeline Le Castrec. Je comprends que les informations recueillies resteront strictement confidentielles et anonymes.

Je comprends que les enregistrements seront utilisés à des fins de travail et d'analyse par l'étudiant. Le support audio ne doit pas sortir du cadre de l'institut de formation en Ergothérapie ADERE. Je comprends que tous les enregistrements seront conservés de façon à ce qu'ils ne soient pas divulgués sur internet ou utilisés à d'autres fins que pour le travail de recherche de mémoire.

Fait le :

A :

Signatures

Nom, Prénom :

Emeline LE CASTREC

Etudiante en Ergothérapie

Ergothérapeute

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E1

Entretien effectué le 18 mars 2022 en visioconférence.

L'entretien commence par les salutations ainsi que le rappel que l'entretien sera enregistré dans le seul but d'être analysé pour ce mémoire.

Les questions sont écrites en gras.

Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis ergothérapeute depuis Octobre 2020. J'ai beaucoup fait de stages en gériatrie en passant par la psychogériatrie aussi. J'ai fait moins d'un an dans une ESA pour finir en EPHAD

Est-ce que dans l'EHPAD où vous travaillez vous disposez d'un service spécialisé dans la maladie d'Alzheimer ?

A l'heure actuelle on a un étage qui nous sert « d'unité Alzheimer » ce n'est pas officiel mais d'ici quelques mois on va déménager avec une vraie unité Alzheimer composée de 12 lits, des espaces ect. On en a une officieuse on va dire.

Quelles sont les modalités de fonctionnements de votre structure ? Quels types de patients accueillez-vous en général ?

Tous types. On a 3 étages, par exemple au premier étage on va avoir des personnes qui, comment dire, qui sont assez indépendants, qui marchent, se débrouillent seules qui sont assez autonomes et indépendantes. Au deuxième, on va avoir des personnes plus dépendantes, en fauteuil. Et au 3^{ème} étage, on va avoir l'étage des troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer, maladie apparentée. On a un peu de tout. On a un monsieur qui a une sclérose en plaques, on en a deux qui ont parkinson, un qui a une démence à corps de Lewy sinon c'est du vieillissement normal avec des troubles cognitifs, un peu de troubles de la mémoire, des syndromes frontaux aussi. On a un peu de tout.

Vous faites quoi comme prise en charge ? avec combien de patients en général ?

On essaie de déployer ce qu'on appelle les TNM (thérapies non médicamenteuses) en lien avec la psychologue et l'animateur. Pour l'instant on s'est concentré sur les personnes, enfin, sur les résidents du troisième étage qui ont justement des troubles cognitifs en passant par une TNM comportementale. On a un groupe d'à peu près, environ, entre 5 et 10 résidents, on essaie d'avoir les mêmes mais ce n'est pas toujours facile à raison d'une fois par semaine pendant 45 min. C'est du groupe *** donc on a, comment dire, c'est une TNM socle de ***, c'est eux qui nous proposent avec la façon de faire, le matériel aussi, qu'on a à disposition en fonction de ce qu'on a et des résidents. On essaie de s'axer sur tout ce qui est, comment dire, avec le groupe de résidents qu'on a, on essaie de travailler sur « l'apathie, l'anxiété, la déambulation pathologique aussi » on essaie de favoriser le lien social un maximum et de canaliser les troubles du comportement, qui vont avec les résidents de l'étage. Globalement c'est la grosse partie qu'on fait avec eux et des fois il arrive qu'il y ait l'animateur qui fasse lui des activités. Moi pour l'instant, je n'ai pas pu mettre en place d'activités à part celle, la TNM qu'on a mise en place, comme on déménage. Je n'ai pas mis d'atelier pour le moment.

Vous m'avez parlé de différents troubles du comportement comme l'anxiété, la déambulation, mais est-ce que vous rencontrez d'autres troubles du comportement par rapport aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans votre structure ?

On a la déambulation pathologique aussi, on a l'apathie, on peut avoir de l'agressivité mais en général c'est réactionnel ce n'est pas spontané. Qu'est-ce qu'on a d'autre... on a surtout de l'anxiété, de l'apathie en soit. Et dans cet étage là il faut prendre, comment dire, il faut réagir assez vite parce que quand on a un résident qui commence à monter que ce soit en anxiété ou qui commence à être un peu perturbé, il a tendance à perturber tout l'étage et là ça génère surtout de l'anxiété après ils sont agités. Et c'est très difficile de les faire redescendre.

Vous m'avez parlé de l'agitation, comment prenez-vous en soin les patients atteints d'agitation ?

« On les isole », c'est-à-dire qu'on va vers eux et on essaie d'orienter leurs attentions sur autre chose, vraiment complètement de les sortir de cette agitation

là. On a ce qu'on appelle, nous chez ***, « le chariot flash » susceptible de canaliser les troubles du comportement du résidents et en fonction de ça on utilise, ce qui a été identifié pour le résident afin de justement calmer ce trouble. Ou sinon tout simplement, on y va on essaie de discuter avec lui, de se poser, voilà on est dans le soins relationnel clairement.

D'après vous qu'est ce qui peut diminuer l'agitation dans l'aménagement physique de l'environnement du patient ?

Qui est moins de monde déjà, qui est un environnement sonore assez calme, là c'est une fausse unité donc on doit avoir une vingtaine de résidents ce qui est assez conséquent. Donc déjà ça, limiter le nombre de personne, l'environnement sonore. Proposer des activités aussi beaucoup, essayer de les occuper au maximum, dès qu'on peut. Voilà, puis favoriser les liens sociaux, c'est assez important, car ils sont assez isolés ces gens, globalement c'est ce que nous on essaie de faire dans notre structure. Ce que j'essaie de faire aussi.

Vous m'avez parlé de quelques activités, ce sont des moyens, c'est ça que vous utilisez pour diminuer l'agitation et en ergothérapie ce sont les mêmes ou vous en avez d'autres ?

Oui, en fait avec ces résidents on ne va pas faire de rééducation, clairement on est plus du tout sur ça on essaie de maintenir ce qu'il reste et donc en fonction de l'histoire de vie de la personne, de ses loisirs, de tout ce qu'elle a pu apprécier ou pas. Nous on va essayer de proposer, en tant qu'ergo aussi, on va essayer de proposer des choses qui sont parlantes. Par exemple je ne sais pas quelqu'un qui aimait beaucoup tout ce qui était français, lecture, orthographe tout ça quand on a un trouble du comportement qui commence à monter on arrive avec justement ce type d'activités là et on lui propose, ça peut être des mots mêlés, des mots fléchés, même si on sait que les troubles cognitifs empêchent quelque chose de correcte de notre point de vue, ça va avoir tendance à les calmer. Après en ergo, moi le point de vue ergo que j'ai dessus, c'est voilà, vraiment proposer des activités le plus possible qui se rapproche de leur histoire de vie, de leur quotidien ect...

Vous m'avez parlé des TNM, est ce que vous avez une salle Snoezelen ou un jardin thérapeutique dans votre structure ?

Non, dans la prochaine on aura des jardins thérapeutiques, salle snoezelen je ne suis pas sûre que ce soit, il me semble qu'on a essayé d'en demander une, mais ça n'a pas été pris en compte je crois.

Quels sont, selon vous, les objectifs et le rôle de l'ergothérapeute qui utilise la stimulation multisensorielle ?

Les objectifs ? limiter les troubles du comportement, avec toujours les personnes avec la maladie d'Alzheimer on est d'accord ? limiter les troubles du comportement je pense que c'est ce qui est le plus gros objectif avec eux. Les canaliser aussi ça peut être un moyen assez efficace. Prévenir aussi, les troubles du comportement, parce que ça c'est possible aussi. Et le rôle de l'ergothérapeute dedans, quel rôle... on travaille aussi sur les troubles du comportement donc, le rôle propre de l'ergo, c'est vrai que c'est un peu difficile, parce que moi je vois plus le psychomot dessus en lien avec l'ergo oui, mais c'est vrai que je verrai peut-être un peu plus dans une salle multisensorielle, le psychomot, qui lui a accès à tout ça quoi que nous on peut le faire aussi s'il n'y a pas de psychomot. Le rôle qu'on a dedans, je ne saurais pas trop dire. Ça va aussi aller avec les objectifs enfaite, c'est à dire qu'on est nous, dans tout ce qui est prise en soins des troubles du comportement, et je pense que oui pour prévenir déjà les troubles, même canaliser sur le moment, on clairement notre place, mais pour expliquer concrètement là c'est encore autre chose. Après on est tout à fait habilité à le faire mais c'est vrai mais comme on est peu accès sur la psychologie c'est vrai que c'est plus difficile. Je ne saurais pas dire et de dire des bêtises et de me perdre dans les méandres de ma réflexion. Mais bonne question en tout cas, ça me met en échec. Non là tout de suite je ne saurais pas répondre. C'est vrai que quand on a une salle snoezelen c'est royal, j'ai rarement eu l'occasion d'en utiliser une, parce qu'on avait une psychomot sur la structure du coup c'est elle qui s'occupait de ça mais ça nous arrivait à nous aussi quand on avait vraiment un résident qui était vraiment pas bien ou quand la psychomot était pas libre ou quoi que ce soit, nous on l'emmenait dans cette salle, et quand on ne savait pas on testait, si c'était surtout ce qui était visuel qui fonctionnait, le toucher, l'auditif ect... et on y allait un peu à tâtons, et en fonction de la réponse du résident, on arrivait à capter un petit peu ce qu'on pouvait utiliser pour le calmer mais ce n'était pas simple.

Vous utilisez les chariots flash c'est ça ? même en ergothérapie ?

Oui

Est-ce que vous avez vu des effets sur l'agitation du patient ?

Oui, puisque comme on le sort de justement, de son que ce soit du délire, des idées délirantes, les hallucinations un peu moins quand même, les idées délirantes ou une anxiété qui vraiment augmente. Le fait de détourner l'attention de ça, déjà on sent que ça les apaise et ça les calme. Alors sur un petit temps certes parce que des fois quand ils sortent ça remonte d'un coup, parce que l'environnement fait que, mais globalement on arrive à les apaiser comme on peut. Et si vraiment nous on y arrive, on fait appel en général aux soignants et si vraiment elles n'y arrivent pas elles appellent en général la psychologue ou l'ergo. Ça m'est arrivée, une toilette un monsieur qui a des troubles cognitifs sévères qui ne comprend plus du tout, très peu le langage verbal et donc, une soignante m'a appelé pour me dire qu'elle était en difficulté avec ce monsieur qui devenait agressif parce qu'il ne comprenait pas la situation ni l'environnement dans lequel il était. Et donc avec lui par exemple je suis montée, j'ai pris un truc tout bête, on sait qu'il adore lire, j'ai pris un livre Montessori, je lui ai filé et nickel. Donc c'est une sorte d'activité flash enfaite pour calmer le trouble du comportement qui est en train de monter. Et on se rend compte qu'on n'a pas besoin des médicaments tout de suite pour calmer un trouble du comportement. Je suis souvent appelé pour les toilettes où c'est difficile et où le résident devient agressif.

Pensez-vous que les stimulations multisensorielles évoquées juste avant peuvent avoir un effet sur le bien-être de la personne âgée ?

Oui étant donné qu'elles ont un rapport au corps totalement différent ça peut être pas mal de stimuler rien que le tactile déjà. On se rend compte que rien que les déformations que les résidents peuvent avoir, on se rend compte qu'ils ne ressentent plus autant leur corps qu'avant. Ils ne se rendent pas compte qu'ils sont complètement voutés et des choses comme ça. Et je pense que remettre un petit peu, des fois la stimulation visuelle et auditive c'est un peu compliqué, disons qu'ils sont assez souvent sourds ou malvoyants. C'est vrai que le multisensoriel peut être assez difficile, mais c'est vrai que c'est surtout le tactile qui reste. On voit, on est en

lien avec une socio-esthéticienne et elle fait des soins un truc tout bête des soins des mains du visage ect... il y a un vrai bénéfice, un bien être chez le résident, parce qu'on lui a juste fait un petit massage des mains et du visages, ça c'est ce qu'il reste le plus.

Et même chez les patients avec une maladie d'Alzheimer aussi ?

Oui surtout pour eux, ça a tendance à les apaiser aussi, le fait d'arrêter de déambuler de se poser, d'avoir quelque chose à faire, qu'on s'intéresse à eux qu'on discute, même si des fois les échanges sont lunaires, ils sont juste contents qu'on s'intéresse à eux et surtout c'est vrai qu'on a très peu de toucher nous c'est surtout du toucher soins. Et ce n'est pas forcément un toucher agréable pour eux. Passer par la stimulation sensorielle sans être dans le soin ça peut être pertinents pour eux et ça peut apporter un bénéfice non négligeable.

On parlait de stimulation multisensorielle, est ce qu'il y a d'autres professionnels qui font ces stimulations ?

De temps en temps il y a les soignants qui prennent le relais quand nous on ne peut pas être sur l'étage en permanence, on a la socio-esthéticienne on a une coiffeuse aussi et c'est tout avec moi dedans.

Je voulais rebondir avec vous sur une étude que j'ai vu de la fondation Médéric Alzheimer qui montre que les ergothérapeutes sont minoritaires dans l'utilisation des stimulations multisensorielles derrière les aides-soignants, infirmiers pour quelles raisons d'après vous ?

L'apparition du métier de psychomots déjà, ça a retiré pas mal, mais en même temps c'est leurs rôles donc on ne va pas les taper non plus hein. Mais je pense que ça leur arrive. Les soignantes on moins le temps et prennent moins de temps et peuvent prendre moins de temps avec les résidents on voit notamment sur une unité de 20 résidents, elles sont deux. Elles sont deux et l'après-midi elles sont seules, il y en a une pour l'étage donc ça devient difficile pour elles de prendre du temps avec les résidents, de se poser, pour juste faire des petites activités par ci par là. Alors déjà on a tout ce qui est structurel. Et je pense que c'est le gros problème et qu'elles ne sont pas suffisamment sur les étages pour se permettre de

prendre du temps, elles peuvent le faire en collectif, ça arrive que certaines soignantes, ba voilà, atelier manucure aujourd'hui. Mais en individuel c'est très compliqué, parce qu'elles ne peuvent pas être qu'avec une seule personne et laisser l'étage vaquer à leurs occupations donc je pense que c'est très structurel.

D'après-vous, pourquoi les ergothérapeutes sont minoritaires dans l'utilisation de ces stimulation multisensorielle par rapport aux autres soignants ?

Parce que quand on voit dans notre formation tout ce qu'on apprend, ça dépend des écoles mais, on n'est pas réellement formé à la stimulation multisensorielle. On est vraiment lésé sur ce côté-là et du coup comme ce n'est pas « ce qu'on a appris » on ne va pas s'orienter là-dessus. Nous on va être plus dans le fonctionnel et la stimulation multisensorielle on laisse, comment dire, on laisse aux collègues. Et en même temps en EHPAD, c'est rare d'avoir un ergothérapeute à temps plein. Alors un ergothérapeute qui est déjà à mi-temps réussir à faire des installations, du positionnement, du réglage, gérer le matériel à temps partiel, c'est difficile et si en plus il doit faire de la stimulation multisensoriel, ne s'en sortira pas. J'ai de la chance je suis à temps plein, donc je peux me permettre de mettre en place ce genre d'atelier. Mais quand on voit qu'il y a des journées où on court littéralement partout parce qu'il y a des urgentes de ci, des chutes, des machins, on zappe enfaite, on voit même moi, je suis à temps plein et j'ai encore du mal à avoir du temps avec les résidents, juste me poser, je ne sais pas juste une séance de 45 min avec un résident ce n'est pas simple on est appelé très souvent pour des petites choses, un lit qui ne fonctionne pas, un frein qui fonctionne plus. On a du mal à sortir de ça je pense. Donc on délègue aux collègues.

Clôture de l'entretien et remerciements.

Annexe 6 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E2

Entretien effectué le 5 avril par téléphone.

L'entretien commence par les salutations ainsi que le rappel que l'entretien sera enregistré dans le seul but d'être analysé pour ce mémoire.

Les questions sont écrites en gras.

Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis ergothérapeute depuis une dizaine d'années. J'ai été formée en *** et je travaille, j'ai toujours travaillé en gériatrie. Là, je travaille en hôpital en médecine gériatrique et équipe mobile gériatrique et EHPAD.

Depuis combien de temps exercez-vous dans la dernière structure ?

Depuis 2017.

Vous m'avez dit que vous aviez toujours travaillé en gériatrie, mais depuis combien de temps vous travaillez avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Pareil.

Quelles sont les modalités de fonctionnements de votre structure ? Quels types de patients vous accueillez en général ?

A l'hôpital c'est de l'aigu donc je fais surtout de la prévention escarres, stimulation d'autonomie, marche ect... En EHPAD, Snoezelen, atelier chute, équilibre, repas thérapeutique, évaluation d'autonomie (toilette ect...).

Quel trouble du comportement vous rencontrez avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Déambulation, inversement jour/nuit, agressivité, troubles du comportement.

Comment vous prenez en soins les patients atteints d'agitation dans la maladie d'Alzheimer en général ?

En général c'est plus de l'individuel, de l'écoute. Après j'utilise beaucoup la validation de Naomie Feil ou après se mettre à niveau les regarder, reformulation, des choses comme ça, essayer de les apaiser. Le Snoezelen ça sert aussi à ça. Donc on essaie de les recentrer.

Qu'est ce qui peut diminuer l'agitation dans l'aménagement de l'environnement physique du patient d'après vous ?

Pour avoir essayé beaucoup de chose c'est assez compliqué. Parce qu'après c'est compliqué parce que si on met trop d'éléments ils sont capables de tout retourner clairement. Après un circuit de déambulation ça marche assez mais, c'est très compliqué. Je n'ai vraiment pas de solution miracle par rapport à ça, ça dépend vraiment des personnes et leur histoire de vie ect...

Quels moyens dans l'aménagement de l'environnement physique vous utilisez en ergothérapie pour diminuer l'agitation ?

Ce qu'on a mis en place c'est des, je ne sais plus le nom exactement, mais les écrans tactiles en gros. Et ça on leur met sur leur parcours de déambulation et ça sa marche pas mal, parce que du coup ils se captent dessus et puis ils peuvent mettre des animaux, des films, de la musique, des choses comme ça.

Quelles sont selon vous les objectifs et le rôle de l'ergothérapeute qui utilise une salle Snoezelen ou un jardin thérapeutique ?

Jardin thérapeutique nous on n'en a pas. J'en avait un dans mon ancien travail, on faisait plus de l'éveil sensoriel. Du coup ça leurs rappelaient plus la réminiscence. Snoezelen on s'en sert plus comme moyen de relaxation et d'apaisement, c'est surtout ça. Vraiment essayer de les déconnecté sur ça sa marche assez, après tout ne marche pas. Mais le fait d'être dans un fauteuil relaxant, avoir du toucher massage par exemple avec une musique qu'ils choisissent souvent, et une lumière tamisée sa fonctionne pas mal.

Quelles sont les effets de la stimulation multisensorielle sur l'agitation du patient ?

Ça les apaise. Mais ça ne marche pas sur tout le monde. Mais les $\frac{3}{4}$ du temps ça les apaise et tout mais après il y a des personnes qui ne supportent pas du tout la salle Snoezelen. Mais ça c'est à nous après de faire les démarches avant et de savoir un peu et puis leur faire visiter ect...

Est-ce que vous pensez que l'utilisation de la salle Snoezelen ça a un effet sur le bien-être de la personne âgée ?

Oui

Avec quels professionnels vous utilisez ces activités ?

Des infirmières qui ont été formées, des aides-soignantes qui ont été formées, l'animateur qui a été formé, la psychologue aussi. Mais ça reste la psychologue et moi qui l'utilisons.

D'accord. Et je voulais juste rebondir avec vous sur une étude qui a été faite par la fondation Médéric Alzheimer qui montre que les ergothérapeutes sont minoritaires dans l'utilisation des stimulations sensorielles derrière les aides-soignants et les infirmières, d'après vous quelles pourraient être les raisons ?

Ba une raison non, après moi je pense que c'est par rapport à la charge de travail, je suppose que c'est ça. Moi par exemple je suis à 40% sur un EHPAD et c'est très peu, après il y a beaucoup de gestion de matériel. Tout ce qui est positionnement anti-escarres, il y a tout ça à faire, du coup les séances Snoezelen pour que ce soit régulier c'est compliqué, mais je pense qu'on est les plus aptes à le faire.

Clôture de l'entretien et remerciements.

Annexe 7 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E3

Entretien effectué le 8 avril par téléphone.

L'entretien commence par les salutations ainsi que le rappel que l'entretien sera enregistré dans le seul but d'être analysé pour ce mémoire.

Les questions sont écrites en gras.

Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?

Je suis diplômé de juillet 2019, j'ai commencé directement à travailler jusqu'en, ouais un an et demi, jusqu'en Novembre, fin novembre 2020 dans un accueil de jour pour les personnes qui ont des démences donc type Alzheimer. Et depuis Décembre 2020 je travaille à plein temps en EHPAD.

Quelles sont les modalités de fonctionnement de votre structure, quel type de patients vous accueillez ?

On a trois types de secteurs, deux secteurs qui sont ouvert, il y en a un où ce sont des personnes âgées « classiques » qui peuvent avoir des signes du vieillissement classique. Et pour certains des débuts de démence ou de maladie. Il y a un côté où les prises en charges sont un peu plus lourdes. Ça se spécialise un peu dans la grande dépendance et il y a une unité fermée. Et pour les entrées c'est soumis à un dépôt de dossier médical, c'est surtout le médecin enfaite qui valide ou non. Et après nous on est, on propose systématiquement une visite à domicile de préadmission enfaite pour valider les, les choix fins, si le dossier médical est validé par le médecin après nous on va, pas vérifier, mais rencontrer la personne avant, ce qui nous permet d'avoir des infos en plus sur ses capacités et tout.

Quelles interventions vous proposez dans votre structure ?

J'anime des ateliers thérapeutiques en binôme avec la psychomot et ou l'animateur des fois on est plusieurs. En gros sur la semaine je vais avoir un groupe d'expression corporelle avec la psychomot du coup pour travailler, faire un peu de la prévention des chutes déguisés à travers les mouvements et le corps. On a aussi un atelier de stimulation cognitive en petit groupe de 4-5. On fait du sport adapté

avec une psychomot et l'animateur et avec du coup les deux psychomots et l'animateur, du coup on est 4 on fait un groupe de, on l'a appelé « haut les mains », pour travailler la dextérité manuelle, enfaite, la précision du geste tout ça avec des résidents. Enfaite on s'installe dans le lieu de vie on va à une table où il y a des gens et on sort toutes nos affaires et on voit ce qu'ils ont envie de faire pour faire de la stimulation. Donc surtout du groupe et pas beaucoup d'individuel.

Dans votre structure est ce qu'il y a une unité fermée, qui accueille des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou trouble apparenté ?

Ouais, il y a une unité fermée, alors combien il y a de place dedans, je ne sais même pas mais elle est plutôt grande, il y en a quasiment 30 des chambres. Fin entre 20 et 30, c'est une grosse unité quand même. Et du coup, ouais, maladie d'Alzheimer ou autre démence. Gros troubles du comportement, déambulation, fin voilà.

Vous m'avez parlé de troubles du comportement, vous pouvez me dire quels troubles du comportement vous rencontrez, principalement dans la structure ?

Alors pour beaucoup c'est la déambulation surtout, après, ouais, ils vont déambuler, essayer de rentrer dans les chambres, là en ce moment il y en a pas mal qui piquent des choses un peu partout donc faut faire gaffe parce qu'après pour les récupérer c'est galère. Euhh, et puis, ouais, voilà, anxiété aussi.

Okay, et du coup comment vous prenez en soin les personnes qui sont agitées ?

Euhh, c'est très ponctuel, donc ça peut être ouais, moi je fais pas mal d'allers et retours donc si je passe et que je vois que quelqu'un est agité soit dans l'unité, soit il y en a aussi qui ont pris comme point de repère notre bureau. Enfaite je partage mon bureau avec les pys et les psychomots, et il y en qui ont pris comme point de repère notre bureau et qui viennent dans le bureau quand ils ne se sentent pas bien. Après c'est souvent de l'anxiété dans ces cas-là mais il y a aussi un peu d'agitation parfois. Et quand c'est ça on essaie un petit peu tout. On essaie de la musique, on essaie une activité pour le canaliser l'agitation, on a des vêtements de bébé, on a des balles sensorielles, après on a aussi de quoi faire des coloriages, on a toujours

des papiers qui traînent à trier. On essaie de proposer pas mal de choses il y a des livres aussi avec des images, on essaie de trouver ce qui va canaliser le trouble du comportement sur le moment.

D'accord, du coup-là vous m'avez parlé des différentes activités que vous proposez lors des troubles du comportement des résidents, mais dans l'aménagement de l'environnement physique de l'unité, qu'est-ce que vous avez mis en place pour diminuer les troubles du comportement des patients ?

Euh, il y a, ah si dans l'unité, et aussi dans l'un des secteurs ouverts, qui communiquent en fait, fin là où il y a les portes pour entrer dans l'unité, il y a des bandeaux de LED qui s'allument, on les allume à partir de 17h30-18h, ça permet déjà d'avoir un petit chemin lumineux, ça délimite les murs, y en a qui aiment bien. Après sur l'environnement en soi, là depuis pas très longtemps, on a ajouté des canapés en bout de couloirs, pour essayer de canaliser la déambulation, inciter les gens à se poser, parce que pour beaucoup, ils ne s'arrêtent que quand ils sont fatigués, là du coup ils font plus de pauses régulièrement, t'en a qui font la sieste au bout du couloir sur le canapé. Ils le prennent quand même, ils s'en servent bien de ça, et sinon comme l'unité est très grande, en termes d'environnement vraiment là qui est mis en place c'est tout. Après on a pour projet de mettre des stickers sur les portes, des stickers qui font portes d'entrées de maisons pour essayer de limiter les gens qui rentrent dans les chambres des autres et puis pour le repère d'avoir sa propre porte de maison quoi. Voilà.

Okay, et au niveau des troubles du comportement, vous avez mis en place de la stimulation multisensorielle avec les résidents ?

Ba du coup, de temps en temps, il y a des musiques relaxantes qui sont calmes qui sont diffusées via la télé dans l'unité, il y a ça et dans le salon, on a aussi une Tower Taffle. Du coup de temps en temps, quand il y en a quelques-uns qui sont assis ou qu'on arrive à les faire s'asseoir autour de la table, et elles font quelques jeux, c'est surtout les aides-soignantes, AMP et psychomots de temps en temps qui font de la Tower Taffle avec les résidents. Du coup t'as le toucher, et en réaction, si c'est des feuilles qui sont sur la table, ils vont les balayer ça fait du bruit aussi, et il y a le visuel quoi.

Okay, est ce que vous avez un jardin thérapeutique dans votre structure ?

Alors l'unité protégée, elle a son jardin fermé, qui a été un petit peu aménagé mais pas, pas encore jusqu'au bout et après du côté jardin ouvert, fin du secteur ouvert, comme on est plein pied il y a du jardin partout. Il y a, oui, des jardinières classiques, mais il y a aussi 4 jardinières qui sont à hauteur où les fauteuils peuvent se glisser en dessous comme ça les personnes peuvent travailler, planter en restant dans leur fauteuil.

Okay, et l'utilisation de ce jardin thérapeutique avec les personnes qui ont la maladie d'Alzheimer et troubles du comportement vous avez observé quoi comme réaction ?

Alors, la construction, fin la plantation en elle-même dans ses jardinières là, on a fait un groupe avec majoritairement des personnes du secteurs ouvert donc qui vont avoir la maladie d'Alzheimer, je crois pour certaines, mais au début, donc pas avec des troubles du comportement avancés. Et on avait emmené une personne, qui n'a pas la maladie d'Alzheimer mais qui avait des troubles du comportement, il me semble et là pour le coup elle a réussi, c'est très difficile de la focaliser sur une activité, parce que voilà, c'est trop difficile pour elle, et là pour le coup, elle savait, fin, on lui donnait des tâches à faire on lui donnait ses tâches à faire fallait planter tel truc, tel truc, tel truc et fallait les planter et elle était concentré sur sa tâche. Et c'est avec cette dame aussi que tout l'été le matin j'allais faire le tour des plantes et arroser.

Est-ce que vous pouvez me donner les objectifs et le rôle de l'ergothérapeute qui utilise un jardin thérapeutique ou une stimulation multisensorielle avec des résidents atteints d'agitation ou troubles du comportement ?

Ba le but premier, ça va être de calmer le trouble, essayer d'apaiser, parce que s'il y a un trouble qui se manifeste c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas quoi. Après dans un second temps, la surtout dans la ritualisation de l'arrosage tous les matins ça donne aussi un rôle à la dame quoi tu vois, d'aller tous les matins, même si elle ne se souvenait pas forcément, mais d'y aller tous les matins c'est vrai qu'on va arroser, « oui on l'a arrosé hier », ça donne un rôle et puis quand c'est des gens qui ont aimé jardiner, ils retrouvent quand même une occupation qui est très

importante pour eux, ils sont investis, fin voilà dans l'estime de soi et les rôles sociaux ça joue beaucoup quoi.

Okay, du coup vous m'avez parlé de plusieurs activités, dans ces activités-là, vous pouvez me dire avec quels professionnels vous les faites ?

Alors, euh, un petit peu l'animateur qui va nous aider à mobiliser, lui il sait un petit peu plus que nous qui aime faire quoi, donc il va nous aider à mobiliser les résidents souvent les résidentes, pour aller aux activités qu'on peut proposer. Après moi je travaille beaucoup, beaucoup avec les psychomotriciennes. Elles sont deux, une à 60% et l'autre en alternance parce qu'elle fait un master du coup 3 jours par semaine il y a 2 psychomots donc et le reste de la semaine y'en a quand même une. Je bosse quasiment tout le temps, tout le temps avec elles quoi.

Okay pour finir, je voulais rebondir avec vous sur une étude que j'ai vu de la fondation Médéric Alzheimer qui montre que les ergothérapeutes sont minoritaires dans l'utilisation des stimulations sensorielles derrière les aides-soignants, infirmiers, d'après vous c'est pour quelles raisons ?

Ba du coup je pense quand les établissements ont dans les offres c'est souvent psychomot ou ergo au choix. Honnêtement pour bosser avec deux psychomots, on sait nous que le métier est différent, les apports sont complémentaires. Et du coup elles sont plus, elles font beaucoup plus de prises en charge basées sur le sensoriel. Euh moi quand j'ai le temps de faire des prises en charge individuel ça ne va pas être sur le sensoriel. On va privilégier, quand il y a des difficultés de réalisation des activités de vie quotidienne. Euhh et après il y a très peu, je pense, très peu y'en a peut-être plus de temps plein ergo. On n'a pas vraiment le temps, enfin moi je n'ai pas trouvé vraiment le temps de régulariser la prise en charge en tout cas sensorielle. Euhh, quand je le fais c'est très ponctuel, et ça a dû arriver max 5 fois depuis que j'ai commencé à travailler à l'EHPAD. Il y a beaucoup plus de chose qui sont de notre ressort aussi, en terme d'installation de matériel, d'assister à des réunions, voilà ça prend vraiment beaucoup de temps et on développe, moi en tout cas je développe là beaucoup aussi, l'établissement est engagé dans les démarches TMS pro on met à jour le document unique qui n'a pas été mis à jour depuis un moment du coup ça prend vachement de temps le côté prévention et

formation du personnel, ce qui fait que quand on intervient auprès des résidents c'est souvent en groupe quoi. Pas trop en individuel donc le sensoriel, moi je sais que les, aussi, parce que je me sens moins, moins apte à y aller que les psychomots parce qu'elles sont sur place, parce qu'elles font ça mieux.

Clôture de l'entretien et remerciements.

Annexe 8 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E4

Entretien effectué en présentiel le 12 Avril.

L'entretien commence par les salutations ainsi que le rappel que l'entretien sera enregistré dans le seul but d'être analysé pour ce mémoire.

Les questions sont écrites en gras.

Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?

Donc je suis ergothérapeute. J'ai été diplômé en 2011 et depuis je travaille, en EHPAD. J'ai fait 3 EHPAD différents. J'ai fait un à *** en *** pendant un peu plus d'un an puis un EHPAD dans un groupe pendant 2 ans et après je suis arrivée chez *** depuis 2015. Voilà.

Est-ce qu'il y a toujours eu des patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans les structures où vous avez travaillés ?

Toujours, en tout cas depuis que je travaille, j'ai toujours croisé des personnes atteintes de la pathologie d'Alzheimer. Plus ou moins à un stade avancé. Depuis quelques années, elles arrivent avec un stade plus avancé que ce que les gens rentraient avant dans l'EHPAD enfaite. C'est à dire qu'avant, ils étaient à un stade modéré. Maintenant, ils sont assez avancés quand ils arrivent ici.

Quelles sont les modalités de fonctionnement de la structure où vous exercez ? Quels types de patients vous accueillez ? Quel type de prise en charge vous faites ? Avec combien de patients ?

On accueille tout type de pathologiques, puisqu'en EHPAD enfaite on accueille des personnes âgées, alors souvent Polypathologiques puisqu'elles viennent avec leurs dossiers, leurs antécédents mais du coup, on a toutes sortes de pathologies, on peut avoir des traumatismes suite à des chutes ou à des accidents. On peut avoir de la rhumato, on peut avoir des pathologies neurodégénératives comme Alzheimer, Parkinson, chose comme ça. On peut avoir des personnes qui ont eu des AVC, donc c'est tout type de pathologie, mais souvent pluri pathologiques. Et au niveau de l'ergothérapie, Ben moi j'interviens sur la résidence, donc en faisant deux ateliers

thérapeutiques, un de stimulation cognitive, un atelier de prévention des chutes. Si possible, je fais aussi des prises en charge en Snoezelen, mais c'est un peu compliqué en ce moment, mais faudrait que je reprenne pour les personnes de l'unité protégée, donc atteinte de Pathologie neurodégénérative type Alzheimer. Et je voudrais agrandir ça a des personnes un peu plus dépendantes donc ce qu'on appelle les grabataires, pour avoir une approche sensorielle auprès d'eux. Et autrement, je fais des prises en charge en individuel. Autour de la rééducation, de la mise en place d'aides techniques, d'apprentissage des aides techniques, de la prévention cutanée, prévention des chutes. Voilà, c'est un peu les grosses lignes et après j'interviens ponctuellement sur des cas un peu plus spécifiques. Voilà.

Par rapport aux patients qui ont la maladie d'Alzheimer, quels troubles du comportement vous rencontrez principalement ?

Alors, on va principalement, alors pour les gens qui sont à l'unité protégée principalement, on va avoir la déambulation pathologique. C'est pour ça qu'elles sont dans l'unité protégée, en fait, c'est pour qu'elles évitent de se blesser aussi en sortant. Il va avoir aussi de l'agressivité lié à de la frustration ou à de la confusion enfaite souvent. On a l'apathie, on a des gens qui se referment, qui se replient sur soi. Pour le gros, c'est la déambulation. Après bah les pertes de mémoire, ça engendre d'autres choses mais en gros on trouve du comportement significatif agressivité, déambulation, refus de soin, repli sur soi et manque de participation sociale.

Est-ce que certains patients sont agités quand ils ont la maladie d'Alzheimer dans votre structure ?

Oui, alors dans l'agressivité souvent aussi, il y a de l'agitation. Oui, il y en a qui sont agitées. Enfaite, ça va dépendre du moment de la journée aussi, ils ne sont pas toujours agités par exemple, souvent, c'est dû à quelque chose qui s'est passé dans la journée et qu'ils ne sont pas en capacité de déterminer, mais ils savent que ça les a, enfin, il y a le sentiment qui reste enfaite du coup ça les agites. Mais, ils ne savent plus pourquoi en fait, par exemple, nous, s'il y a quelque chose qui nous énervent dans la journée, on va s'en rappeler et on sait pourquoi on est énervé. Eux, ils ont quelque chose qui va les agiter, qui va les perturber, par exemple, je ne

sais pas, on est venu les aider à la toilette et c'est quelqu'un qu'ils ne connaissaient pas donc ce n'était pas leurs habitudes de fonctionnement, par exemple, la toilette, c'est un peu mal passée, bah ça risque de se répercuter dans la journée par de l'agitation, par de la déambulation par des troubles de comportement. Parce qu'en fait, c'est leur moyen de faire ressortir ce qu'ils ressentent sans pouvoir l'exprimer clairement.

Du coup avec ces patients qui sont agités comment vous les prenez en soin en général (ergothérapie et équipe soignante) ?

Bah, normalement pour les personnes agitées par exemple, on va proposer des activités Flash pour détourner l'attention pour pouvoir les apaiser. Si on doit faire un soin et qu'on voit que la personne est agitée souvent bah on fait le soin plus tard, on revient. Enfaite, on adapte notre prise en charge au moment, à l'instant T de la personne. Donc soit on revient, soit on fait une activité Flash pour essayer de faire, comment dire, pour l'occuper sur autre chose pour que l'agitation disparaisse. Voilà ou tu peux faire aussi, bah je ne sais pas, du Snoezelen si ça marche avec cette personne, si elle y est sensible tu peux lui proposer des séances Snoezelen. Ce qui marche bien aussi, c'est les suivis avec la médiation animale en général, ça fait aussi, ça les apaise. Voilà, t'as plusieurs types de médiateurs pour apaiser les troubles comportement.

D'après vous qu'est ce qui peut diminuer l'agitation dans l'aménagement de l'environnement physique du patient qui a la maladie d'Alzheimer ?

En admettant que son agitation est due à son environnement ?

Oui.

Ça dépend à quoi c'est dû. En fait, je ne vois pas trop la question. Tu veux parler des unités protégées fermées, petite unité, avec un circuit de déambulation bien sécurisée. Enfaite, ça les contient, les personnes Alzheimer, enfaite, elles ont besoin d'être contenues, elles ont besoin d'être rassurées et ne pas être perdues dans des grands espaces où elles ne vont pas se retrouver, retrouver leurs repères, c'est angoissant pour elles. Du coup souvent, quand ils sont dans l'unité, on voit quand même que ça minore leurs troubles, même si on a toujours de la

déambulation. Mais elles commencent à devenir moins agressives, plus accessibles pour tout ce qui est activités ou pour la communication, les échanges. Donc, surtout les petits espaces assez rassurants, pour pas qu'elles se sentent perdues, enfaite.

Quels sont, selon vous, les objectifs et le rôle de l'ergothérapeute qui utilise une salle Snoezelen pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer principalement ?

Ça dépend dans quel cas elle l'utilise, je pense. Alors. Selon moi, donc les objectifs et le rôle des suivis en Snoezelen, pour moi, moi je l'utilise en tout cas comme ça auprès des résidents, ça me permet de rentrer en communication aussi avec eux, d'avoir un lien thérapeutique avec eux, une approche sensorielle parce qu'enfaite, c'est un peu aussi ce qui reste souvent. On a essayé d'autres approches, alors, toujours autour du sensoriel mais en fait, on avait trop d'attentes vis-à-vis de ces ateliers-là, on a créé un atelier enfaite avec la psychologue autour du sensoriel, de la simulation sensorielle, mais on avait beaucoup trop d'attentes et le Snoezelen est une bonne approche pour le sensoriel étant donné qu'on laisse la personne enfaite. Le patient va créer lui-même sa séance et se rapprocher des objets qu'il veut se rapprocher. Et c'est plus lui qui, en fonction de ce qu'il ressent nous renvoie ce qu'il veut, par exemple, j'ai un suivi avec une résidente quand elle vient, c'est une dame qui déambule beaucoup et tout, mais dès qu'elle est dans la salle, enfaite, elle se pose sur le fauteuil et elle regarder les étoiles et voilà et elle écoute la musique. Et elle se détend et il ne se passe rien d'autre enfaite mais c'est juste un temps qu'elle prend pour se détendre et directement, ça marche directement. Une autre résidente, donc, qui est parti maintenant, mais cet espace, et bah ça la faisait se raviver des souvenirs et du coup elle parlait, communiquait tout le temps sur son mari et tout ça. Ce qu'elle ne faisait pas forcément en dehors de la salle enfaite. Donc après ça va dépendre des résidents, mais moi, mon but en fait, c'est de leur offrir un espace un peu Cocooning enfaite, où ils seront rassurés pour exprimer ce qu'ils veulent exprimer et pouvoir se détendre et diminuer les troubles du comportement.

Quels sont les effets de l'utilisation de la salle Snoezelen sur l'agitation des patients qui ont Alzheimer ?

Alors j'ai pu tester, bah j'ai pu tester sur des personnes qui étaient agitées. Enfin, qui sont régulièrement agitées, est ce que j'ai pu voir, c'est que souvent quand elles sont en période aiguë, on n'arrive pas à les emmener en salle. Donc ça ne marche pas. Par contre, si on a des séances assez régulières dans des périodes où voilà peut-être il y a des troubles du comportement autre que de l'agitation, mais des troubles du comportement, ça fonctionne et il y a moins d'agitation dans la journée après. Par contre en crise, s'il y a une crise d'agitation, d'agressivité, en général, ils n'arrivent pas à venir jusqu'à la salle en fait, ils sont trop agités, on n'arrive pas à les emmener jusqu'à la salle. Donc en période aiguë ça ne marche pas forcément par contre si on arrive à effectuer des séances régulières, on remarque que dans la journée ils sont plus calmes et il y a moins d'agitation. Donc c'est plus une mesure préventive que curative.

Est-ce que vous pensez que ça a un effet sur le bien-être de la personne âgée, la stimulation sensorielle ?

Bien sûr ! ça a complètement un effet de bien être puisqu'ils arrivent à se détendre, être rassurés en tout cas pour les personnes qui y sont sensibles. Pour d'autres personnes, ça va pas du tout marcher aussi, c'est comme tous les médiateurs, je veux dire, il y a des personnes qui vont pas du tout être sensibles au Snoezelen et beaucoup qui vont faire demi-tour. On a essayé avec des personnes, ça ne les intéressait pas, ils ne sont même pas restés une minute et puis ils ont trouvé la porte, ils sont partis quoi donc voilà. Après ça a un effet de détente. Clairement pour moi, c'est un effet bénéfique. Ça a un effet bénéfique mais en fonction de la personne.

Avec quels professionnels utilisez-vous cette activité ?

Ah euh bah du coup, là actuellement, personne. Autre professionnel, on avait essayé bah comme je t'ai dit avec la psychologue mais en activité sensorielle pas Snoezelen. Bon, ça n'avait pas forcément marché et après elle ne s'était pas trop impliquée dans le Snoezelen, ce n'était pas son truc. Moi, j'ai eu la formation, mais j'avoue que en fait le Snoezelen, actuellement, il porte que sur moi. Il est personnel dépendant, c'est à dire que le jour où je pars, je pense qu'il n'y aura personne qui reprendra pour le moment et du coup c'est un de mes objectifs de pouvoir peut être

essayer de former au moins les personnes de l'unité protégée, les aides-soignantes ou les sensibiliser en tout cas que cette approche, pour qu'elles puissent proposer aussi cette approche auprès des personnes de l'unité.

Je voulais rebondir avec vous sur une étude de la fondation Médéric Alzheimer qui montre que les ergothérapeutes sont minoritaires dans l'utilisation des stimulations sensorielles dans les structures gériatriques derrière les aides-soignants, infirmiers pour quelles raisons d'après vous ?

Plusieurs raisons pour ma part déjà, il n'y a pas d'ergothérapeutes partout. Donc forcément tu ne peux pas avoir des ergothérapeutes qui l'utilise partout, si t'as pas des ergothérapeutes partout. Dans beaucoup d'EHPAD c'est soit un ergothérapeute, soit psychomot. Les psychomots, ils ont plus cette approche sensorielle. Ils ont aussi une formation un peu plus poussée là-dessus dans leur cursus. Nous on est obligé d'être formé hors cursus. Après, pour l'étude où il y aurait un ergothérapeute, plus des infirmiers et des aides-soignants sur l'établissement et que c'est plus les infirmiers et aides-soignants qui utilisent, ça s'explique aussi par le fait que bah nous on est là pour tous les résidents. On a beaucoup de travail. Admettons que tu aies en plus en temps plein parce que tu as de la chance, parce que ce n'est pas toujours le cas. Bah du coup, t'as quand même beaucoup, beaucoup de travail, beaucoup de demandes en fonction, bah ce que je t'ai dit, de la prévention cutanée, des chutes, du matériel, la gestion de ton budget et tout ce qui fait que tu ne peux pas développer non plus le Snoezelen tout le temps. Alors que les aides-soignants qui sont vraiment auprès du résident, ça peut aussi les aider dans leurs tâches quotidiennes. En fait, c'est à dire qu'une personne, s'ils sentent qu'elle commence à s'agiter, qu'elle n'est pas encore, elles sentent parce qu'elles la connaissent parce qu'elles sont tout le temps avec à l'étage, elles sentent que la personne, elle a besoin d'une séance. Bah si elles sont formées, ça serait bien qu'elles puissent directement faire la séance, tu vois. Alors que nous, étant donné qu'on a un peu sur tous les fronts, on peut faire des séances, mais c'est vrai que ça serait plus logique que ce médiateur en tout cas, puisse être utilisé beaucoup aussi par les équipes soignantes. Infirmiers compris mais là, je pense plus plutôt aux aides-soignants pour le coup. Je pense que ça peut être une bonne approche pour eux et puis pour créer du lien aussi avec le résident hors soin typiquement soin.

Pouvoir aussi, bah du coup, voir une diminution des troubles pour pouvoir après effectuer du coup leur soins peut être. Je pense que du coup, il y a tout cet aspect organisation. Voilà, il y a aussi la présence auprès du résident. Voilà moi, actuellement, je suis la seule à en faire, mais parce aussi nos soignants ne sont pas formés, ne sont pas sensibilisés. Mais je pense que s'ils seraient sensibilisés, ça serait bien, ça serait bien que ce soit eux qui reprennent le flambeau et que moi je vienne aussi en support pour en refaire un peu plus encore. Mais que ça ne soit pas uniquement porté par moi. Je pense que c'est un travail d'équipe.

Clôture de l'entretien et remerciements.

Annexe 9 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E5

L'entretien s'est effectué le 13 avril.

L'entretien commence par les salutations ainsi que le rappel que l'entretien sera enregistré dans le seul but d'être analysé pour ce mémoire.

Les questions sont écrites en gras.

Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?

Donc, alors je suis diplômé de 2020, j'ai tout de suite eu un poste dans un hôpital gériatrique. Donc, qui comprend un service d'hébergement donc EHPAD, et USLD (unité soins longue durée) et une unité de vie protégée, donc des personnes démentes déambulantes avec des gros troubles cognitifs. Il y a un service aussi hospitalier de médecine et de SSR.

Okay, du coup vous avez commencé tout de suite avec les personnes âgées c'est ça ? Et est-ce que dans votre structure vous avez des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Oui, on a une unité de vie protégée, c'est ce que je te disais, donc c'est des personnes physiquement qui marchent, qui déambulent beaucoup, mais qui seront très démentes. Et après, Bah voilà, en EHPAD classique, il y a des polyopathologies avec dépendances physiques et cognitives.

Quelles sont les modalités de fonctionnement de votre structure ? Quels types de patients vous accueillez ? Quelle prise en charge vous faites ?

Alors on accueille des personnes âgées alors on a un USLD donc des personnes dépendantes mais qui vont nécessiter des soins un petit peu plus rapprochés ou qui ont des pathologies un peu plus conséquentes qui nécessitent plus de soins. Par exemple le diabète déséquilibré, des temps de pansement supérieur à 10 minutes ou qui ont des pathologies un peu plus lourdes. Après, il y a les pathologies plus classiques. La médecine, ça va être plus, on va dire la traumatologie, donc des post chutes, du maintien à domicile difficile avec troubles cognitifs où il faut faire des bilans gériatriques. Donc moi ce que je fais sur l'EHPAD principalement c'est les

positionnements, les installations, les évaluations des activités de la vie quotidienne (Toilette, douche, repas, installations fauteuil, installation au lit, déplacements). En médecine, je fais beaucoup de positionnement, l'installation d'aides techniques, attelles, orthèses. Après, il y a la partie rééducation parce qu'on accueille aussi des personnes avec des pathologies Neuro, Parkinson, AVC. Là en ce moment on a un Monsieur, tétraplégique. Donc bah voilà tout ça, il y a beaucoup de gériatrie, mais il y a aussi un peu de neuro.

Okay et vous êtes toute seule ou il y a d'autres ergothérapeutes ?

Alors on a une bonne équipe de rééducation, on a deux kinés, un kiné détaché sur le service de SSR qui doit être à temps plein, un kiné détaché sur la médecine et tout ce qui va être hébergement. On a une psychomotricienne qui fait l'ensemble de l'établissement, on a une éducatrice en Activité Physique Adaptée et moi-même pareil qui fait tout l'établissement. Donc on a 120 lits. Donc ma pratique est beaucoup plus basée sur le court séjour, donc Médecine SSR parce qu'il y a des visites à domicile à réaliser, des adaptations, des bilans, des évaluations. Il y a plein de choses à faire. Et le turnover est assez important. La durée de séjour en médecine, c'est 10 jours en moyenne en SSR, ça peut aller de deux semaines à un mois donc, voilà des résidents, les patients changent beaucoup. Et après, Bah en EHPAD, on a toute la partie atelier thérapeutique. Donc atelier cognitif, atelier prévention des chutes après en lien avec d'autres professionnels.

Du coup si vous avez une salle Snoezelen vous l'avez mis dans quelle partie de la structure ?

On l'a du côté EHPAD et on fait bénéficier uniquement les résidents d'EHPAD. Après la psychomotricienne, fait de la relaxation et du Snoezelen plus ponctuellement en chambre pour les personnes qui seraient en médecine, SSR ou en fin de vie. Et sinon elle est du côté EHPAD.

Okay, après vous m'avez dit que vous aviez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, vous retrouvez quoi comme troubles du comportement pour ses personnes là ?

Après alors, ils ne sont pas tous étiquetés Alzheimer et je ne pourrais pas te dire la part de Alzheimer et d'autres démences parce qu'on a aussi du corps de Lewy. Enfin voilà, c'est des démences mixtes on va dire mais pour donc les personnes qui sont en UVP ce qu'on retrouve généralement ça va être une inversion du cycle jour/nuit, ils vont beaucoup déambuler la nuit, pas de repère par exemple pour retrouver leurs chambres, c'est compliqué au niveau des habitudes de vie. Après y'a des personnes démentes qui vont avoir des troubles praxiques, mais ce n'est pas trop maladie d'Alzheimer, troubles du langage mais ça dépend les différents stades. Mais voilà, après il y a des personnes qui risquent de fuguer qui sont beaucoup désorientées dans le temps et dans l'espace en fait.

Est-ce que vous rencontrez des gens qui ont de l'agitation ?

Oui de l'agressivité oui.

Et du coup comment vous prenez en soins ces patients-là qui sont atteints d'agitation ?

Alors bah on va dire que je les vois plus ponctuellement. Alors quand on fait des ateliers par exemple si une personne a de l'agitation on ne va pas la laisser dans l'atelier, on va essayer de prendre du temps avec elle pour essayer de discuter si ce n'est pas trop aigu parce que des fois quand c'est aigu. Si elle ne met pas en danger autrui et qu'elle n'est pas agressive physiquement on va la laisser se calmer. Mais sinon on essaie d'ouvrir un maximum de dialogue et d'essayer de comprendre et d'essayer de répondre à la demande auprès de la personne, pourquoi elle est agitée. Après, des fois, c'est souvent la nuit qu'ils sont agités. Donc, la nuit c'est plus compliqué parce que bah moi je n'y suis pas. Et puis il manque des soignants mais voilà, après on essaie de mettre des médiateurs en place pour eux aussi et des routines. Par exemple, on a une personne qui, quand elle s'agite, on lui met la musique parce qu'elle aime bien une autre, les poupées d'empathie. On a beaucoup les poupées d'empathie.

Et du coup, là vous m'avez parlé un peu d'activité que vous faites avec les patients qui sont agités et qui ont la maladie de Alzheimer. D'après vous qu'est ce qui peut diminuer l'agitation dans l'aménagement de l'environnement physique du patient ?

Moi, ce que je pense c'est, c'est les repères. Je pense surtout à un ou deux résidents qui n'ont pas trop accepté leur hospitalisation et qui n'ont pas trop pris leurs marques. Et aussi c'est vrai que bah de se rendre compte qu'on a des troubles ça peut agiter. Donc en fait, on met en place des rituels. Pour ce qui est le lever, le coucher, les temps calmes, les activités. Voilà, on essaie de ne pas faire un peu à sa sauce, donc bien sûr s'ils veulent dormir, on le laisse, mais on ritualise tout, on ritualise la toilette, voilà, on essaie que chaque professionnel puisse adopter la même façon de faire avec chacun. Et surtout respecter les envies de chacun.

Et dans l'aménagement de de l'unité protégée par exemple, car c'est là où il y a le plus de patients atteints d'agitation. Vous avez aménagé comment l'environnement physique ?

Alors enfaite, c'est un peu paradoxal parce que on vient d'avoir un nouveau bâtiment, ça fait un an qu'on a les locaux et avant donc l'unité protégée était dans un rez-de-chaussée avec une très grande salle à manger et un espace, un jardin où on pouvait sortir. C'était clos mais les résidents pouvaient sortir, jardiner, ect... Pleins d'activités. Là c'est au premier étage donc il n'y a pas d'accès extérieur et en plus les couleurs, le sol, c'est enfin le sol, les murs, c'est assez bleu pétant et ils ont mis enfaite l'architecte a mis, donc il y a un couloir de part et d'autre et au milieu, une espèce de de gros poteaux très très gros poteau pour cacher la vue parce que selon l'architecte, quand il y a trop d'horizon ça peut perturber. Mais justement, d'après nous, d'avoir cassé ça, les résidents, en fait, quand ils arrivent, ils se retrouvent face au mur, ils ne savent plus où aller, ils ne voient pas ce qu'il y a en face et du coup nous on trouve donc beaucoup mieux les espaces ouverts ou chacun peut aller un peu où il veut. Là c'est un peu trop, un peu trop serré, mais bon, on a essayé de d'agrémenter ça, on fait beaucoup de décorations. Voilà, on décore les murs, on leur écrit tout le temps, la date, tous les jours, le menu enfin. Voilà comment on essaie de faire comme un lieu de vie.

Selon vous, quels sont le rôle et les objectifs de l'ergothérapeute qui utilise une salle Snoezelen ?

Alors objectifs, comment te dire... Ils nous ont beaucoup répétés à la formation que quand on utilise la salle Snoezelen, il ne faut pas s'attendre à des résultats. Alors

c'est sûr qu'il faut que ça soit vraiment selon l'envie de la personne c'est motivation et il ne faut pas que ça soit comme une séance de rééducation, il faut vraiment que ce soit du plaisir pour la personne. Mais d'un côté j'ai un peu de mal avec ce « on ne recherche pas de résultats » parce que quand même on ne travaille pas non plus pour on va dire la gloire. Mais le but ultime pour moi, même si on va dire que on n'a pas des résultats sur plusieurs semaines et qu'au final, on se rend compte que ça ne diminue pas les troubles du comportement, moi à mon sens, il faut que la séance tout de suite calme la personne, que ça ne soit pas une situation d'angoisse pour elle et que vraiment elle fasse abstraction de ce qui se passe dans le service, et que ce soit vraiment qu'un moment privilégié pour elle.

Donc, vous m'avez parlé du jardin thérapeutique, est ce que toi vous avez pu l'expérimenter ou pas un petit peu ?

Alors oui, du coup, avant de déménager dans le bâtiment, on avait fait, enfin on a un jardin avec des plantations donc on avait mis à disposition plein d'outils. Donc enfaite on avait fait les plantations avec les résidents. Déjà les inclurent ensuite, bah, les faire entretenir pour leur donner un but. Ensuite, quand ils récoltaient les petits radis ect... Bah c'était pour eux et vraiment ce truc de mettre à disposition quand ils ont envie de s'occuper par eux-mêmes et leur donner des responsabilités. Enfaite, nous quand on fait une activité, par exemple si on fait un atelier pâtisserie on veut que tout le monde puisse déguster, mais avant tout on favorise vraiment l'autonomie, on ne fait pas du beau, on ne fait pas de la création enfin mais là vraiment pour les impliquer et qu'ils fassent vraiment comme ils veulent, qu'on ne fait pas à leur place.

D'accord, vous avez fait des séances dans ce jardin thérapeutiques, et quels étaient vos objectifs en ergo ?

Alors en ergo, bah déjà, enfin moi il y a quand même là la partie, on va dire un peu plus mécanique donc tout ce qui était bah praxie, utilisation des outils. Après il y avait tous les objectifs cognitifs donc en fait à travers la séance par exemple jardinage bah je vais faire un semblant d'atelier cognitif où on va poser des questions, essayer de la réminiscence, essayer de leur parler de ce que ça leur évoque, donc mémoire sémantique. Ensuite un petit peu, des petits quiz sur

« qu'est-ce qu'on a planté ? Quelle saison ? » donc apporter une matière cognitive, du plaisir, c'est important et puis surtout, l'aspect communication entre eux, social ect...

Okay, Et du coup vous avez pu expérimenter la salle Snoezelen ou pas encore ?

Alors non, pas avec un résident, des collègues l'ont fait, j'ai eu un retour d'expérience mais on a fini la formation il y a 15 jours et moi, la formation a été coupé en fait en 3 et 2 jours pour faire 5 jours de formation et moi, je voulais vraiment prendre les 5 jours de formation mais entre les jours de formation j'ai des collègues qui l'ont utilisée. Il y a des points qui sont ressortis donc peut être que je peux répondre à tes questions.

Donc, pour vous du coup parce que comme vous n'avez pas expérimenté ou par rapport aux choses que qui ont été remontées, quels sont les effets de l'utilisation de des stimulations multisensorielles ? Donc soit le jardin thérapeutique ou la salle snoezelen sur l'agitation du patient ?

Alors, par exemple, je vais, je te décris des situations, on a une dame qui répète un mot en écholalie tout le temps, tout le temps, donc en plus, c'est un mot qui ne veut rien dire, elle est tout le temps dans le toute la journée, elle va répéter le même mot sans cesse et enfaite quand elle a été amenée dans la salle Snoezelen, donc il y a eu un temps où elle a arrêté. Enfaite, elle était vraiment captivée par les stimulations ect... Et cette dame voilà, elle va dire que ce mot-là, elle ne communique quasiment plus, quand on lui pose des questions, elle va continuer à dire son mot et ma collègue a dit qu'elle a pu verbaliser son passé parce que c'était une agricultrice, donc elle a pu parler de vache, elle a pu parler de son chien, bon après ce n'est pas des phrases, mais voilà elle a quand même pu ressortir des éléments. Donc ça, ça montre que ça l'a calmé parce qu'elle a été, elle a fait abstraction de ce mot qu'elle répète tout le temps. Ce qui est compliqué, c'est que c'est une dame qui est en fauteuil roulant, donc elle peut faire quelque pas mais en fait elle d'elle-même elle va se lever elle va déambuler, bon difficilement elle va s'accrocher, elle va marcher. Mais quand on va la faire marcher, elle, elle se braque et la peur et il y a eu un temps ou la séance n'a pas été bénéfique pour elle, c'est quand elle a été installée

dans un fauteuil relax quand il a fallu l'installer et surtout à la fin de la séance, une fois qu'elle s'était bien détendue, la relever bah c'est là qu'elle est repartie dans voilà dans ses angoisses.

Il y a une deuxième dame la salle Snoezelen, ça lui donne vraiment un objectif, un but. Elle attend à chaque fois la séance avec impatience. Bon, elle a des troubles cognitifs mais c'est plus du versant psychiatrique, donc c'est quand même des trucs cognitifs, mais c'est moins perte de mémoire. Mais ça permet quand même pour elle de se fixer un objectif et dans le temps, enfin pour elle, ça la rassure. Et après, dans la salle, c'est vrai que c'est une dame qui a tendance tout le temps à se plaindre, à être dans la plainte, à répéter tout ce qui ne va pas des choses assez négatives, et voilà, on lui dit de rentrer dans la salle, on laisse tout le négatif à l'extérieur. Et c'est vrai que la première séance elle n'a pas trop réussi à couper. Elle était encore vraiment dans la plainte, mais durant la deuxième séance elle n'a pas du tout évoqué ce qui la gênait, ce qui la dérangeait, elle était très concentrée sur les massages, la relaxation avec les stimulations.

Et pour le jardin thérapeutique, vous avez vu les effets de son utilisation sur l'agitation de certains patients ?

Bah, en fait, pour le jardin c'est plus compliqué parce que déjà, on va prendre des résidents qui aiment et qui jardinaient donc qui sont très enclins à réaliser l'activité. Après, c'est compliqué parce que quand on a une unité de 24 personnes et c'est vrai que dès qu'il y a une personne qui commence à s'énerver tout de suite, les autres s'angoissent et ça peut vraiment partir en live. Du coup, ce qu'on fait en général, c'est que on essaie, là durant les séances que j'ai faites, il n'y avait pas de personnes agitées, angoissés.

Du coup le jardin thérapeutique et la salle Snoezelen vous les utilisez avec quels professionnels ?

Alors pour le jardin thérapeutique quoi, on va commencer par là parce que c'est plus simple, c'est l'animatrice, donc après elle a des différents objectifs. Mais donc l'animatrice et on a deux monitrices éducatrices aussi. Qui elles vont plutôt tourner leurs objectifs vers le social, l'accompagnement des personnes, ect... Donc là c'est juste uniquement rééducateurs.

Par contre, pour l'instant, la salle Snoezelen, à la formation on y était tous, il y avait des aides-soignantes, une cadre de santé qui est infirmière, d'autres infirmières, et après les rééducateurs donc kinés. On a essayé vraiment de former un plus de professionnels différents pour que chacun puisse l'utiliser au maximum et avec des portées différentes. C'est vrai que les soignants qui sont tout le temps dans le soin, les patients les assimilent aux soins, aux pensements, souvent aux trucs pas drôles quoi. Du coup c'est pour ça qu'on a voulu aussi qu'elles aient un moment plus privilégié avec les patients, et sachant qu'en plus elles sont au quotidien avec les patients donc c'est vrai que bah peut être qu'elles connaissent mieux les patients et ça peut créer des liens différents pour faciliter ensuite la relation dans la toilette, dans les soins qui sont plus compliquées.

Pour finir je voulais rebondir avec vous sur une étude de la Fondation Médéric Alzheimer qui montre que les ergothérapeutes sont minoritaires dans l'utilisation des stimulations sensorielles en EHPAD principalement, ou dans des unités avec des patients atteints de la maladie de Alzheimer derrière les aides-soignants et les infirmiers. Pour quelles raisons d'après vous ?

Bah alors moi, je compare à mon activité professionnelle, seule ergothérapeute sur un hôpital avec 120 lits. C'est vrai que j'ai le regret de pas faire plus d'activités avec les patients avec des choses un peu plus ludique et qu'on me sollicite souvent pour du matériel en EHPAD. Après nous on a de la chance d'avoir des professionnels à temps plein et plusieurs éducateurs, mais ce n'est pas le cas dans tous les EHPAD et dans beaucoup d'EHPAD il y a une ergo à 50% ou à temps plein. Mais il y a une ergo et il y a tellement de tâches annexes que seul l'ergo peut réaliser, ça laisse moins de temps à ce genre de pratique c'est sûr.

Okay, c'était la dernière question, est ce que vous voulez rajouter autre chose que vous auriez oublié de dire ?

Après je trouve que c'est dommage parce que moi j'ai vu en cours, j'ai vu un petit peu le Snoezelen mais, alors je suis sortie de mes trois ans d'études je ne m'étais pas vraiment intéressée à ça plus qu'autre choses je ne pouvais pas dire ce que c'était concrètement, les buts et objectifs. Voilà, je trouve qu'on ne le développe pas assez en formation alors que on est totalement apte à s'en servir. Après c'est vrai

que par exemple dans mon établissement, c'est la psychomotricienne qui a vraiment pris le dessus là-dessus parce que bon, eux ils font la relaxation, ils sont plus sensoriels ect... Mais je pense que niveau formation de base, on pourrait développer un peu plus les acquis sur Snoezelen. C'est une énorme chance de pouvoir faire la formation mais c'est vrai que c'est, c'est un plus énorme et même pour les résidents qui enfin, même si on essayait au maximum d'être humain et pas les transformer en objets c'est parfois compliqué, avec le manque de soignants, la situation actuelle, le covid, ect... C'est vraiment en fait la démarche, c'est pour le résident. Si le résident arrive dans la salle et qui dit je n'ai rien envie de faire, mais en fait on ne va pas essayer de proposer quelque chose, quoi. C'est vraiment lui qui choisit, c'est pour lui, en fait, c'est vraiment un moment privilégié pour lui et ça je trouve que c'est vraiment bien. Mais c'est dommage qu'il faille un médiateur comme ça pour se rendre compte de cette chose-là. Mais au moins ça permet de d'offrir un moment en plus avec le résident.

Du coup vous venez de me dire qu'on laissait, on laissait faire ce que veut le résident dans la salle Snoezelen ?

Il y a des techniques types par exemple l'Enroulement, les massages. Voilà, il y a différentes techniques qu'on peut apprendre. Nous c'était une formation tournée sur les personnes âgées, parce que sinon il y a la stimulation aux balancements pour les enfants atteints d'autisme. Mais c'est vrai qu'en fait on met à disposition certains trucs et après, c'est à la personne d'aller chercher quoi on ne va pas dire « Bon, Regardez, tenez ça », c'est la personne qui va être attiré par quelque chose et qui va avoir envie de porter son regard où d'aller explorer quelque chose quoi. Voilà donc faut faire un bilan Sensoriel avec tous les goûts et les aversions de la personne. Enfin voilà, ça vraiment personnalisé. Ah oui bien sûr. Après ça peut passer par là, stimulation visuelle par-là, stimulation tactile.

Clôture de l'entretien et remerciements

La Stimulation multisensorielle et la maladie d'Alzheimer

Quelles spécificités de l'ergothérapeute ?

Mots clés : *Ergothérapie, Maladie d'Alzheimer, Agitation, Salle Snoezelen, Jardin Thérapeutique*

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative qui touche 900 000 personnes en France. En évoluant, les troubles du comportement dont l'agitation impactent le patient, l'équipe pluridisciplinaire et les aidants dans les institutions. Pour diminuer ces troubles, la Haute Autorité de Santé préconise l'utilisation des thérapies non médicamenteuse dont font partie les stimulations sensorielles comme la Salle Snoezelen et le jardin thérapeutique. Ce travail de recherche a pour but de déterminer les objectifs de l'ergothérapeute utilisant ces stimulations sur l'agitation de la personne Alzheimer. Cinq entretiens ont donc été réalisés auprès d'ergothérapeutes utilisant ces stimulations en EHPAD. Les résultats ont montré que pour diminuer l'agitation, l'ergothérapeute centre son approche sur la personne, ses occupations et adapte l'environnement en utilisant les stimulations. Toutefois, en phase aiguë d'agitation, l'utilisation de stimulations flash semblent plus adaptées.

Key words: *Occupational therapy, Alzheimer's disease, Agitation, Snoezelen Room, Therapeutic Garden*

Alzheimer's disease is a neurodegenerative pathology that affects 900,000 people in France. When it progresses, the patient has behavior disorders including agitation that impact him, the multidisciplinary team and the caregivers in institutions. To reduce these disorders, the French National Authority for Health recommends to use non-medicinal therapies, including sensory stimulation such as the Snoezelen room and the therapeutic garden. The aim of this research is to determine the objectives of the occupational therapist using these stimulations on the agitation of the Alzheimer person. Five interviews were conducted with occupational therapists using these stimuli in nursing home. The results showed that in order to reduce agitation, the occupational therapist focuses on the person and his or her occupations and adapts the environment by using the stimuli. However, in the acute phase of agitation, the use of flash stimulation seems to be more appropriate.

Emeline LE CASTREC

Sous la direction de Madame Emilie Veauvy, maitre de mémoire