

MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE

L'utilisation de la méthode Montessori en ergothérapie lors d'activités thérapeutiques auprès de personnes âgées atteintes de démences et présentant des troubles du comportement.



Sous la direction de Sandra SOULIS

Lisette CAPRA

Juin 2018

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiante est aidée dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, Lisette CAPRA étudiante en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le

Signature :

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, soit l'IFE de Créteil ».

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma merveilleuse maîtresse de mémoire Sandra SOULIS qui a su supporter mon harcèlement quasi quotidien et m'encadrer durant toute cette année.

J'aimerais ensuite remercier toute l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil qui nous a accompagné durant ces trois années d'études et plus particulièrement Cynthia ENGELS et Robin BAIRET, référents mémoire hors pair et meilleurs humoristes de l'administration de l'IFE de Créteil. Merci aussi pour tous ces goûters motivants.

Je remercie également les ergothérapeutes ayant répondu à mon questionnaire et l'équipe de l'Unité d'Hébergement Renforcé qui m'a accueillie pour que je réalise mes observations.

Un grand merci à tous mes camarades de promotion pour ces trois années, et qui ont su rendre cette année plus agréable.

Enfin je tiens également à remercier mes parents, mes deux sœurs, Ninon pour son illustration de ma page de couverture et Zoé, mes amis, Camille pour ses relectures et ses corrections et Karim, qui ont supporté mes doutes, ma mauvaise humeur et mon stress.

« Tout ce que nous faisons, du moment où nous nous levons jusqu'au moment de notre coucher, peut être considéré comme un ensemble d'activités. Toute personne peut être plus ou moins fière de ce qu'elle a accompli durant une journée et ce sentiment de succès ou d'échec affecte son estime d'elle-même. La satisfaction que nous éprouvons à l'égard de notre propre vie ainsi que l'idée que nous nous faisons de notre propre valeur sont grandement déterminées par les activités que nous réalisons quotidiennement ».

Pr Cameron CAMP

Table des matières :

A)	Introduction	1
B)	Cadre conceptuel	3
I-	Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupacionnels (MCREO)	3
II-	Vieillissement et personne âgée	5
1.	Les vieillissements.....	5
2.	La personne âgée	6
III-	Les démences	11
1.	La maladie d'Alzheimer	12
2.	La démence à corps de Lewy.....	15
3.	La démence frontotemporale	16
4.	Les mémoires	17
5.	Les troubles du comportement.....	18
IV-	Ergothérapie et démences	19
1.	Ergothérapie et gériatrie	19
2.	Prise en charge ergothérapique auprès de patients atteints de démences présentant des troubles du comportement	20
V-	La méthode Montessori	22
1.	Historique	22
2.	Application auprès de personnes âgées atteintes de démences	22
3.	Utilisation en ergothérapie.....	25
C)	Cadre pratique	28
I-	Objectifs de l'enquête	28
1.	Outil principal : l'observation.....	28
2.	Outil secondaire : le questionnaire.....	32
II-	Résultats de l'enquête	36
1.	Observations.....	36
2.	Questionnaires	46
3.	Analyse croisée et objectifs	54
III-	Discussion	55
IV-	Conclusion	58
	BIBLIOGRAPHIE :	60
	ANNEXES	63

A) Introduction

Aujourd'hui, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, c'est près de 10 millions de nouveaux cas de démences par an. En 2015 les estimations dénombraient 50 millions de personnes touchées par une démence et ce chiffre ne va pas cesser d'augmenter. Les démences sont donc à ce jour, et depuis les années 2000, placées au centre des principaux enjeux de santé publique. En effet, depuis une vingtaine d'années, de nombreux plans nationaux et mondiaux de santé publique concernant les démences ont vu le jour. Ces plans prennent de plus en plus en compte le patient dans sa globalité mais aussi ses proches et sa famille. J'ai été interpellée par ce sujet d'actualité, et je me suis demandé de quelle manière, par quelles prises en soins pouvions nous, en tant qu'ergothérapeutes, placer le patient encore plus au centre à travers ses envies, ses besoins et ses choix, tout en gardant nos objectifs thérapeutiques.

C'est lors de mon premier stage en rééducation réalisé auprès de personnes âgées, que j'ai pu développer un intérêt tout particulier pour la population gériatrique. En effet, j'ai été interpellée par le comportement que certaines équipes avaient face aux personnes âgées. Elles étaient très souvent infantilisées, leur avis leur était rarement demandé et parfois même elles n'étaient pas écoutées lorsqu'elles parlaient. Cette situation a retenu mon attention et m'a donné envie de travailler sur cette place, celle que nous donnons à nos patients âgés. Comment pouvons-nous mener à bien nos objectifs de prise en soins sans pour autant faire les choix à leur place ? Auprès de cette population ayant un plus grand vécu que nous, comment mettre en place une relation équilibrée sans les infantiliser ?

C'est grâce à la proposition d'une ergothérapeute de travailler sur la méthode Montessori et les personnes âgées atteintes de démences que j'ai pu rassembler tous les sujets m'ayant m'interpellé lors de mes études et de mes stages professionnels et nécessaires à ce travail. J'ai également réalisé que cette méthode reflétait exactement la vision que j'avais de la prise en soins des personnes âgées mais qu'elle se rapprochait aussi d'une de nos compétences à valider lors de nos stages qui est la compétence 6 : « *Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie* » (Annexe N° I). Ce sujet s'inscrit donc bien dans le domaine de compétence d'un ergothérapeute.

C'est à partir de mes différentes lectures et recherches que j'ai donc pu établir la problématique suivante :

De quelle manière l'utilisation de la méthode Montessori en ergothérapie permet-elle de favoriser l'atténuation des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ?

Cette problématique fait ressortir plusieurs grands principes que je vais donc développer tout au long de mon mémoire. Je vais tout d'abord présenter le modèle conceptuel que j'ai décidé d'utiliser tout au long de mon écrit, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) et en quoi celui-ci est cohérent avec mon sujet d'étude. Je vais ensuite exposer une présentation de la personne âgée à l'aide des domaines du MCREO. Dans un troisième temps, je présenterai la partie sur la démence en détaillant notamment les trois démences les plus présentes dans notre société puis l'une des conséquences du stade avancé des démences qui est les troubles du comportement. J'exposerai ensuite les grands principes de prise en soins en ergothérapie dans le domaine de la gériatrie. Et enfin je reviendrai sur l'histoire de la méthode Montessori et sur son adaptation à la personne âgée atteinte de démences. Ces grands principes me permettront d'émettre une hypothèse que je pourrai valider ou non grâce à une enquête.

B) Cadre conceptuel

I- Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

J'ai décidé de présenter mon mémoire en m'appuyant sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (Annexe N° II).

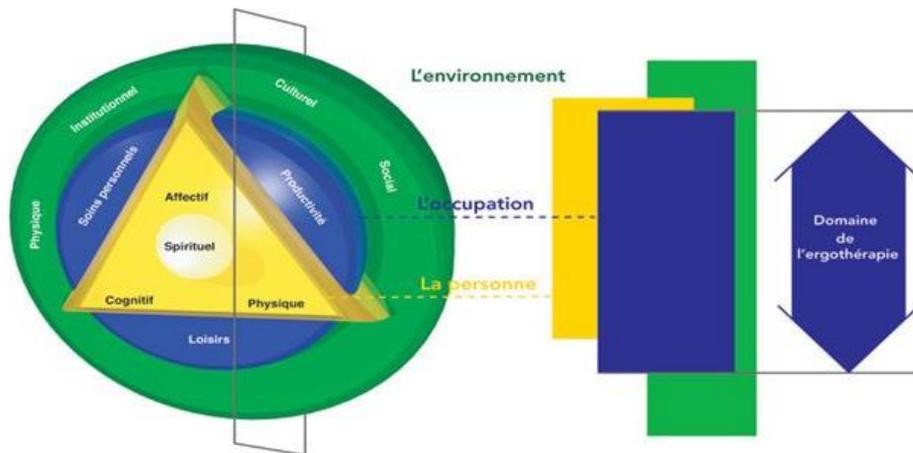


Figure 1 : Schéma du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

Ce modèle a été élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes. Il a longtemps été traduit comme « Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) », « Modèle Canadien de la Performance Occupationnelle (MCPO) » ou encore « Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de Participation (MCRO-P) » (CAIRE, J-M ; ROUAULT, L, p.85, 2017). Ce modèle se base sur trois grands domaines qui interagissent entre eux et qui sont la personne, l'occupation et l'environnement. C'est un modèle basé sur une approche centrée sur la personne que j'ai trouvé très humain tout comme l'est la méthode Montessori que je vais présenter au cours mon mémoire. Je l'ai également choisi car les trois grands domaines sur lesquels il s'appuie sont les trois domaines principaux dans lesquels intervient l'ergothérapeute. Il s'appuie sur toutes les dimensions définissant la personne qui sont les dimensions cognitive, physique et affective et donc s'appuie bien sur l'histoire de vie de la personne. Il s'intéresse ensuite aux occupations de la personne. Les occupations sont ici vues comme ayant un potentiel thérapeutique (CAIRE, J-M ; ROUAULT, L, p.86, 2017) et regroupent les soins personnels, les loisirs et la productivité. Je me suis toutefois demandé si ce modèle était bien adapté pour présenter la personne âgée puisque celle-ci se retrouve souvent en inactivité professionnelle ou à la retraite à partir d'un certain âge. Cependant la productivité ne représente ici pas seulement

la productivité professionnelle, mais également la productivité à travers la participation aux différents rôles sociaux, aux loisirs, aux soins personnels. Ces derniers sont également signifiants pour la personne âgée, il est indispensable qu'elle puisse continuer à s'occuper d'elle comme elle le désire. Ce modèle est également basé sur une notion primordiale qui est l'engagement des personnes dans leurs activités quotidiennes, ce qui se définit comme l'engagement occupationnel. Les personnes âgées continuent d'avoir des loisirs, des activités et il est important qu'elles continuent à bien les investir malgré les différentes pathologies qui peuvent survenir avec le vieillissement. Pour les personnes âgées atteintes de démences, l'engagement qu'elles ont dans leurs activités, l'engagement occupationnel, dépend de leurs capacités résiduelles ainsi que de la conscience qu'elles en ont. Par ce concept nous pouvons en rejoindre un deuxième qui est celui de l'habilitation présent dans le MCREO mais également dans la méthode Montessori. En effet, il s'agit de créer des possibilités afin que les personnes puissent réaliser les activités signifiantes et significatives pour elles, d'adapter l'environnement pour que cela soit possible mais également de les valoriser pour qu'elles s'y engagent au maximum. Les termes d'environnement, d'occupation et de personne se regroupent donc tous et dans le MCREO et dans la méthode Montessori.

Je vais donc intégrer ce modèle tout au long de la présentation de la personne âgée que je vais maintenant vous exposer mais également lors de la présentation des grands principes de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées atteintes de démences.

II- Vieillessement et personne âgée

1. Les vieillissements

1.1. Le vieillissement physiologique

Le vieillissement est universel et inéluctable (Dr MARTIN. J-P, 2006). Il englobe toutes les modifications que l'organisme subit avec le temps. C'est un processus qui débute très tôt dans la vie, aux alentours de 20, 30 ans chez l'Homme.

Le vieillissement dit physiologique n'est pas une maladie, il touche tous les Hommes sans exception, il faut apprendre à vivre avec et cela commence dès notre vie d'adulte (Dr MARTIN. J-P, 2006). Ce vieillissement est lié à la contrainte temporelle, qui altère de façon progressive toutes les capacités fonctionnelles de l'organisme.

Malgré le fait que ce vieillissement touche tout le monde, il ne se ressent et ne se vit pas de la même façon d'un individu à un autre et ce vieillissement ne prend pas en compte les pathologies.

1.2. Le vieillissement pathologique

Le vieillissement dit pathologique résulte des agressions pathologiques ou environnementales par exemple, dont est victime l'organisme et qui ajoutent leurs effets délétères à ceux du temps (Dr MARTIN. J-P, 2006).

Le vieillissement pathologique ne touche pas systématiquement toutes les personnes âgées. Cependant à partir d'un certain âge il est très rare de ne présenter aucune pathologie. C'est avec cette notion de vieillissement pathologique que nous pouvons nous rapprocher de celle de la fragilité.

1.3. Le concept de fragilité

Entre le vieillissement physiologique et le vieillissement pathologique se trouve le concept de fragilité, souvent associé aux personnes âgées. Les définitions de cette notion peuvent être très variables et évoluent constamment. Au départ, les personnes dites fragiles étaient définies comme : « *Il s'agit de sujets semblant incapables de faire face aux agressions de leur milieu (maladie, température, chute...) et de se rétablir après de tels événements* » (FRIED et al., 2004 ; CAMPBELL, 1997, cités par F. NOUVEL, V. JOUAFFRE, 2009). Le point commun retrouvé dans toutes les définitions de la fragilité, est l'émergence d'un état

d'instabilité qui expose ces individus à un risque majeur de décompensation lié à des phénomènes en cascades, qui sont source de perte d'autonomie, d'indépendance, de placement en institution ou même de décès (F. NOUVEL, V. JOUAFFRE, 2009, p.33). Ce concept est donc très souvent lié à celui de la personne âgée.

2. La personne âgée

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans. Bien entendu cette définition est relative et dépend de plusieurs facteurs comme le pays dans lequel nous nous trouvons, les facteurs physiques, mentaux mais également pathologiques.

Selon Jack MESSY (2002), psychiatre, les personnes âgées peuvent aujourd'hui être classées selon différents critères :

- Tout d'abord en fonction de l'âge :
 - Les « vieux jeunes » de 65 à 74 ans qui représentent la majorité des personnes âgées et dont le nombre croît de manière exponentielle. Beaucoup de ces personnes continuent à être actives, évoluent et agissent comme des adultes d'âge moyen.
 - Les « vieux » de 75 à 84 ans, qui sont aujourd'hui une catégorie encore très active pour ceux suivant un vieillissement physiologique.
 - Les « vieux-vieux » de 85 à 99 ans, en général cette catégorie devient de moins en moins active et l'isolement commence à apparaître.
 - Et les « très vieux » de 100 ans et plus qui sont la catégorie minoritaire.

- Elles peuvent également être classées en fonction de leurs capacités fonctionnelles :
 - Les personnes âgées dites en « excellente condition physique », qui sont très performantes sur le plan sportif. Ce sont en général des personnes qui s'entraînent régulièrement ou qui n'ont pas cessé d'exercer un métier ou une activité physique.
 - Les personnes âgées dites en « bonne condition physique », qui peuvent continuer à réaliser des activités physiques et sportives mais également à s'engager sur les plans professionnel et social.
 - Les personnes âgées dites « autonomes avec des habitudes de vie et une santé variable ». Elles peuvent présenter des limitations ou des pathologies chroniques mais celles-ci n'affectent pas encore leurs capacités fonctionnelles.

- Les personnes âgées dites « frêles », qui peuvent réaliser les activités de base de la vie quotidienne mais qui présentent une pathologie ou des limitations qui réduisent leurs capacités fonctionnelles. Ce sont des personnes qui nécessitent une aide humaine ou technique pour certaines activités et qui sont très sujettes aux chutes.
- Et enfin, les personnes âgées dites « non autonomes », qui ne peuvent plus réaliser les activités dont elles avaient l'habitude. Ces personnes ont besoin d'être prises en charge à domicile ou en institution spécialisée.

2.1. La personne âgée en institution

J'ai décidé de me concentrer sur la présentation de la personne âgée atteinte de démence en institution car mon mémoire et ma recherche portent sur les troubles du comportement des personnes atteintes de démences. Cependant ces troubles du comportement apparaissent au stade avancé des démences et justifient en général une institutionnalisation de la personne atteinte, voilà donc pourquoi je ne décrirai pas la personne âgée à domicile. Les différentes dimensions me permettant de présenter la personne âgée sont celles de mon modèle conceptuel, le MCREO.

2.1.1. La personne

2.1.1.1. Dimension cognitive

Au niveau de la dimension cognitive et notamment neurologique, le vieillissement entraîne inévitablement une diminution du nombre de neurones corticaux et des connexions entre ces derniers, de la substance blanche et de certains neurotransmetteurs intracérébraux comme l'acétylcholine. Cela se traduit en partie par une augmentation du temps de réaction (COHEN. J, MOUREY. F, 2014), Il y a ensuite plusieurs aspects caractérisant la personne âgée atteinte de démence à proprement parler. En effet l'un des symptômes les plus importants est la perte de la mémoire ce qui peut altérer la réalisation d'activités ou même les relations humaines (TROUVE. E, 2009, p. 10). La mémoire de travail est la première touchée, dans les stades les plus précoces. Les personnes ont de plus en plus de mal à encoder de nouvelles informations. C'est ensuite la mémoire à long terme qui est touchée. La mémoire sémantique

qui regroupe surtout la culture générale et la mémoire épisodique qui regroupe les souvenirs et les éléments autobiographiques sont les dernières à être altérées.

Au stade le plus avancé, les personnes ne se reconnaissent plus dans le miroir ni sur les photos puis perdent petit à petit leur identité.

Il y a ensuite la perte de l'autonomie puis de l'indépendance qui s'installe peu à peu. Les patients ont de plus en plus de mal à faire des choix, ils se sentent perdus et ne savent pas quoi faire ou quoi choisir. Conjointement, des difficultés de compréhension, d'attention et de concentration sont retrouvées et celles-ci s'expriment de manière graduelle au cours de la maladie. Les troubles du comportement arrivent au stade avancé de la démence. Ce sont des troubles non pas cognitifs mais relationnels. Enfin nous pouvons également voir apparaître des cas d'apraxie, d'agnosie et des difficultés de repérage spatio-temporel.

2.1.1.2. Dimension physique :

Le vieillissement affecte inévitablement la condition physique. En effet, il apparaît progressivement une perte d'indépendance chez les personnes âgées, de mobilité due à une atteinte du système osseux pouvant mener à de l'ostéoporose, maladie due à une faible masse osseuse et à une détérioration de l'architecture du tissu osseux (COHEN. J, MOUREY. F, 2014, p. 22-23). Vient également le vieillissement du cartilage articulaire se caractérisant par la diminution de son contenu en eau, et la modification de sa composition. Cela entraîne un amincissement du cartilage et une diminution de son élasticité responsable d'une fragilité accentuée, de limitations articulaires et d'arthrose (COHEN. J, MOUREY. F, 2014, p.24). Enfin avec l'avancée de l'âge, la perte musculaire est inévitable et peut amener à la sarcopénie, atrophie musculaire ayant pour conséquences principales la perte de force et les troubles de la marche et du mouvement (COHEN. J, MOUREY. F, 2014, p.28).

Les personnes âgées alitées ou ayant des problèmes d'incontinence présentent également un fort risque d'escarres et de dénutrition. La peau peut également être altérée, elle est très fine et la diminution de collagène peut provoquer des lésions plus fréquemment.

Enfin, les personnes âgées présentent un gros risque de chutes et donc de possibles fractures. En effet, Il faut donc veiller à ce qu'elles évoluent dans un milieu sécurisé pour

minimiser ce risque et entretenir au maximum la dimension physique de la personne âgée tout en favorisant l'activité.

2.1.1.3. Dimension affective :

Les personnes âgées du fait de leurs limitations cognitives ou motrices peuvent avoir un sentiment d'inutilité renforcée parfois par la perte du travail, modifiant les rôles sociaux (KALFAT. H, SAUZEON. H, 2009, p. 21) mais également un sentiment d'abandon lors d'un placement en institution par exemple ou avec la perte du conjoint mais aussi de certains amis et proches. Les liens familiaux peuvent également être altérés avec la décision du placement en institution ou encore les conflits familiaux.

Les patients atteints de démences peuvent également développer des troubles du comportement importants comme de l'agressivité, de la dépression, de l'anxiété et des angoisses résultant de traumatismes psychiques comme la peur de la pathologie et de la mort. Les modifications du comportement sont en premier lieu liées à l'affectivité. En effet, celles-ci se manifestent par un repli sur soi, un isolement pouvant retentir sur la qualité de vie et les habitudes de vie de la personnes âgée (KALFAT. H, SAUZEON. H, 2009, p. 21).

2.1.2. Les occupations

Les occupations, dans le MCREO, regroupent les loisirs, les soins personnels et l'activité professionnelle.

Les personnes âgées avaient des loisirs passés qui parfois ne peuvent plus être réalisés à cause du vieillissement et de la pathologie comme par exemple la cuisine, la lecture ou les mots fléchés. Certaines personnes qui aimaient sortir, réaliser des activités physiques, du vélo ou de la course par exemple ne peuvent plus le faire. Elles doivent donc s'adapter pour aménager leur temps en trouvant d'autres activités significantes, qui ont du sens pour elles, et significatives, qui ont une utilité pour elles. Les personnes âgées atteintes de démences ne peuvent peut-être plus réaliser toutes les activités qu'elles avaient l'habitude de faire mais elles peuvent trouver des adaptations ou bien en rechercher d'autres. Elles ne sont pas inaptes à la réalisation de loisirs.

Les personnes âgées atteintes de démences oublient parfois de prendre soin d'elles du fait des troubles cognitifs ou des limitations fonctionnelles. Cependant les soins personnels sont très importants pour que ces personnes se sentent bien dans leur peau, pour qu'elles se sentent considérées comme des personnes au même titre que tout le monde. Ils permettent de se sentir valoriser. Prendre soin d'elles était peut-être une activité comme une autre auparavant qui avait beaucoup de sens pour elles et il est donc important de pouvoir conserver cela d'autant plus que le sentiment de dévalorisation et d'isolement peut être renforcé par le fait de ne plus être chez soi mais en institution.

2.1.3. L'environnement institutionnel

La majorité des patients atteints de démences (70% à 80%) vivent à domicile et l'entrée en institution ne se fait qu'au moment de l'aggravation des troubles du comportement qui mettent ces patients dans des situations à risques pour leurs proches mais également pour eux-mêmes (FETEANU. D, LOPEZ-TOURRES. F, TRIVALLE. C, 2005). L'institutionnalisation arrive donc au stade avancé des démences, stade sur lequel je vais m'appuyer. Cette entrée en institution est un moment difficile pour le patient atteint de démence mais également pour sa famille et ses proches. Il découvre un autre environnement, d'autres personnes qu'il croisera au quotidien et ses habitudes de vie peuvent être bouleversées. Pour une prise en soins optimale, les structures mettent en place les projets de vie individualisés pour chaque patient. Ces projets de vie individualisés sont obligatoires depuis la loi du 2 janvier 2002, loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, ils entrent dans une démarche de qualité de chaque établissement, ils permettent de mettre le patient au centre de sa prise en soins et doivent être réalisés avec l'équipe soignante, le patient et sa famille. Une évaluation de la dépendance physique, du stade et de l'avancée de la démence, entre autres, seront réalisés avec le patient, la famille et l'équipe soignante à l'aide par exemple de différents bilans validés tels que le Mini Mental State Examination (MMSE), l'Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC) ou l'Inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes (NPI-ES) que je présenterai plus tard.

La connaissance de la pathologie qu'est la démence est primordiale car il n'en n'existe pas qu'une seule et la prise en soins ne sera pas la même selon le type de démence mais aussi selon le stade de la démence auquel se trouve le patient.

III- Les démences

La démence est définie dans le Larousse comme : « *Aliénation mentale, folie. Conduite peu raisonnable, insensée, extravagante. Affaiblissement psychique profond, acquis et spontanément irréversible, qui se manifeste par une diminution des fonctions intellectuelles avec troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement, un appauvrissement des fonctions symboliques (langage, praxies, calcul) et une perte des critères de référence logiques, éthiques et sociaux. Une désorientation temporo-spatiale est fréquente. La démence a pour conséquence de graves troubles du comportement* ». Par l'Organisation Mondiale de la Santé elle est définie comme « *un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes. Bien qu'elle touche principalement les personnes âgées, elle n'est pas une composante normale du vieillissement* ». Aujourd'hui en France nous estimons qu'il y a un peu plus de 1 million de personnes touchées par la démence. Au stade initial 70 à 80% de ces patients résident à domicile. L'entrée en institution ne se fait en général qu'à partir de la détérioration majeure des fonctions cognitives et surtout à l'apparition des troubles du comportement (OMS, 2017).

Au niveau mondial en 2015 c'était près de 10 millions de nouveaux cas de démence par an soit un cas toutes les 3 secondes. Toujours en 2015 les estimations dénombraient 50 millions de personnes touchées par une démence dans le monde et ce chiffre devrait atteindre les 82 millions d'ici 2030. Aujourd'hui en France 850 000 personnes sont atteintes de démence de type Alzheimer. La maladie d'Alzheimer représente entre 60 et 70% des démences diagnostiquées. Mais il en existe bien d'autres comme la démence à corps de Léwy (11%) ou la démence frontotemporale (4%) qui sont des démences dégénératives comme la maladie d'Alzheimer, ou encore les démences vasculaires (20%) qui sont des démences secondaires (OMS, 2017).

En 2015, le coût engendré par les démences estimé pour la société était de 818 milliards de dollars américains au niveau mondial. En 2030 les estimations arrivent à un coût mondial de 2 trillions de dollars américains. Toutes ces données justifient donc bien le fait que les démences soient un enjeu majeur de santé publique de nos jours.

Concernant les symptômes principaux de la démence, elle est très souvent associée à une perte de la mémoire. Ce symptôme est certes central dans la démence mais il n'est pas le seul. La démence entraîne également des difficultés à accomplir les tâches de la vie quotidienne, une désorientation temporo-spatiale, des difficultés à utiliser les mots et les chiffres, mais aussi

d'importants troubles du comportement comme de l'agressivité, des sautes d'humeur et de la déambulation pouvant mettre les personnes atteintes en danger (HAS 2009).

L'âge est le facteur de risque de démence le plus connu, même si 9% correspondent à des démences dites précoces, arrivant avant 65 ans. Des études ont ensuite montré un lien entre l'apparition des troubles cognitifs et le mode de vie comme la sédentarité, l'obésité, le tabagisme ou encore le diabète sucré, l'hypertension, la dépression, l'isolement social ou un faible niveau d'instruction.

Je vais maintenant présenter une à une les trois démences les plus représentées dans notre société : la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy et la démence frontotemporale qui sont des démences neurodégénératives.

1. La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer a été découverte en 1907 par Alois Alzheimer, psychiatre et neuropathologiste allemand, mais ce n'est qu'en 1910 qu'apparaît le nom de « maladie d'Alzheimer » grâce au professeur Kraepelin qui lui donne le nom du médecin qui l'a découverte dans son traité sur l'aliénation au déclin de la vie. Enfin c'est en 1967 que sont rassemblés les termes de démences Alzheimer, démences séniles et démences préséniles.

1.1. Etiopathologie et symptomatologie

Aujourd'hui 850 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer (Plan Alzheimer 2014-2019, p.5). Selon certaines projections, ce chiffre pourrait dépasser 1 millions d'ici 2020 (Pr. VERNY. M, p.13). La maladie d'Alzheimer est la démence la plus fréquente chez la personne âgée. Elle représente entre 60% et 70% des démences (OMS, 2017). Entre 2000 et 2004, les décès dus à la maladie d'Alzheimer affichent un taux de progression de + 35,5%, ce qui était l'un des plus élevés (cancer du pancréas : + 4,6%, maladies de l'appareil urinaire + 4,2% par exemple) (AMOUYEL, P, 2008, p.5). Cela peut expliquer pourquoi aujourd'hui cette pathologie se retrouve être la plus crainte par les Français après le sida et le cancer (Pr. VERNY. M, p.13).

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui affecte les neurones et entraîne une destruction progressive des cellules nerveuses situées dans les régions du cerveau liées à la mémoire et au langage. Elle atteint de façon graduelle les fonctions cognitives et est caractérisée par la survenue de troubles émotionnels et comportementaux (COLLETTE. F, FEYERS.D, BASTIN. C, 2008, p.106).

Cette démence, s'installant de façon insidieuse et progressive résulte de deux types de lésions se développant dans le cortex cérébral : les plaques amyloïdes et la dégénérescence neurofibrillaire.

- Les plaques amyloïdes, aussi appelées plaques séniles, résultent de l'accumulation de protéines bêta-amyloïdes sous forme modifiée. Cette formation prend son origine dans le fait que le système d'agrégation naturel de cette protéine devient plus présent que le système de destruction de ces agrégations qui lui, perd de son efficacité avec le vieillissement (Pr VERNY. M, 2018, p.23).
- La dégénérescence neurofibrillaire (DNF), résulte de l'accumulation de protéines tau (tubulin associated unit) sous forme modifiée qui donne naissance à des lésions présentes à l'intérieur des neurones (Pr VERNY. M, 2018, p.23). Plus la densité de ces dégénérescences neurofibrillaires est importante plus le nombre de neurones touchés par un dysfonctionnement et par la suite par une mort précoce est important. Et, plus les régions touchées par ces DNF sont nombreuses plus les possibilités de troubles intellectuels et cognitifs seront variées et importantes (Pr VERNY. M, 2018, p.26-27).

La maladie d'Alzheimer peut se décomposer en plusieurs stades. Le stade initial qui peut commencer 15 ans avant le diagnostic de la maladie se caractérise par des effets sur la mémoire et les apprentissages. En effet, les personnes touchées ont par exemple du mal à enregistrer de nouvelles informations. Le stade modéré ensuite, peut durer environ 10 ans. Les personnes affectées subissent une altération croissante de la mémorisation et du bon fonctionnement des fonctions exécutives. Les fonctions exécutives regroupent tout ce qui relève de la flexibilité mentale, de la planification, du contrôle et de la régulation de l'action. Elles contrôlent et régulent l'ensemble des activités cognitives. Enfin, au stade dit avancé, le langage, la compréhension, les praxies et le comportement sont atteints. Les patients peuvent avoir des difficultés à reconnaître leurs proches. Ce stade peut durer de un à cinq ans.

1.2.Conséquences de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer affecte surtout, et en premier lieu la mémoire. Tout d'abord la mémoire à court terme ainsi que l'encodage de nouvelles informations, puis petit à petit la mémoire à long terme jusqu'à aller affecter l'identité même de la personne au stade le plus avancé.

Cette pathologie se faisant par stade, différents troubles y sont associés (TROUVE, E, p.12-14) :

- Il y a tout d'abord les troubles de la mémoire qui se caractérisent par une perte de la mémoire à court terme dans un premier temps ainsi que des difficultés d'enregistrement de nouvelles informations, une perte des apprentissages puis une perte de la mémoire à long terme.
- Mais également des troubles de l'orientation temporo-spatiale avec une perte de l'orientation dans des lieux familiers, une inversion du rythme nyctéméral et enfin une perte de la notion du temps.
- Apparaissent ensuite les troubles gestuels avec une atteinte plus ou moins grave des praxies, avec une diminution de certains réflexes, une perte de la coordination et de la précision de certains gestes. Y sont également associés les pertes d'équilibre et de la marche avec risques de chutes ainsi que les difficultés d'écriture, d'utilisation d'objet de la vie quotidienne, une perte des expressions du visage et des difficultés de déglutition.
- Viennent après les troubles de la reconnaissance, qui sont des atteintes au niveau gnosique avec des difficultés dans l'identification des personnes, couleurs, lieux, objets de la vie quotidienne, voix puis au stade avancé de sa propre image. Nous retrouvons également des difficultés à différencier les images et la réalité et enfin une perte de la vision en trois dimensions.
- Les trouble du raisonnement et du jugement qui s'apparentent à des difficultés de calcul, de compréhension, de concentration et d'attention, à une perturbation du jugement mais aussi à des difficultés pour faire des choix et prendre des décisions.
- Les troubles du langage avec parfois l'apparition d'une aphasie, une perte de la spontanéité dans la communication, une réduction du vocabulaire, des difficultés à trouver les bons mots, une perte de compréhension écrite et orale ou encore une répétition des mêmes mots ou phrases.

- Enfin, au stade avancé nous pouvons très régulièrement observer des troubles du comportement qui comprennent par exemple les sautes d'humeur, le repli sur soi, l'errance et la déambulation aussi appelés comportements moteurs aberrants, les troubles du sommeil, la dépression et l'anxiété, l'agressivité verbale et/ou physique, les délires et les hallucinations.

2. La démence à corps de Lewy

2.1. Etiopathologie et symptomatologie

La démence à corps de Lewy est la démence dégénérative la plus fréquente après la démence de type Alzheimer. Elle représenterait 15 à 25% des démences. Elle est due à la présence en abondance de corps de Lewy qui sont des inclusions riches en ubiquitines et en alphasynucléide dans le système nerveux central, notamment au niveau du cortex cérébral (DUJARDIN. K, DEFEBVRE. L, 2008, p.154).

Le début diffère de la maladie d'Alzheimer par la présence de nombreux signes psychiatriques tels que des hallucinations ou une dépression. Les troubles mnésiques ne sont donc pas prédominant au début de cette démence. Il existe cependant trois symptômes qui permettent de poser le diagnostic d'une démence à corps de Lewy (Dr MARTIN. J-P, 2005) :

- Les hallucinations surtout visuelles, très élaborées et bien décrites par le sujet.
- Un syndrome parkinsonien très fluctuant dans le temps.
- Un état cognitif fluctuant qui touche essentiellement l'attention et la vigilance qui deviennent très variables dans le temps.

En comparaison avec la démence de type Alzheimer, il y a, dans la démence à corps de Lewy, un syndrome dysexécutif plus sévère, des troubles visuoperceptifs particulièrement importants dès le début de la pathologie, des troubles attentionnels également plus important et caractérisés par leur aspect fluctuant et enfin des troubles mnésiques qui ne sont eux pas au premier plan mais apparaîtront avec l'évolution de la maladie (DUJARDIN. K, DEFEBVRE. L, 2008, p.155).

2.2. Conséquences de la démence à corps de Lewy

Le déclin cognitif progressif auquel sont sujets les individus atteints de la démence à corps de Lewy ont un retentissement sur leur vie sociale ainsi que sur leurs occupations dans un premier temps. Dans la démence à corps de Lewy les troubles du comportement sont en général précoces et sévères (Dr MARTIN. J-P, 2005). Comme dans toutes les démences au stade avancé, les individus sont de moins en moins autonomes et l'évolution des troubles du comportement pouvant mettre ces personnes en danger pousse généralement les familles à placer leurs proches dans une institution spécialisée (DUJARDIN. K, DEFEBVRE. L, 2008, p.155).

3. La démence frontotemporale

3.1.Etiopathologie et symptomatologie

Les démences frontotemporales présentent peu de chevauchement au niveau épidémiologique avec la maladie d'Alzheimer. Cette démence est caractérisée par des troubles du comportement au premier plan puis des troubles cognitifs au second plan. Elle atteint, comme son nom l'indique les lobes temporaux et frontaux du cerveau ce qui entraîne des troubles du langage prédominants. La durée d'évolution de cette démence s'apparente à celle de la maladie d'Alzheimer (DELBEUCK. X, LEBERT. F, PASQUIER. F, p.124).

3.2.Conséquences de la démence frontotemporale

LUND et MANCHESTER (1994) ont décrit les critères comportementaux et affectifs résultants d'une démence frontotemporale. Cette pathologie entraîne donc :

- Des troubles du comportements avec une progression lente et un début insidieux, une négligence physique précoce et une négligence des convenances sociales, une conduite désinhibée précoce, une hyperoralité, une impulsivité et une anosognosie.
- Des troubles affectifs caractérisés par de la dépression, de l'anxiété, des idées fixes ou suicidaires, une apathie, une amimie ainsi qu'une indifférence émotive et un manque d'empathie.
- Des troubles du langage avec une perte progressive de ce langage, des stéréotypies verbales, un mutisme, des écholalies ou des persévérations.

Dans la démence frontotemporale l'orientation spatiale et les praxies sont en générale conservées.

Dans chaque démence nous pouvons retrouver les troubles mnésiques, il me semble donc important de parler maintenant des différentes mémoires.

4. Les mémoires

4.1.La mémoire à court terme

La mémoire à court terme représente principalement la mémoire de travail. C'est cette mémoire qui nous permet de nous souvenir pendant un court instant un numéro de téléphone que l'on vient de lire le temps de le composer par exemple.

4.2.La mémoire à long terme

La mémoire à long terme se divise en deux catégories. Nous avons tout d'abord la mémoire épisodique qui regroupe les faits autobiographiques, les souvenirs de l'enfance. Dans l'enfance cette mémoire met du temps à se développer c'est pour cela que les souvenirs très anciens de l'enfance sont particulièrement bien conservés chez les personnes âgées même atteintes de troubles cognitifs. A contrario, cette mémoire regroupe également le passé proche mais pas direct (mémoire de travail) et également le futur. C'est la mémoire qui contrôle la planification. Cet aspect-là de la mémoire sémantique est donc très altéré dès les premiers stades de la maladie. Les informations et les souvenirs de la journée s'estompent très rapidement ; les patients ont du mal à se projeter dans le futur, à réaliser des projets (Pr VERNY. M, p.29-30).

Nous avons ensuite la mémoire sémantique qui s'apparente à la culture générale, elle rassemble les faits existants indépendamment de l'expérience personnelle. Elle se différencie de la mémoire épisodique par le fait que nous n'avons pas conscience du contexte spatio-temporel dans lequel nous avons enregistré cette information. C'est une mémoire très résistante dans la maladie d'Alzheimer qui se retrouve atteinte au stade évolué dans la plupart du temps (Pr VERNY. M, p.30).

Nous pouvons rassembler les mémoires épisodique et sémantique dans une grande catégorie appelée mémoire déclarative qui est une mémoire explicite, c'est-à-dire que nous pouvons en exprimer le contenu, nous en avons conscience (Pr VERNY. M, p.29).

4.3. Autres mémoires

La mémoire procédurale est la mémoire qui nous permet de réaliser des tâches motrices comme faire du vélo, lacer ses chaussures par exemple. Cette mémoire est difficile à verbaliser alors que l'action est instinctive, machinale, c'est une mémoire implicite. Elle est très résistante dans la maladie d'Alzheimer (Pr VERNY. M, p.31) et peut s'apparenter à un automatisme.

La maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy et la démence fronto-temporale sont les démences les plus présentes dans notre société mais il ne faut pas oublier qu'il en existe beaucoup d'autres comme les démences mixtes, les démences vasculaires ou encore les démences psychiatriques. Toutes ces démences au stade avancé peuvent amener les patients à exprimer de forts troubles du comportement.

5. Les troubles du comportement

Les troubles du comportement sont définis par la Haute Autorité de Santé comme des comportements, des attitudes ou des expressions dérangeants, perturbateurs ou même dangereux pour la personne ou pour son entourage, qui sont observés dans les démences (2009). Ils peuvent impacter la qualité de vie des patients, leur état de santé mais aussi la qualité de leur prise en charge.

Tableau 1 : Symptômes définis par l'HAS en 2009 dans ses recommandations de bonnes pratiques (Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs). Page 6

<i>Opposition</i>	<i>Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.</i>
<i>Agitation</i>	<i>Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.</i>
<i>Agressivité</i>	<i>Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.</i>
<i>Comportements moteurs aberrants</i>	<i>Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.</i>
<i>Désinhibition</i>	<i>Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.</i>
<i>Cris</i>	<i>Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.</i>

<i>Idées délirantes</i>	<i>Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.</i>
<i>Hallucinations</i>	<i>Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.</i>
<i>Troubles du rythme veille/sommeil</i>	<i>Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.</i>

L'origine de ces troubles du comportement est multifactorielle. Ils peuvent être liés à l'environnement, à l'entourage, à la personne elle-même ou encore à la pathologie.

Ces troubles du comportement qui peuvent s'exprimer de manière très différente selon chaque patient, sont une composante à prendre en charge lors des séances d'ergothérapie et peuvent également être évalué par l'équipe soignante.

IV- Ergothérapie et démences

1. Ergothérapie et gériatrie

« L'ergothérapie, en tant que pratique basée sur le développement de la performance dans les activités, est une réponse essentielle aux problèmes de la personne âgée et de son entourage. Par une démarche préventive et réhabilitative, elle permet d'éviter les désadaptations et d'améliorer la qualité de vie sur les lieux d'habitation des personnes (institution ou domicile) et accompagne l'entourage (professionnel ou familial) à travers une action éducative », Éric TROUVE, ergothérapeute DE.

Il faut tout d'abord bien avoir en tête qu'une personne âgée atteinte de démence reste en tout point une personne humaine même aux stades les plus avancés. Cette personne continue de ressentir des émotions, des besoins, des envies, des habilités fonctionnelles, des motivations et un sens d'appartenance. Il faut donc avoir un comportement respectueux, à l'écoute et adapté face à ces patients. La Ligue Alzheimer (2006) cite les grands principes nécessaires pour pouvoir communiquer avec les personnes atteintes de démences comme par exemple ne pas oublier de se présenter, parler doucement et clairement, se mettre à la même hauteur que la personne, employer des mots familiers mais également l'écouter attentivement, lui montrer son

intérêt (Annexe N° 2). La simplification, la mise en place de rappels réguliers, l'autonomie de la personne âgée, le maintien des activités sociales et la lutte contre l'isolement font également partie de ces grands principes (TROUVE. E, 2009).

2. Prise en charge ergothérapeutique auprès de patients atteints de démences présentant des troubles du comportement

« Les deux versants de l'accompagnement sont la valorisation narcissique, pour favoriser le réaménagement d'identité et le soutien dans le travail de deuil » (FABRE-MELLINI. A, 2009, p.143). L'ergothérapeute au sein d'une institution n'est pas là pour empêcher la manifestation d'un symptôme négatif mais donc plutôt pour le laisser s'exprimer et d'accompagner ces patients dans l'expression de leurs troubles ainsi que leur gestion.

Les démences sont des pathologies qui ont une influence importante sur les activités de la vie quotidienne et cela peut mener à une souffrance morale pour la personne mais également pour son entourage (MARGOT-CATTIN. I, 2009, p-125). C'est à ce premier niveau que l'ergothérapeute peut aider et accompagner le patient et sa famille dans ce qui peut s'appeler le travail de deuil, deuil de la vie et des capacités passées. L'activité est donc un moyen d'intervention très important. Elle ne doit pas être vue comme une simple occupation mais elle doit faire sens pour les patients et doit faire l'objet d'une analyse par l'ergothérapeute, professionnel formé à l'analyse d'activité. Il existe en effet un lien entre activité et sentiment d'existence (WILCOCK, 1998 et 2006, cité par MARGOT-CATTIN. I, 2009). L'être humain s'exprime à travers ce qu'il fait, ce qu'il met en place tout au long de sa vie le représente, forge son identité. *« L'activité est un processus important : elle aide à construire l'identité et l'autonomie de la personne active. Le résultat de l'activité est tout aussi important et essentiel par le sentiment de réussite qu'elle procure. Réussir une activité, même la plus simple, prend tout son sens lorsqu'on est privé d'activité par une maladie telle que la démence » (MARGOT-CATTIN. I, 2009, p-130).*

La réalisation d'activités se rapproche également du concept d'appartenance. Ce concept participe lui aussi à l'identité de la personne (MARGOT-CATTIN. I, 2009, p-131). Dans une institution pour personnes âgées atteintes de démences, ce sentiment d'appartenance peut être mis en avant par la mise en place de rôles sociaux en mettant en place par exemple

des activités comme la distribution du courrier pour un ancien facteur, ou le fait de faire le ménage, la vaisselle, le pliage du linge pour une ancienne femme au foyer.

Les ressources à disposition des ergothérapeutes sont les habitudes de vie et la mémoire procédurale par exemple qui, malgré les pertes entraînées par la démence, peuvent très souvent refaire surface lorsqu'elles sont stimulées. C'est grâce à ses ressources que l'ergothérapeute pourra trouver et mettre en place les activités qui seront significatives pour chacun de leurs patients (MARGOT-CATTIN. I, 2009, p-132).

Les ergothérapeutes seront également amenés à réaliser des tests cognitifs tels que le MMSE (Mini Mental State Examination) ou bien l'ERFC (Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives) pour pouvoir évaluer le stade de déficit cognitif et l'évolution des patients.

Le MMSE (Annexe N° IV) est donc un test qui a été mis en place dans le but d'évaluer le fonctionnement cognitif général des sujets chez lesquels on soupçonne une altération cognitive. Il est séparé en cinq sous-échelles évaluant toujours dans ce même ordre : l'orientation temporo-spatiale, la mémoire, l'attention et le calcul, le langage et enfin les praxies de construction. Le score est toujours sur 30. En règle générale, un score inférieur à 24 suggère la présence de troubles cognitifs. Cependant ce seuil est variable selon le niveau socio-culturel du patient.

L'ERFC (Annexe N° V) est un autre test cognitif que nous pouvons faire passer en tant qu'ergothérapeute. Ce test se décompose en plusieurs sous-parties : orientation temporo-spatiale, attention et mémoire, calcul mental, raisonnement et jugement, compréhension, dénomination, répétition, ordre direct, fluidité verbale, praxies, décodage visuel et écriture. Le score maximum est de 50 et un score inférieur à 46 suggère la présence de troubles cognitifs. Encore une fois, ce seuil est variable selon le niveau socio-culturel du patient.

Lors de mon premier stage de troisième année réalisé en Unité d'Hébergement Renforcé, j'ai pu découvrir une nouvelle évaluation, l'Inventaire Neuropsychiatrique pour les Equipes Soignantes (NPI-ES) (Annexe N° VI). Cette évaluation est réalisée avec l'ensemble de l'équipe soignante, et a pour but de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez les patients souffrant de démence (HAS, 2000).

« La pratique probante actuelle montre que l'intervention auprès des personnes atteintes de démence avancée doit être axée non pas sur une remédiation des capacités perdues, mais sur l'amélioration du bien-être, de la qualité de vie et de la santé » (MARGOT-CATTIN. I,

2009, p-134). Cette notion de ne pas se consacrer aux capacités perdues mais plutôt aux capacités résiduelles se retrouvent dans la méthode Montessori que je vais maintenant exposer.

V- La méthode Montessori

1. Historique

La méthode Montessori a été créée par Maria MONTESSORI, qui a été la première femme médecin italienne en 1896. En travaillant auprès d'enfants en psychiatrie, elle remarque que dans ce domaine les lieux sont vides, aucuns jeux ne sont mis à disposition des enfants et que la priorité est avant tout les soins hospitaliers. Cela la pousse à avoir de nombreuses réflexions sur des solutions non-médicamenteuses, mais plutôt éducatives. En 1907 elle crée la première « Casa del bambini » (maison des enfants) où elle y développe son approche auprès d'enfants de 3 à 6 ans issus d'un quartier pauvre de Rome. Dans cette « maison » elle met en place un environnement adapté aux enfants, elle leur laisse le choix des activités qu'ils veulent réaliser. La base de cette approche est « Aide moi à faire seul ». Pour Maria MONTESSORI les enfants dont elle s'occupe ne sont pas inadaptés à la société mais c'est ce qui leur est proposé qui est inadapté (Association Montessori Internationale, 2015).

« Le premier chemin que l'enfant doit trouver est celui de la concentration, et la conséquence de la concentration est le développement du sens social » (MONTESSORI. M, 1948). Pour Maria MONTESSORI nous devons rechercher le pouvoir de concentration des enfants. L'enfant laissé libre de choisir son activité, une activité signifiante, s'y concentre plus longtemps, s'y engage et peut la répéter. Cela l'amène donc à être plus calme, plus respectueux, plus social (Association Montessori Internationale, 2015).

Aujourd'hui la méthode Montessori est plus que présente et de nombreuses écoles Montessori ne cessent de voir le jour sur le sol français.

2. Application auprès de personnes âgées atteintes de démences

En 1995, le professeur Cameron CAMP réfléchit pour la première fois à une éventuelle adaptation de la méthode Montessori aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Il se base sur le concept de valorisation mais aussi de simplification de l'environnement et surtout sur une vision capacitaire de la personne âgée et non déficitaire. L'objectif est de permettre aux

personnes présentant des troubles cognitifs, qu'ils soient modérés ou sévères, d'interagir de façon positive avec leur environnement, en s'engageant dans des activités significatives pour elles et qui leur offrent un rôle social mais aussi d'être autonomes et indépendantes, capables de faire des choix et d'être traitées avec dignité et respect (CAMP. C, 1995).

Le professeur CAMP a donc mis en place un certain nombre de grands principes que je vais décrire en trois catégories qui sont celles du modèle conceptuel que j'ai déjà développé précédemment, le MCREO et qui sont la personne, les occupations et l'environnement.

2.1. Les principes de la méthode Montessori adaptés centrés sur la personne

Le premier grand principe que nous pouvons également retrouver chez Maria MONTESSORI est celui de laisser le choix aux personnes. Par exemple leur laisser le choix de l'activité, de leur envie à y participer ou non. Il faut ensuite s'adapter aux capacités résiduelles de la personne. Les personnes atteintes de démences auront certes, au stade avancé, d'importants troubles cognitifs, mnésiques, moteurs ou même du comportement, chaque patient est différent et même lors d'une activité de groupes il faut essayer d'adapter à chaque participant. Le deuxième grand principe fondamental est la valorisation. En effet tout doit être mis en œuvre pour contourner la mise en échec, la dévalorisation des patients atteints de démence qui peut être source de démotivation mais également renforcer les troubles du comportement. Il faut inciter les patients à corriger eux-mêmes leurs erreurs. La stimulation des capacités résiduelles est également très importante pour maximiser la participation et l'engagement des personnes âgées dans leurs activités.

2.2. Les principes de la méthode Montessori adaptés centrés sur les occupations

Cameron CAMP (2006) énonce ensuite des principes propres à la mise en place d'activités. L'écriture utilisée doit être adaptée aux déficits visuels et aux capacités de compréhension des personnes atteintes de démences ainsi qu'à leur âge. Pour des personnes avec d'importants troubles cognitifs, il est préférable d'écrire seulement quelques mots ou des phrases brèves pour faciliter au mieux la compréhension. Il est également important de faire progresser l'apprentissage, la difficulté au cours d'une activité. En effet le fait de ne pas mettre en échec ne veut pas dire infantiliser les patients. Nous pouvons par exemple commencer par des tâches simples pour évaluer les capacités de chacun puis complexifier celles-ci pour les patients

réussissant la première. Il faut respecter le rythme de chaque patient. Les explications d'une activité doivent également être claires et concises. Il faut procéder par des phrases courtes, avec un vocabulaire adapté et surtout procéder par étapes simples sans en sauter une.

Les objets, créations réalisés doivent pouvoir être significatives, réutilisables pour les patients. Ils doivent être signifiants et ne pas être réalisés seulement pour occuper leurs journées.

Lors de chaque activité, il faut toujours aller du plus simple au plus complexe et du plus concret au plus abstrait. Il faut également organiser les tâches et le matériel de sorte que les personnes puissent exécuter les tâches en allant de gauche à droite et de haut en bas, selon les mouvements habituels de la tâche et des yeux dans la lecture des langues occidentales. Enfin il faut présenter les éléments composant le matériel en allant du plus grand au plus petit et du plus grand nombre au plus petit nombre.

Les occupations ne se résument pas aux activités thérapeutiques mises en place au sein d'une institution. Elles représentent également les soins personnels et les loisirs. Concernant la productivité, Cameron CAMP s'attarde aussi également sur les rôles sociaux qui sont extrêmement important de conserver même au sein d'une institution. Cela permet aux personnes âgées de conserver leur place dans la société et de se sentir utile. Nous pouvons par exemple retrouver des patients ayant l'habitude de faire le ménage ou la vaisselle chez eux et qui se retrouvent en institution où elles ne peuvent plus réaliser ces occupations qui avaient du sens pour eux. Le but est donc de les laisser faire ce qu'ils avaient l'habitude de faire, de leur redonner leur place.

2.3. Les principes de la méthode Montessori adaptée centrés sur l'environnement

Le plus important est de créer un environnement adapté aux besoins de chaque personne. Les matériaux, aménagements et installations faits en institution doivent se rapprocher de ce que les patients avaient l'habitude de retrouver dans leur vie courante, les matériaux doivent être agréables à regarder. Cet environnement doit être sécurisé et sécurisant mais sans être dépersonnalisé.

L'adaptation de l'environnement à la personne ainsi qu'à ses capacités résiduelles permet de retrouver cette personne cachée derrière ses déficits.

3. Utilisation en ergothérapie

La méthode Montessori n'est pas une méthode propre aux ergothérapeutes, tous les soignants peuvent être formés à cette méthode. Cependant en comparant les principes de prise en soins des personnes âgées atteintes de démences en ergothérapie et les grands principes de la méthode Montessori adaptée par le professeur Cameron CAMP, j'ai pu relever de nombreuses similitudes. J'ai pu mettre ces similitudes en relation avec la compétence 6 de notre portfolio qui s'intitule « *Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie* » (Annexe N° I). La méthode Montessori peut être un moyen de mettre en place une relation de confiance avec le patient pour engager la relation thérapeutique par exemple.

Dans notre métier cette relation thérapeutique est primordiale pour pouvoir par la suite mener à bien notre prise en soins et nos différentes séances. Lors de notre dernière année d'études en ergothérapie, nous devons être capable d'analyser les éléments obstacles et facilitateurs d'une relation établie, de proposer des ajustements si nécessaire et de maintenir une alliance thérapeutique quelles que soient les difficultés de relation, d'expression, de communication rencontrées (Annexe N°I). Je me suis donc rendue compte que la méthode Montessori pouvait apporter des stratégies nous permettant d'amorcer la mise en place d'une relation de confiance. Elle permet également de faire perdurer la relation dans le temps malgré les incapacités que le patient peut avoir car nous allons nous concentrer sur les capacités résiduelles du patient et grâce à des évaluations de ces capacités résiduelles mettre en place les bons moyens de communication qui permettront de faire perdurer cette relation.

Je me suis demandé au fil de mes recherches si l'ergothérapeute n'était pas finalement déjà formé à cette méthode sans le savoir. Il est vrai qu'au centre de notre pratique nous avons la personne, son environnement et ses occupations. La base de notre métier est de recueillir toutes les informations importantes sur le patient, ses habitudes de vie, trouver des activités significatives pour lui et mettre en place des activités permettant de faire travailler les fonctions déficitaires du patient. C'est ici que réside la principale différence. Très souvent et plus particulièrement en rééducation, nous nous basons sur les capacités déficitaires des patients car c'est ce qu'il faut « récupérer » grâce aux différentes prises en soins de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les personnes âgées atteintes de démences, nous savons qu'il n'existe à l'heure d'aujourd'hui aucun traitement permettant de les guérir. Il est donc important de se concentrer sur les capacités résiduelles des patients pour trouver de nouveaux moyens d'action, de nouveaux exercices.

La méthode Montessori, proche de notre domaine de compétence en tant qu'ergothérapeutes, nous apporte finalement une nouvelle vision, une vision capacitaire et non déficitaire de la personne âgée.

Selon VOYER, VERREAULT *et al.* (2005) les comportements perturbateurs très fréquemment retrouvés dans les institutions d'hébergement sont liés à la sévérité des atteintes cognitives notamment les comportements d'agitation (cité par D. GIROUX, 2005, p.194). La proposition d'activités dans ces établissements se révèle complexe, car la proposition d'activités inappropriées aux patients atteints de démences peut réveiller en eux de l'anxiété, de l'agitation ou encore de l'agressivité (CAMP. C, 1996). Les différentes études menées au cours des dernières années ont démontré différents aspects positifs de la méthode Montessori. L'engagement occupationnel favoriserait le bien-être occupationnel, la satisfaction et l'estime de soi-même. Les activités menées en individuelles semblent plus adaptées à ces patients étant donné que chacun ne se trouve pas au même stade de la pathologie. Cependant Dominique GIROUX (*et al*) en 2010 a pu observer que même lors d'activités en groupe, les comportements perturbateurs n'étaient pas présents, les activités étant plus appropriées à ces patients et à leur pathologie. C'est donc bien dans ce contexte que peut intervenir l'ergothérapeute et utiliser cette méthode.

La personne âgée lors de sa prise en soins en ergothérapie peut donc être définie par ses différentes composantes comme ses dimensions physiques, affectives et cognitives, ses occupations mais aussi par son environnement. Lors du vieillissement que l'on peut appeler pathologique, la démence peut arriver. Il existe différentes démences mais les plus représentées dans notre société sont la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy et la démence fronto-temporale. Toutes ces démences ont comme point communs les troubles mnésiques mais surtout au stade avancé, les troubles du comportement. Ces conséquences de la pathologie sont autant de composantes à prendre en compte lors des prises en soins en ergothérapie. La méthode Montessori créée par Maria MONTESSORI en 1907 auprès d'enfants et adaptée aux personnes âgées atteintes de démences en 1995 par le professeur Cameron CAMP est une méthode prenant en compte toutes les sphères de la personne mais également ses occupations et son environnement. Ces trois domaines sont également les trois domaines d'intervention de l'ergothérapeute. Même si cette méthode n'est pas spécifique à l'ergothérapie, elle reprend tous les grands principes de la prise en soins ergothérapeutiques en gériatrie. Cette méthode permet d'apporter une vision capacitaire de la personne âgée.

Tous ces grands concepts et ces recherches m'ont permis de réaliser mon enquête et c'est maintenant cette enquête que je vais exposer.

C) Cadre pratique

Afin de répondre à ma problématique qui est : « De quelle manière l'utilisation de la méthode Montessori en ergothérapie permet-elle de favoriser l'atténuation des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ? », j'ai réalisé une enquête qui vient également compléter mes apports théoriques.

L'analyse des résultats obtenus me permettra de valider ou non mon hypothèse de départ selon laquelle : « La stimulation des capacités résiduelles grâce à la méthode Montessori lors d'activités thérapeutiques permet d'atténuer les troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ».

I- Objectifs de l'enquête

Les objectifs de mon enquête sont les suivants :

- Evaluer l'impact de la stimulation des capacités cognitives et mnésiques résiduelles de patients atteints de démence sur leur engagement dans une activité thérapeutique par le biais de la méthode Montessori.
- Etudier l'impact de cet engagement occupationnel sur l'atténuation des troubles du comportement de ces patients en institution.
- Connaître le ressenti des ergothérapeutes sur l'impact de l'utilisation de la méthode Montessori sur les troubles du comportement de sujets âgés atteints de démence.

Pour mon enquête j'ai donc décidé d'utiliser un outil principal qui est l'observation et qui me permettra de répondre aux deux premiers objectifs dans un premier temps puis un outil secondaire qui est le questionnaire et qui me permettra de répondre à mon troisième objectif afin d'approfondir mes observations.

1. Outil principal : l'observation

1.1. Choix de l'outil

J'ai choisi dans un premier temps de réaliser des observations de séances de groupe à dominante cognitive. En effet, j'ai pensé qu'il était cohérent d'utiliser cet outil afin d'observer l'expression des troubles du comportement de personnes âgées atteintes de démences ainsi que l'impact de cette activité thérapeutique utilisant les grands principes de la méthode Montessori sur ces troubles du comportement (CAMP. C, 2006). L'observation va me permettre d'observer comment ces troubles s'expriment au quotidien, lors d'accompagnements spécifiques mais également dans la vie quotidienne de ces patients qui sont institutionnalisés.

1.2.Choix de la population

Toujours dans l'optique de valider ou non mon hypothèse je vais réaliser mes observations auprès de personnes âgées atteintes de démences à un stade avancé car c'est à ce stade là qu'apparaissent les troubles du comportement comme la déambulation, l'agressivité, la désinhibition par exemple. Les patients sont donc en institution, c'est dans leur lieu de vie que nous intervenons et prenons en charge leurs troubles du comportement (HAS, 2009). Pour mon échantillon j'ai décidé de faire un échantillonnage de convenance c'est-à-dire que ce sont ceux qui acceptent de faire l'activité que je vais observer (TETREAULT. S, 2014). Concernant le nombre de participants il ne sera pas fixe. En effet l'un des principes de la méthode Montessori est de laisser le choix à la personne (CAMP. C, 2006). L'activité sera donc proposée aux résidents mais aucun d'eux ne sera forcé à participer. Le hasard rentrera donc bien en compte, selon qu'ils veuillent participer ou non. J'ai établi des critères d'inclusion. Les personnes participantes au groupe doivent être :

- Des personnes âgées de plus de 65ans atteintes de démences (car j'étudie les démences chez les personnes âgées et non les rares cas apparaissant chez des personnes plus jeunes).
- Ces personnes doivent résider en institution.
- Et elles doivent présenter des troubles du comportement résultants d'une démence à un stade avancé.

1.3.Présentation de l'activité mise en place

L'activité mise en place sera donc une activité à dominante cognitive. J'ai pensé qu'il serait intéressant de mettre en place ce type d'activité car elle permet aux résidents de se concentrer et de se poser sur une activité qui les font réfléchir. J'ai décidé d'observer les troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences au cours de séances à dominante cognitive. J'ai voulu mettre en place ce type de séance car ce sont des séances qui demandent de l'attention et de la concentration. Elles stimulent donc les capacités résiduelles des patients en faisant appel à la mémoire sémantique, mémoire qui est préservée le plus longtemps chez les personnes atteintes de démences car elle fait appel à la culture générale. J'ai pensé que le fait de faire appel à l'attention et à la concentration permettait aux patients de se concentrer sur l'activité et donc que par ce biais, leurs troubles du comportement s'exprimeraient moins. Le deuxième point est la stimulation des capacités résiduelles. Les patients peuvent avoir une certaine réticence à participer à ces ateliers de peur de ne pas savoir répondre. Les valoriser et les amener à répondre correctement grâce à des stratégies d'indiciage permettra donc également de diminuer leurs troubles du comportement grâce à un mécanisme de revalorisation. Ce qui est recherché n'est pas le fait de donner des réponses justes, mais d'amener les résidents à participer et à s'engager dans l'activité.

Les activités mises en place peuvent être par exemple des petits bacs faisant travailler les fluences, des activités de catégorisation ou encore trouver le contraire de plusieurs mots en allant du plus facile au plus difficile. Avant chaque activité, les objectifs ergothérapeutiques doivent être établis pour ne pas s'éloigner de notre domaine de compétence.

La méthode Montessori sera mise en place tout d'abord à travers un environnement adapté. L'ergothérapeute menant l'activité sera un ergothérapeute diplômé d'état et formé à la méthode Montessori. Il devra s'adapter aux capacités de chaque participant. Il devra par la valorisation, la stimulation des capacités résiduelles, maximiser l'engagement occupationnel des participants dans l'activité.

1.4.Construction de la grille d'observation

L'observation directe est un outil qui nécessite une prise de note précise et rapide pour ne manquer aucune information importante (TETREAULT. S, 2014). Pour recueillir toutes ces

données j'ai mis en place une grille d'observation en détaillant ce que je cherche à observer. Le fait de la construire en avance me permet de ne pas me retrouver perdue lors des observations et de savoir sur quoi je dois vraiment être très attentive. Je l'ai construite en trois temps : le comportement de chacun avant l'activité, leur comportement pendant avec à noter qui participe en donnant des réponses, qui participe mais seulement en observateur puis leur comportement après l'activité toujours dans le but de voir si après l'activité les participants sont apaisés ou non. Cet apaisement sera évalué dans l'heure qui suit l'activité en observant l'expression ou non de troubles du comportement tels que de l'agitation, de la déambulation ou encore un comportement désinhibé. Dans la méthode Montessori il est important de prendre en compte l'instant T selon le concept Carpe Diem. Les troubles du comportement recherchés avant l'activité sont ceux défini par l'HAS (2009) comme par exemple la déambulation, l'agitation ou encore les cris. L'attitude de l'ergothérapeute ainsi que sa manière de mettre la méthode Montessori en place lors de l'activité thérapeutique sera également détaillée.

1.5.Présentation de la grille d'observation

Rappel identitaire	Comportement avant l'activité	Comportement pendant l'activité	Participation à l'activité	Comportement après l'activité	Verbalisation

Tableau 2 : Grille d'observation

Comme expliqué auparavant le nombre de participants pourra changer, il n'est pas fixe. Le rappel identitaire est quelque chose d'important, il permet à tous les participants de se présenter mais également à l'ergothérapeute. Cela peut sembler étrange puisque l'ergothérapeute est présent tous les jours avec eux au sein de l'institution mais eux ne savent pas forcément qui elle est. Il est donc très important, toujours dans une approche humaine de se présenter et d'expliquer pourquoi nous sommes là et ce que nous allons faire. Cela permet d'instaurer un climat de confiance entre tous les participants et entre les résidents et les professionnels

présents. Pour l'ergothérapeute cela permet aussi de voir quels participants se souviennent de son nom, c'est une bonne indication en début de séance pour pouvoir adapter son comportement à chacun.

La colonne « Participation à l'activité » me permettra de noter les participants donnant quelques réponses, ceux essayant de répondre à chaque fois, mais aussi ceux présents mais qui observent seulement.

La colonne « Verbalisation » est également importante. Cela permet aux participants de s'exprimer à la fin de l'activité pour donner son avis. Ont-ils apprécié cette activité ? Etait-elle trop facile ? Trop difficile ? Qu'aimeraient-ils faire la prochaine fois ? Encore une fois cela leur permet de voir que l'on s'intéresse à eux, nous ne mettons pas ces activités en place que pour les occuper, nous prenons également en compte leurs remarques pour pouvoir mettre en place des activités signifiantes et significatives pour eux et surtout qui leur plaisent.

2. Outil secondaire : le questionnaire

2.1.Choix de l'outil

Afin de compléter mes observations, j'ai décidé de réaliser un questionnaire à destination des ergothérapeutes. Les résultats de ce questionnaire vont me permettre de savoir si les ergothérapeutes utilisant la méthode Montessori auprès de personnes âgées atteintes de démences observent des bénéfices sur les troubles du comportement grâce à cette méthode et quels sont ces bénéfices. J'ai choisi cet outil par rapport à l'entretien car j'ai trouvé qu'il permettait de bien compléter mes observations et surtout, il permet d'être envoyé à un grand nombre de personnes ciblées auparavant.

2.2.Choix de la population

Mon échantillon correspond à un échantillonnage non probabiliste désigné. Dans ce type d'échantillonnage les participants sont ciblés en fonction de leur connaissance du sujet étudié, de leur capacité à pouvoir contribuer ou de leur volonté à participer à la recherche (TETREAULT. S, 2014). Je vais donc partager mon questionnaire à des ergothérapeutes selon des critères d'inclusion tels que :

- Ces ergothérapeutes doivent être diplômés d'état et formés à la méthode Montessori.

- Ils doivent travailler en institution avec des personnes âgées atteintes de démences à un stade avancé et présentant des troubles du comportement.

Mon seul critère d'exclusion est :

- Ergothérapeutes n'intervenant qu'à domicile.

2.3.Construction du questionnaire

J'ai réalisé un premier questionnaire que j'ai envoyé à deux ergothérapeutes ciblés dont ma maître de mémoire pour le tester. A la vue des réponses que j'ai obtenues, j'ai pu relever que certaines questions ouvertes étaient beaucoup trop larges et que cela donnait des réponses très éloignées du sujet. J'ai donc modifié mon questionnaire de façon à ce que les questions ouvertes soient plus précises.

J'ai mis en place des questions fermées pour lesquelles l'analyse est plus précise et qui permettent de ne pas s'éloigner du sujet (OMS, 2003, p.184). J'avais cependant besoin de plus d'explications pour certaines questions et c'est donc pour cela que j'ai réalisé 3 questions ouvertes. Elles permettent aux ergothérapeutes de répondre plus librement et avec plus de détails qu'avec des questions fermées. Elles demandent cependant une analyse plus complexe avec un codage spécial (OMS, 2003, p.184). Elles présentent également un autre inconvénient car les informations recueillies peuvent être trop dispersées et les informations données peuvent parfois être inutiles. Enfin l'enquêteur peut être tenté de résumer les réponses et donc de négliger certaines informations importantes (DE SINGLY. F, 2008, p.67). Malgré ces inconvénients, il me semblait nécessaire de mettre en place ces questions pour connaître à travers quelles activités thérapeutiques les ergothérapeutes mettaient en place la méthode Montessori, mais également quels étaient pour eux les bénéfices de cette méthode au niveau des troubles du comportement des patients atteints de démences, et enfin comment, selon eux cette méthode permettait de prendre en charge les troubles du comportement de ces patients.

2.4.Présentation du questionnaire

J'ai réalisé un seul questionnaire que j'ai pu envoyer aux ergothérapeutes correspondants à mes critères d'inclusion. La trame est donc la même pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogés ce qui facilitera la confrontation des propos recueillis (Annexe N° VIII).

Partie 1 : Présentation de l'ergothérapeute :

Q1 : En quelle année avez-vous été diplômé en ergothérapie ?

Q2 : Où travaillez-vous actuellement ?

Q3 : En quelle année avez-vous été formé à la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées atteintes de démences ?

Cette partie me permettra dans un premier temps de vérifier mes critères d'inclusion c'est-à-dire que ce sont bien des ergothérapeutes diplômés d'état, formés à la méthode Montessori et travaillant en institution qui répondent au questionnaire. Mais cela me permettra aussi d'avoir une idée sur l'expérience des ergothérapeutes tant dans le métier qu'avec la méthode Montessori, mais aussi sur les institutions dans lesquelles cette méthode peut être mise en place.

Partie 2 : Pratique de l'ergothérapeute.

Q4 : Quelles sont les types de prises en soins que vous mettez en place auprès de personnes âgées atteintes de démences ?

- Individuelles
- En groupe
- Aucune

Q5 : Lors de vos prises en soins utilisant la méthode Montessori, qu'observez-vous au niveau des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ? (Dans la plupart des cas)

- Une atténuation
- Une aggravation
- Rien ne change

Q6 : Utilisez-vous la méthode Montessori dans le but de gérer les troubles du comportement de ces patients ?

- Oui
- Non

Q7 : Si oui, quel type d'ateliers, de séances, de prises en charge utilisant la méthode Montessori mettez-vous en place ? (1 ou 2 exemple)

Q8 : Qu'utilisez-vous comme autres techniques, ateliers, séances, prises en charge pour essayer de gérer les troubles du comportement de ces patients ?

Partie 3 : Opinion concernant la méthode Montessori et les troubles du comportement

Q9 : La méthode Montessori a-t-elle pour vous, un réel impact sur la gestion des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ?

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Q10 : Si oui ou non, pouvez-vous argumentez votre réponse ?

L'argumentation des ergothérapeutes, qu'elle soit favorable ou non, me permettra de comparer les différentes justifications données et de les confronter avec ce que j'ai pu voir lors de mes propres observations.

II- Résultats de l'enquête

1. Observations

1.1. Résultats bruts

J'ai réalisé toutes mes observations dans une unité d'hébergement renforcé (UHR). La population est donc gériatrique, des personnes âgées, atteintes de démences au stade avancé et présentant de forts troubles du comportement. Tous les patients sont âgés de plus de 65 ans, ils rentrent donc tous dans mes critères d'inclusion. Le cahier des charges des UHR stipule que chaque résident doit avoir une chambre individuelle, et que les activités et thérapies non médicamenteuses sont obligatoires. Dans cette UHR les résidents ont donc chacun leur chambre, et un planning d'activités est réalisé pour chaque semaine. Toute l'équipe est formée à la méthode Montessori.

Les activités de groupe que j'ai observé se sont toutes déroulées dans la grande salle à manger. Les résidents sont toujours assis en face du tableau qu'utilise l'ergothérapeute pour réaliser les activités.

Vignette clinique N°1 : Types de démence et scores MMSE et NPI-ES des patients participants à mon enquête :

Résident	Type de démence	Score MMS	Score NPI-ES
Mr M	Alzheimer	18/30 le 08/12/17	75 le 2/10/17
Mme S	Démence à corps de Lewy	22/30 le 29/09/17	69 le 24/07/2017
Mr E	Alzheimer	12/30 le 19/08/14	24 le 18/09/17
Mr D	Alzheimer	14/30 le 19/03/18	28 le 18/07/17
Mme G	Alzheimer	8/30 le 09/12/16	
Mr L	Frontale	10/30 le 01/04/16	63 en 2017
Mme LE	Alzheimer	14/30 le 16/11/17	34 le 20/02/17
Mme LA	Alzheimer	14/30 en 2011	
Mr P	Mixte	8/30 le 03/11/17	19 le 10/01/17
Mr B	Alzheimer		27 le 18/12/17
Mr C	Alzheimer	15/30 le 14/03/18	47 le 19/02/18
Mr MO	Alzheimer		
Mme LEB	Alzheimer	8/30 le 10/03/16	86 le 30/10/17
Mr MA	Alzheimer	10/30 le 23/04/18	60 le 16/04/18

Les tableaux exposés sur les pages qui suivent sont mes résultats bruts, les retranscriptions de mes quatre grilles d'observation. Le rappel identitaire a toujours été bon pour chaque patient à chacune des activités.

Tableau 3 : Observation du 23/11/17 de 10h50 à 11h45

Participants	Comportement avant l'activité	Comportement pendant l'activité	Participation à l'activité	Comportement après l'activité	Verbalisation
1. Mr M	Très agité, crie sur l'équipe pour avoir du café, tape sur la table.	Sommele.	Participe par intermittence, donne quelques réponses.	Insiste pour avoir à manger mais demande calmement et poliment. Aide à mettre la table.	Dit avoir trouver la séance très bien.
2. Mme S	Calme.	Calme, souriante.	Propose énormément de réponses.	Calme, va dans sa chambre.	A réellement apprécié l'activité. Trouve ça bien qu'il y ait différents niveaux de difficulté.
3. Me E	Tape des mains, tape sur la table avec son verre, interpelle toute l'équipe en hurlant pour avoir du café.	Se calme petit à petit, ne tape plus des mains, ne cri plus.	Discours désinhibé, ne donne pas de réponses mais est discret.	Ne crie plus. Va calmement à table.	Ne verbalise pas son avis, ne se rappelle pas l'activité.
4. Mr D	Calme.	Sommele, souriant, agréable.	Participe un petit peu.	Calme, va s'installer à table.	Dit avoir apprécié l'activité.
5. Mme G	Très hargneuse lors du ménage qu'elle fait quotidiennement. S'énervé car nous resservons du café pour canaliser Mr M et Mr E.	Calme, agréable, elle n'est plus énervée. Souriante.	Participe beaucoup, rigole lorsqu'elle se trompe.	Apaisée. Aide l'équipe à mettre les nappes sur la table.	Dit avoir apprécié cette activité.
6. Mr Le	Calme.	Calme, fait des blagues.	Participe beaucoup au début, moins après.	S'installe calmement à table.	Ne verbalise pas réellement.

Tableau 4 : Observation du 13/12/17 de 14h30 à 15h40

Participants	Comportement avant l'activité	Comportement pendant l'activité	Participation à l'activité	Comportement après l'activité	Verbalisation
1. Mme Le	Déambule.	Très impliquée, souriante.	Participe beaucoup.	S'installe à table, ne déambule plus.	Dit avoir apprécié l'activité.
2. Mr M	Déambule, se sent perdu.	Somme un peu.	Participe par intermittence.	Aide pour laver le tableau. Reste assis jusqu'au goûter, calme.	A apprécié l'activité.
3. Mme S	Calme.	Calme, parle très doucement.	Propose énormément de réponses.	Calme, va dans sa chambre.	Dit avoir apprécié l'activité.
4. Mme La	Calme, somnole.	Arrive juste après le début de l'activité. Calme, souriante.	Participe, épèle les mots compliqués.	Calme, s'installe devant la télé.	Verbalise avoir apprécié l'activité.
5. Me E	Très énervé. Ne cesse de taper sur la table avec son verre. Crie sur toute l'équipe pour avoir à manger.	Il a beaucoup de mal à se concentrer, se canaliser. Agace tous les autres participants.	Propose des mots incohérents. Discours désinhibé.	Se calme de plus en plus au cours de l'activité. Après l'activité il s'installe à table et reste une demi-heure calme jusqu'au goûter.	Ne verbalise pas son avis.
6. Mr P	Calme.	Calme.	Ne propose aucune réponse mais observe.		Dit avoir moyennement apprécié l'activité.
7. Mme G	Calme, semble préoccupée.	Calme, regarde ailleurs.	Participe peu.	Part chez le coiffeur avant la fin de l'activité.	
8. Mr B	Déambule mais accepte de participer.	Ne tient pas en place. Il se lève et fait des allers retours.	Ne participe pas.	Ne cesse de déambuler.	Ne verbalise pas.

Tableau 5 : Observation du 02/03/18 de 15h10 à 16h10

Participants	Comportement avant l'activité	Comportement pendant l'activité	Participation à l'activité	Comportement après l'activité	Verbalisation
1. Mr P	Déambule	Très calme, observe.	Participe deux fois pendant toute l'activité.	Très calme. Ne déambule plus, prend son goûter.	Dit avoir apprécié l'activité.
2. Mme G	Atelier pâtisserie, très calme.	Dort.	Donne une seule réponse en une heure.	Très calme, prend le goûter assise à table.	A apprécié l'activité.
3. Mr L	Agité, crie.	Observe, fait beaucoup de gestes avec ses mains.	Ne participe pas du tout.	Va à table avec sa femme, calme.	Ne verbalise rien, hausse les épaules.
4. Mme Le	Déambule	Observe, calme.	Participe peu mais donne quelques réponses, cherche ses mots.	Calme, prend le goûter.	Verbalise avoir apprécié l'activité.
5. Mme La	Calme	Sommele.	Participe sur sollicitations.	Calme.	A apprécié l'activité.
6. Mr C	Calme	S'énervé contre un résident qui déambule puis se calme.	Participe bien, se fait un peu aider par les soignants présents.	Calme, ne déambule pas.	Dit avoir apprécié mais un peu dur.
7. Mr Mo	Calme, visite de sa femme.	Se prend un coup par un résident qui déambule. Se reconcentre facilement après ce coup.	Réfléchit, observe donne 2 ou 3 réponses.	Très calme, reste assis durant tout le goûter.	Ne verbalise pas, s'en va directement.
8. Mme S	Calme.	Très impliquée.	Participe énormément.	Calme, ne mange pas de goûter mais reste assise.	Dit avoir apprécié la séance même si cela était un peu facile pour elle.
9. Mr Mi	Déambule, se sent perdu.	Calme, essaye de comprendre ce qu'il se dit (surdité d'une oreille).	Participe beaucoup.	Ne déambule plus, mange le goûter.	L'activité lui a bien plu, il aimerait recommencer.
10. Mr D	Sommele mais vient volontiers participer.	Souriant, dynamique, fait beaucoup d'humour.	Participe énormément, donne de bonnes réponses.	Très souriant, mange calmement.	Dit avoir bien aimé l'activité.
11. Mme Leb	Calme, visite de son fils.	Observe, cherche son prénom, répète ce qui est écrit au tableau.	Ne donne pas de réponses, observe.	Agitée, parle fort mais ne déambule pas.	Ne verbalise pas.

Tableau 6 : Observation du 10/04/18 de 14h15 à 15h05

Participants	Comportement avant l'activité	Comportement pendant l'activité	Participation à l'activité	Comportement après l'activité	Verbalisation
1. Mr D	Se plaint de douleur.	Somnole, a besoin d'être stimulé.	Participe bien lorsqu'il est stimulé.	Très calme. Ne déambule pas, continue à parler de l'activité.	Dit avoir apprécié l'activité.
2. Mr M	Calme, devant la télé.	Souriant, calme.	Participe bien.	Très calme, aide à ranger les images collées au tableau. Ne déambule pas.	A apprécié l'activité.
3. Mr EB	Calme, devant la télé.	Calme.	Participe deux fois, observe le reste du temps.	Calme.	Ne verbalise pas.
4. Mme G	Fait le ménage, retourne dans sa chambre au moment de l'activité mais accepte de participer.	Calme, souriante, impliquée. Reste assise et continue de participer lorsque sa famille arrive.	Participe beaucoup.	Calme, va voir sa famille.	Verbalise avoir apprécié l'activité.
5. Mr L	Calme, fait des blagues.	Parle parfois tout seul.	Ne participe pas, observe.	Calme, va devant la télé.	A apprécié l'activité.
6. Mme Le	De mauvaise humeur. Elle dit vouloir partir d'ici. Ne veut pas participer.	Vient s'asseoir au fond de la salle et regarde.	Donne une réponse.	Calme.	Ne verbalise pas.
7. Mr Mo	Calme, très souriant, très agréable.	Souriant, concentré.	Participe beaucoup mais souffre d'un très important manque du mot.	Calme, visite de sa femme.	Dit que l'activité était parfaite.
8. Mr Ma	Calme.	Dort.	Ne participe pas, fait deux interventions.	Calme.	Ne verbalise pas.
9. Mr P	Calme, devant la télé.	Calme.	Participe beaucoup.	Calme, aide pour remettre les chaises.	Dit que l'activité ne lui a pas trop plu.
10. Mr B	Déambule beaucoup.	Souriant, calme.	Participe beaucoup.	Calme, va voir sa famille.	Dit avoir bien aimé l'activité.
11. Mr C	Calme.	Impliqué, souriant.	Participe un petit peu.	Très calme, content.	Dit avoir apprécié l'activité.
12. Mme La	Ne veut pas participer, ne veut rien faire. Accepte finalement de tourner sa chaise pour être avec les autres participants.	Somnole.	A besoin d'être stimulée pour répondre. Donne quelques réponses.	Calme.	Verbalise avoir apprécié l'activité.

1.2. Analyse des résultats

Pour l'analyse de mes résultats, j'analyse l'évolution des troubles du comportement des patients qui en présentaient avant la séance dans le but d'évaluer l'impact de l'activité thérapeutique sur ces derniers.

J'ai réalisé ma première observation le 23 novembre 2017 de 10h50 à 11h45. L'activité a été proposée par l'ergothérapeute car le service était très bruyant, les résidents étaient très agités ce matin-là. L'activité a donc été proposée à tous les résidents, 16 en tout, et 6 ont accepté de participer. Deux étaient à la douche et 6 ont refusé parce qu'ils ne voulaient pas ou qu'ils lisaient le journal et enfin 2 voulaient seulement rester dans leur chambre. L'activité mise en place consistait à trouver le contraire des mots inscrits dans différentes colonnes au tableau, facile, moyen, difficile, ce qui permettait à tout le monde de pouvoir répondre selon son niveau et à ceux moins en difficultés de ne pas être infantilisés (colonne difficile). Trois participants présentaient de forts troubles du comportement avant la séance.

Tableau 7 : Analyse de l'observation N° 1

OBS 1	Trouble du comportement avant la séance	Déroulement de la séance	Comportement après l'activité
Mr M	<ul style="list-style-type: none"> - Agité, - Crie, - Demandes incessantes à l'équipe, - Tape sur la table. 	Mr M présente une surdité à l'oreille gauche. Il se fie donc à ce qui est écrit au tableau et l'ergothérapeute se rapproche de lui et parle plus fort pour lui expliquer les consignes. Mr M somnole et participe par intermittence mais apprécie la séance.	A la fin de la séance, Mr M insiste pour avoir à manger mais de manière calme et polie. A l'heure de manger il aide l'équipe à mettre la table.
Mr E	<ul style="list-style-type: none"> - Agité, - Discours désinhibé, - Crie sur l'équipe, - Tape sur la table. 	Mr E a un discours désinhibé lors de la séance, il ne participe pas mais se calme au cours de la séance pour observer ce qu'il se passe. L'ergothérapeute essaie de stimuler Mr E en le ciblant par quelques questions mais celui-ci ne répond pas.	Mr E est calme et s'installe à table pour manger sans agitation, ni cris.
Mme G	<ul style="list-style-type: none"> - Agitée, - Hargneuse, - Enervée contre certains résidents et l'équipe. 	Mme G apprécie l'activité. Elle se calme, participe beaucoup et rigole même lorsqu'elle se trompe. Elle est très souriante. L'ergothérapeute stimule Mme G lorsqu'elle la sent décrocher de l'activité ou en retrait.	Mme G semble apaisée, elle aide volontiers l'équipe à mettre les nappes pour le déjeuner.

Ce jour-là, la mise en place de cette activité a permis d'apaiser les patients très agités, de soulager les équipes soignantes mais aussi de permettre le bon déroulement du déjeuner qui a suivi, dans le calme et sans incident. Les patients étaient apaisés après l'activité car ils ont pu se poser, retrouver certains repères et surtout réaliser quelque chose, s'engager dans une activité.

J'ai réalisé ma deuxième observation le 13/12/17 de 14h30 à 15h40. Sur 16 résidents, 8 ont accepté de participer. 6 résidents voulaient rester devant la télé et 2 dans leur chambre. L'activité mise en place était un petit bac, ce qui permet de faire travailler les fluences. Il y avait donc différentes catégories : prénoms, villes ou pays, objets, aliments, métiers. L'ergothérapeute a fait choisir aux participants les lettres qu'ils voulaient faire, ils ont choisi les lettres P, M et T. 4 patients présentaient des troubles du comportement avant l'activité.

Tableau 8 : Analyse de l'observation N°2

OBS 2	Trouble du comportement avant la séance	Déroulement de la séance	Comportement après l'activité
Mr M	<ul style="list-style-type: none"> - Déambule, - Se sent perdu. 	Mr M présente une surdité à l'oreille gauche. Il se fie donc à ce qui est écrit au tableau et l'ergothérapeute se rapproche de lui et parle plus fort pour lui expliquer les consignes. Mr M somnole et participe par intermittence mais apprécie la séance. Il aide de lui-même l'ergothérapeute à effacer le tableau.	Il reste calmement assis jusqu'au goûter et discute avec l'équipe.
Mme Le	<ul style="list-style-type: none"> - Déambule. 	Elle participe beaucoup, elle est très agréable, impliquée et souriante. Elle dit avoir appréciée l'activité.	Mme Le ne déambule plus, elle est calme et s'installe à table pour manger.
Mr E	<ul style="list-style-type: none"> - Enervé, - Tape sur la table, - Crie sur l'équipe. 	Mr E a beaucoup de mal à se concentrer. Il agace les autres participants au début de l'activité. Il propose quelques réponses incohérentes, a un discours désinhibé. Il se calme au fur et à mesure mais n'exprime pas son avis concernant l'activité.	A la fin de l'activité Mr E est calme et reste assis sans agitation jusqu'au goûter.
Mr B	<ul style="list-style-type: none"> - Déambule. 	Mr B accepte de participer. Cependant il ne reste pas assis plus de cinq minutes, il ne tient	A la fin de la séance Mr B déambule toujours

		pas en place et fait sans cesse des allers-retours dans le couloir, de la salle à manger à sa chambre. Il ne donne aucune réponse et ne donne pas son avis sur la séance. L'ergothérapeute ne l'empêche pas de se lever mais essaye de le stimuler lorsqu'il est assis pour l'amener à s'engager dans l'activité mais cela échoue.	autant et ne se pose pas, même pour le gouter.
--	--	--	--

J'ai pu observer que l'activité avait permis de diminuer la déambulation de Mr M et Mme Le. Pour Mr E cela lui a permis de se calmer mais sans pour autant s'engager dans l'activité. Enfin, Mr B n'a pas accroché avec l'activité, même en étant stimulé il n'a pas réussi à participer et donc à s'engager dans l'activité. La déambulation est donc toujours présente après l'activité qui n'a eu aucun effet dessus.

J'ai réalisé ma troisième observation le 02 mars 2018 de 15h10 à 16h10. Sur 16 résidents, 11 ont accepté de participer. 5 ont voulu rester devant la télé. L'activité mise en place était un petit bac, ce qui permet de faire travailler les fluences. Il y avait donc différentes catégories : prénoms, villes ou pays, objets, aliments, métiers. L'ergothérapeute a fait choisir aux participants les lettres qu'ils voulaient faire, ils ont choisi les lettres B, V et J. 4 patients présentaient des troubles du comportement avant l'activité. 3 patients présentaient des troubles du comportement avant l'activité.

Tableau 9 : Analyse de l'observation N°3

OBS 3	Trouble du comportement avant la séance	Déroulement de la séance	Comportement après l'activité
Mr P	- Déambule.	Mr P ne participe pas beaucoup à l'activité, il ne donne que quelques réponses mais est très calme et observe tout ce qu'il se passe. L'ergothérapeute essaie de stimuler Mr P pour qu'il se sente valoriser et donne plus de réponses.	Mr P ne déambule plus et accepte de s'asseoir pour prendre son gouter.
Mr L	- Agité, - Crie.	Mr L ne participe pas. Il est pourtant calme lors de l'activité mais lorsque l'ergothérapeute essaie de l'amener à répondre, il rigole et fait seulement des gestes	A la fin de la séance Mr L va à table avec sa femme. Il est souriant et calme.

		avec ses mains mais ne donne pas de réponses.	
Mme Le	- Déambule.	Mme Le participe un petit peu mais exprime un fort manque du mot qui l'handicape. L'ergothérapeute la valorise à chaque essai même si le mot manque.	Mme Le s'assoie et mange dans le calme.

L'activité a permis à ces trois patients de se concentrer sur quelque chose. Ils se sont donc posés pour participer ce qui a permis de diminuer la déambulation. Pour Mr L, il n'a pas participé mais observait et le fait d'être en groupe au milieu de patients silencieux lui a permis de se calmer.

Enfin, j'ai réalisé ma quatrième et dernière observation le 10 avril 2018 de 14h15 à 15h05. L'activité mise en place était une activité de catégorisation. Trois colonnes étaient présentes au tableau : fruit, légume et animaux. L'ergothérapeute montrait des cartes une par une en interrogeant un patient à chaque fois et lui demandait dans quelle colonne allait la carte. En fonction des capacités de chacun elle montrait des cartes plus ou moins dures pour ne pas mettre en échec mais également pour ne pas les infantiliser. Il y avait 12 participants sur 16 résidents. Les 4 autres résidents voulaient rester devant la télé. 3 présentaient des troubles du comportement avant la séance.

Tableau 10 : Analyse de l'observation N°4

OBS 4	Trouble du comportement avant la séance	Déroulement de la séance	Comportement après l'activité
Mme Le	<ul style="list-style-type: none"> - Déambule, - Ne veut pas rester, - Ne veut pas participer. 	Elle s'installe finalement au fond de la salle mais ne souhaite pas participer lorsque l'ergothérapeute la sollicite, elle donne une seule réponse. J'observe tout de même qu'elle s'implique car elle hache la tête lorsque les participants donnent des bonnes réponses. Elle observe très calmement l'activité et ne déambule pas.	Après l'activité Mme Le est calme. Elle mange un gâteau et part dans sa chambre.
Mme La	<ul style="list-style-type: none"> - Ne souhaite pas participer, - Ne veut rien faire. 	L'ergothérapeute met en place une stratégie pour la faire participer. Elle lui demande simplement de retourner sa chaise pour qu'elle ne tourne pas	A la fin de l'activité, Mme La remet sa chaise face à la table, mange un peu puis somnole.

		le dos aux autres. Cela fonctionne. Cependant Mme La a besoin d'être stimulée pour participer sinon elle somnole. Elle donne toutefois quelques réponses et dit avoir apprécié l'activité.	
Mr B	- Déambule.	Mr B est très souriant durant la séance. Il participe beaucoup, ne se lève pas et reste assis toute la séance. Il est très satisfait de l'activité.	Mr B est très calme. Il ne déambule plus et passe une heure dans sa chambre avec sa famille sans incident.

J'ai pu observer que Mr B habituellement très déambulant, ne se posant jamais tout le long d'une activité, était resté intégralement à celle-ci. Contrairement à d'habitude, il a beaucoup participé, s'est engagé dans l'activité et a pu passer un moment avec sa famille après l'activité sans déambulation. Grâce à des stratégies, l'ergothérapeute a réussi à faire participer deux patientes qui ne le voulaient pas au début. Cela a permis à ces patientes de s'engager dans une activité pour Mme La et de l'apprécier et de diminuer la déambulation de Mme Le.

2. Questionnaires

2.1. Résultats bruts

J'ai pu obtenir 9 réponses à mon questionnaire. J'ai éliminé un des questionnaires car l'ergothérapeute ne correspondait pas à mes critères d'inclusion. J'ai donc 8 questionnaires pouvant être analysés. Bien que cela ne soit évidemment pas représentatif, ces réponses vont me permettre de connaître les avis et l'utilisation de la méthode Montessori par un petit nombre d'ergothérapeutes. J'ai choisi de présenter les résultats bruts obtenus à mon questionnaire sous forme de tableau, ce qui me semble être la forme la plus claire. Les réponses présentes dans les tableaux sur les pages suivantes sont les réponses brutes des ergothérapeutes ayant répondu.

Tableau 11 : Récapitulatif des réponses à la partie 1 du questionnaire

	En quelle année avez-vous été diplômé en ergothérapie ?	Où travaillez-vous actuellement ?	En quelle année avez-vous été formé à la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées atteintes de démences ?
Questionnaire 1	<i>2007</i>	<i>EHPAD</i>	<i>2017</i>
Questionnaire 2	<i>2013</i>	<i>2 EHPAD</i>	<i>2016</i>
Questionnaire 3	<i>2005</i>	<i>CH Bedarieux</i>	<i>2018</i>
Questionnaire 4	<i>1999</i>	<i>CH Bruxelles</i>	<i>2017</i>
Questionnaire 5	<i>2005</i>	<i>Resanté-vous (centre gérontologique)</i>	<i>2015</i>
Questionnaire 6	<i>2005</i>	<i>EPHAD St Laurent de Cerdans 66</i>	<i>2017</i>
Questionnaire 7	<i>2005</i>	<i>EHPAD</i>	<i>2013</i>
Questionnaire 8	<i>2016</i>	<i>2 EHPAD dont 1 PASA</i>	<i>2017</i>

Tableau 12 : Récapitulatif des réponses de la partie 2 du questionnaire

	Quelles sont les types de prises en charge que vous mettez en place auprès de personnes âgées atteintes de démences ?	Lors de vos prises en charge utilisant la méthode Montessori qu'observez-vous au niveau des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ? (Dans la plupart des cas)	Utilisez-vous la méthode Montessori dans le but de gérer les troubles du comportement de ces patients ?
Questionnaire 1	<i>En groupe</i>	<i>Une atténuation</i>	<i>Oui</i>
Questionnaire 2	<i>En groupe</i>	<i>Une atténuation</i>	<i>Oui</i>
Questionnaire 3	<i>En groupe</i>	<i>Une atténuation</i>	<i>Oui</i>
Questionnaire 4	<i>En groupe</i>	<i>Une atténuation</i>	<i>Non</i>
Questionnaire 5	<i>En groupe</i>	<i>Une atténuation</i>	<i>Oui</i>
Questionnaire 6	<i>En groupe</i>	<i>Une atténuation</i>	<i>Oui</i>
Questionnaire 7	<i>En groupe</i>	<i>Une atténuation et rien ne change</i>	<i>Oui</i>
Questionnaire 8	<i>Individuelles</i>	<i>Une atténuation</i>	<i>Oui</i>

Tableau 13 : Récapitulatif des réponses de la partie 2 du questionnaire (suite)

	Si oui, quel type d'ateliers, de séances, de prises en charge utilisant la méthode Montessori mettez-vous en place ?	Qu'utilisez-vous comme autres technique, ateliers, séances, prises en charge pour essayer de gérer les troubles du comportement de ces patients ?
Questionnaire 1	<i>AVQ (préparation du café, mise en place de la table...)</i>	<i>Snomezelen, jardin thérapeutique</i>
Questionnaire 2	<i>AVQ, repérage</i>	<i>Approche sensorielle, activité flash</i>
Questionnaire 3	<i>Mise en place de rôles sociaux, lecture</i>	<i>Travaux manuels, sensorialité</i>
Questionnaire 4	-	<i>Activités porteuses de sens</i>
Questionnaire 5	<i>La méthode est principalement utilisée pour redonner un rôle social à la personne âgée, j'utilise cette méthode en prévention des troubles du comportement. Les activités que je propose concernent principalement des activités domestiques et occupationnelles en liens avec les centres d'intérêts des personnes âgées</i>	<i>La validation</i>
Questionnaire 6	<i>Pliage du linge et jeu de laçage</i>	<i>Mandalas, respiration et gym douce</i>
Questionnaire 7	<i>Exercices de tri de cartes d'un jeu classique, vissage dévissage</i>	<i>Poupée empathie, validation de Naomie Feil</i>
Questionnaire 8	<i>Tri de boutons, distribution du courrier</i>	<i>Accompagnement dans la déambulation, discussion, relaxation</i>

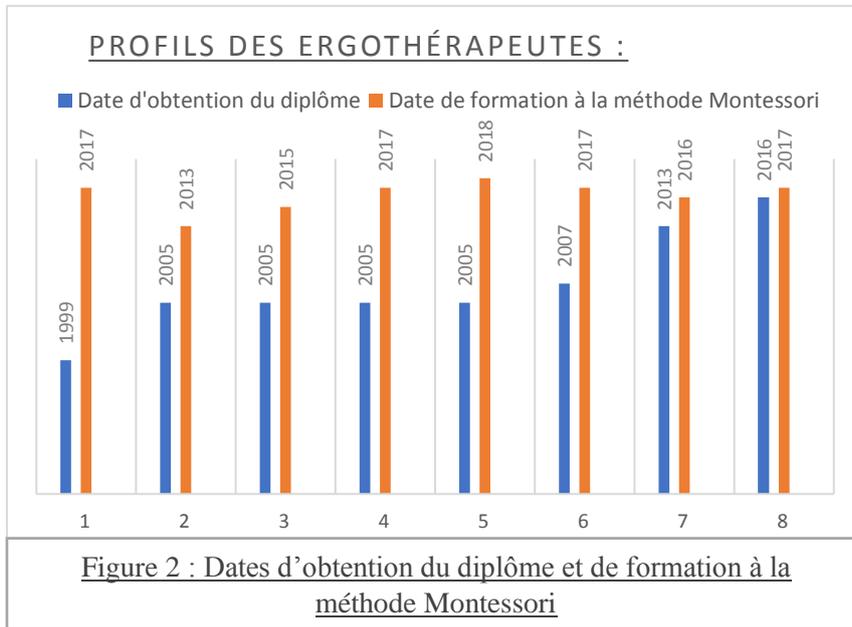
Tableau 14 : Récapitulatif des réponses de la partie 3 du questionnaire

	La méthode Montessori a-t-elle pour vous, un réel impact sur la gestion des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ?	Si oui ou non, pouvez-vous argumentez votre réponse ?
Questionnaire 1	<i>Oui</i>	<i>La maladie « disparaît » lors des ateliers Montessori. Ces ateliers valorisent les personnes. Nous nous concentrons sur les capacités résiduelles et non sur les incapacités.</i>
Questionnaire 2	<i>Oui</i>	<i>La personne est recentrée sur une occupation ayant du sens pour elle, du coup souvent retrouve des repères.</i>
Questionnaire 3	<i>Oui</i>	<i>Elle fonctionne si un max de professionnels applique les grands principes tels que donner du choix.</i>
Questionnaire 4	<i>Oui</i>	<i>La méthode Montessori va permettre de mettre en place une activité qui a du sens pour la personne mais on va surtout se baser sur ses capacités réservées et ses centres d'expertise pour favoriser un max son autonomie. Si activité porteuse de sens : personne apaisée.</i>
Questionnaire 5	<i>Oui</i>	<i>Elle redonne une place, un rôle dans le quotidien des personnes âgées surtout celles institutionnalisées.</i>
Questionnaire 6	<i>Oui</i>	<i>Baisse de l'anxiété et moins d'agressivité.</i>
Questionnaire 7	<i>Oui</i>	<i>La personne adhère à l'activité plus facilement car veut nous aider (l'activité est présentée comme cela au résident). Le résident se concentre donc pour bien faire et cela diminue les troubles du comportement comme les cris, la déambulation, l'agressivité notamment.</i>
Questionnaire 8	<i>Oui</i>	<i>Oui car elle analyse l'énergie de ces personnes sans les infantiliser et en redonnant un rôle dans la société. Cela permet aussi une réduction de la déambulation excessive par l'activité et sans contention donc on diminue le risque de chutes.</i>

2.2. Analyse des résultats

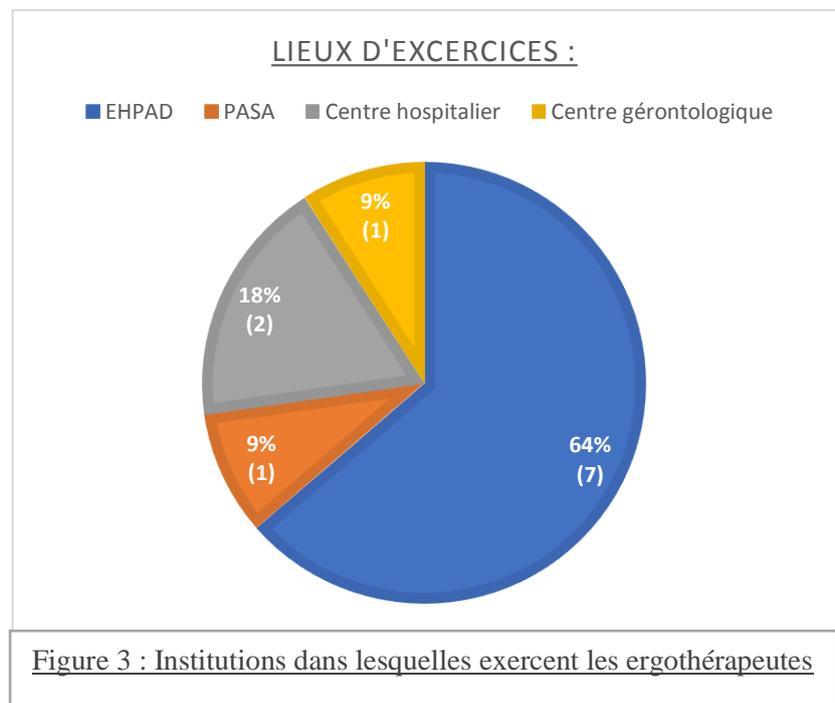
Partie 1 : Profil des ergothérapeutes ayant répondu

Les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire ont des expériences allant de 20 ans à 2

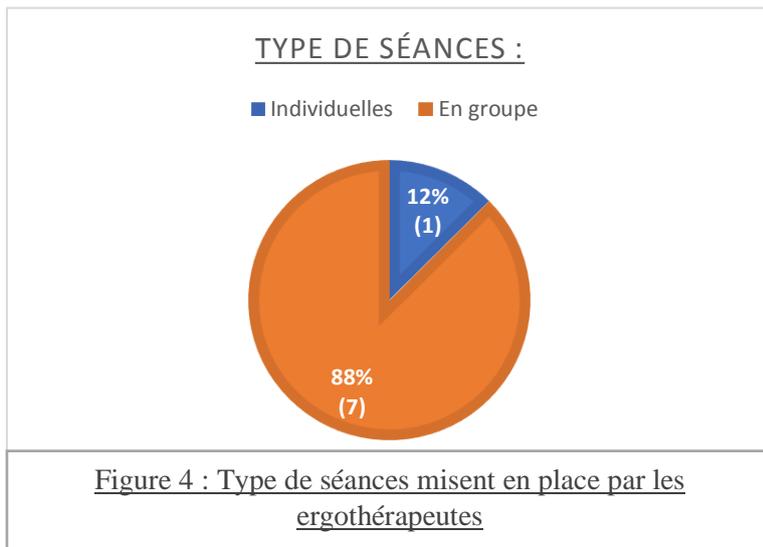


ans ce qui est relativement diversifié. Cependant j'ai pu observer que les dates de formation à la méthode Montessori étaient récentes allant de 2013 à 2018. Les expériences avec cette méthode vont donc de 5 ans à quelques mois.

Les structures dans lesquelles les ergothérapeutes interviennent sont assez diversifiées. La méthode Montessori peut donc être mise en place en EHPAD, en PASA, en centre hospitalier ou encore en centre gériatrique.

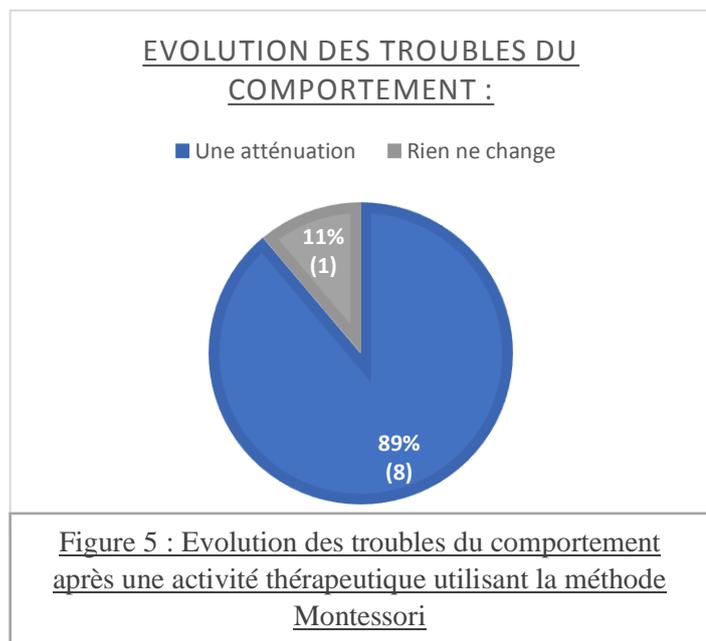


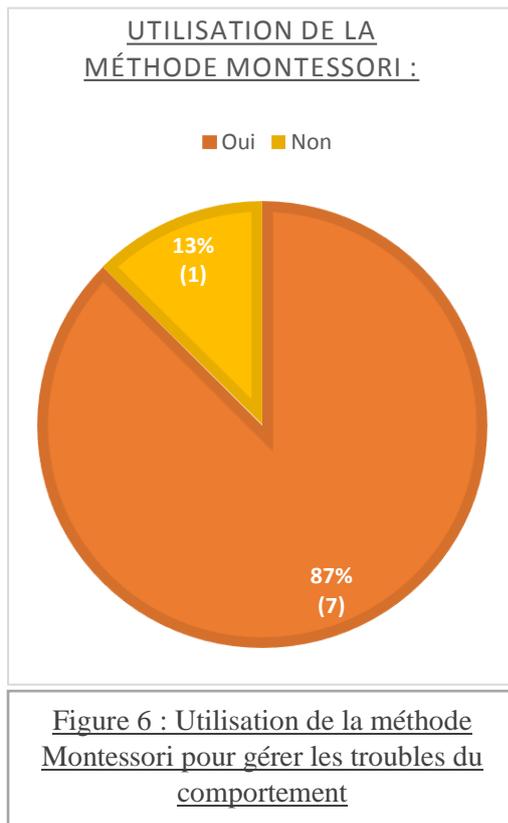
Partie 2 : Pratique de l'ergothérapeute



7 ergothérapeutes sur 8 ont répondu réaliser des séances de groupes auprès des personnes âgées atteintes de démences et un seul des séances individuelles.

Concernant l'évolution des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences lors d'activités thérapeutiques utilisant la méthode Montessori, 7 ergothérapeutes sur 8 observent une atténuation de ces troubles et un observe une atténuation mais également que rien ne change. Aucun n'observe une aggravation des troubles du comportement.





7 ergothérapeutes sur 8 utilisent la méthode Montessori dans le but de gérer les troubles du comportement de leurs patients atteints de démences en mettant en place des ateliers très diversifiés :

- Activités de la vie quotidienne,
- Activités domestiques et occupationnelles significantes,
- Repérage,
- Lecture,
- Mise en place de rôles sociaux,
- Exercices de tri.

En dehors des activités basée sur les grands principes de la méthode Montessori, les ergothérapeutes utilisent d'autres activités dans le but de gérer les troubles du comportement, comme :

- Séances Snoezelen,
- Jardin thérapeutique,
- Sensorialité,
- Travaux manuels,
- Accompagnement dans la déambulation,
- La « Validation » de Naomie Feil.

Partie 3 : Opinion concernant la méthode Montessori et les troubles du comportement

100% des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire pensent que la méthode Montessori a un réel impact sur les troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences mais leurs justifications sont diversifiées :

- Mise en place d'activités ayant du sens pour les personnes âgées, d'activités significantes, leur permettant de retrouver certains repères, de les valoriser, de leur redonner un rôle.

- Baisse de l'angoisse et de l'agressivité.
- Pas d'infantilisation.
- Permet la réduction de la déambulation excessive par l'activité sans contention et donc diminution des risques de chutes.

3. Analyse croisée et objectifs

Mes deux outils m'ont donc permis de répondre aux objectifs que j'avais posés au préalable de la mise en place de mon enquête.

Dans un premier temps, mes observations ainsi que deux réponses à mon questionnaire m'ont permis de mettre en évidence le fait que les patients présentant des troubles du comportement avant les séances et qui grâce à la stimulation de leurs capacités résiduelles donnaient des réponses, participaient et s'engageaient dans l'activité proposée, présentaient une diminution de ces troubles à la suite des séances. Selon les ergothérapeutes, la stimulation des capacités résiduelles permet de valoriser les patients et de leur faire retrouver certains repères ce qui entraîne cette atténuation des troubles du comportement.

Ensuite, j'ai pu observer que lors des activités, les patients n'arrivant pas à rester pour participer, à donner des réponses et donc à s'engager dans l'activité, ne présentaient pas de diminution de leurs troubles du comportement, ces derniers persistaient sans changement.

Enfin, pour ce qui est du ressenti des ergothérapeutes sur l'utilisation de la méthode Montessori, les réponses à mon questionnaire viennent appuyer les observations que j'ai pu réaliser et vont dans le même sens que ce que j'ai observé. Il semble donc que cette méthode soit utilisée dans le but de gérer les troubles du comportement des patients âgés atteints de démences et quelle amène dans la plupart des cas à une diminution des troubles du comportement.

III- Discussion

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai donc pu atteindre mes objectifs et recueillir des informations sur la méthode Montessori, son utilisation en ergothérapie et son impact sur les troubles du comportement de personnes âgées atteintes de démences. J'ai recueilli des points de vue différents grâce aux observations mais également aux ergothérapeutes ayant répondu à mon questionnaire. Pour donner suite à l'analyse de mes résultats je vais pouvoir les confronter à mon cadre théorique et à mes grands concepts.

Interprétation des résultats et confrontation au cadre conceptuel

Lors de mes lectures j'ai appris que la mémoire la plus conservée chez les personnes âgées même atteintes de démences est la mémoire sémantique, qui peut s'apparenter à la culture générale. Lors de mes observations, j'ai pu me rendre compte que l'ergothérapeute mettait en place des activités faisant appel à la culture générale (les petits bacs par exemple) et donc à cette mémoire sémantique. Cette mémoire ainsi que les autres capacités résiduelles n'étant pas les mêmes pour chaque patient, l'ergothérapeute s'adaptait donc aux capacités de chacun. J'ai pu remarquer que le fait de pouvoir répondre aux questions que l'ergothérapeute leur posait, ou donner simplement une réponse, redonnait des repères aux patients mais également un rôle. L'évaluation de l'engagement occupationnel se faisait en observant la participation de chaque patient, le nombre de réponses que chacun donnait. J'ai donc pu me rendre compte à travers mes observations que l'engagement occupationnel des résidents avait un impact sur leurs troubles du comportement ce qui correspond aux études menées par le Pr CAMP et Dominique GIROUX.

J'ai donc pu me rendre compte que mes observations et les réponses des ergothérapeutes allaient dans le même sens que mes recherches. En effet les études ayant été menées par Dominique GIROUX (2010) par exemple, démontraient les effets bénéfiques de la méthode Montessori sur l'affect des personnes âgées atteintes de démences participant à ces activités. J'ai pu observer ces bénéfices à travers mes observations, notamment sur les troubles du comportement des résidents. Plus généralement, j'ai pu observer au sein de l'UHR, que la mise en place de la méthode Montessori permettait également de conserver les rôles sociaux. Mme G, par exemple, habituée à faire la vaisselle et le ménage continue de le faire au sein de

l'institution. Cela permet de lui faire retrouver ses repères et réduit sa déambulation. A la fin de l'activité Mme G est satisfaite de ce qu'elle a fait et semble apaisé.

J'ai également pu observer en quoi l'ergothérapeute avait totalement sa place dans la mise en œuvre d'activités en utilisant la méthode Montessori. J'ai pu voir qu'infirmières et aides-soignantes peuvent également animer des activités en mettant en place la méthode Montessori cependant les transmissions que l'ergothérapeutes réalisaient pour les activités qu'elle mettait en place sont particulières. L'ergothérapeute met en place l'activité mais l'analyse également, cela dans le but d'évaluer les comportements et capacités de chaque résident. L'ergothérapeute peut donc utiliser la méthode Montessori avec toute les spécificités de ses domaines de compétences.

Limites de l'enquête

Au moment de l'analyse des résultats des questionnaires je me suis heurtée à la subjectivité. En effet, avec du recul j'ai pensé qu'il aurait été plus précis de réaliser mon questionnaire sans réelles propositions pour n'influencer personne mais plutôt avec une échelle allant de 0 à 10 sur l'expression des troubles du comportement au cours d'une activité thérapeutique utilisant les grands principes de la méthode Montessori. Je me suis également demandé si des entretiens auprès d'ergothérapeutes n'auraient pas été plus adaptés et plus précis quant à la description de leurs pratiques, de leur opinion sur la méthode Montessori et ses bénéfices.

Par la suite, la plus grande limite à laquelle j'ai pu me heurter a été celle de la représentativité. En effet, j'ai pu réaliser 4 observations et j'ai eu 8 réponses à mon questionnaire. Cela m'a permis de réaliser une analyse et de pouvoir discuter sur ce que j'avais pu observer mais cela n'est évidemment pas représentatif et ne permet pas d'affirmer que la méthode Montessori permet d'atténuer les troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences.

Deuxièmement, il existe des études sur ce sujet comme celles du Pr CAMP (1996) ou de Dominique GIROUX (2010), mais depuis une dizaine d'année, aucune étude plus récente n'a été réalisée. Les données recueillies sont donc à prendre avec du recul et en considérant toutes ces informations. Cependant au vu de mon enquête, et dans ce contexte seulement, il semble que mon hypothèse soit validée.

Intérêt de l'étude

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a tout d'abord permis de consolider mes connaissances de bases en gériatrie acquises en stage. J'ai également pu acquérir des connaissances sur les démences, pathologies que je n'avais pas eu l'occasion de voir et de prendre en soins en stage.

Deuxièmement, ce travail de recherche m'a permis de me perfectionner dans la recherche d'informations, d'articles et de documentations fiables. J'ai pu grâce à ce travail acquérir une méthode de travail et de recherche que je n'avais pas auparavant. Cette méthodologie me servira dans ma future pratique professionnelle lorsque j'aurai besoin de faire des recherches, de consolider mes connaissances et pourquoi pas de rédiger des articles.

IV- Conclusion

Mon envie de réaliser mon mémoire de fin d'études en ergothérapie sur la population gériatrique m'a permis de découvrir une nouvelle méthode pouvant être utilisée en ergothérapie, la méthode Montessori. J'ai pu développer, à travers mes différentes lectures et recherches une nouvelle vision, une vision capacitaire de la personne âgée encore trop souvent vue comme déficitaire. Le vieillissement amène certes, inévitablement des pathologies, dont les démences, mais les patients ne doivent pas être vus et pris en soins à travers leur pathologie mais plutôt en tant que personne à part entière, à travers toutes les dimensions qui les composent et qui créent leurs identités.

Tout au long de mon mémoire j'ai travaillé au maximum sur toutes les dimensions qui interviennent dans le quotidien de la personne âgée et sur lesquelles les ergothérapeutes sont formés à intervenir. Pour rappel ma problématique de départ était : « De quelle manière l'utilisation de la méthode Montessori en ergothérapie permet-elle de favoriser l'atténuation des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ? ». C'est à partir de cette problématique que j'ai pu développer mon cadre théorique autour des grands concepts que sont la personne âgée, les démences, l'ergothérapie et la méthode Montessori. Tous les apports théoriques que j'ai pu faire ressortir de ces grands concepts m'ont permis d'émettre mon hypothèse selon laquelle « La stimulation des capacités résiduelles grâce à la méthode Montessori lors d'activités thérapeutiques permet d'atténuer les troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ». Dans le but de valider ou non cette hypothèse j'ai fait une enquête. J'ai réalisé des observations d'activités thérapeutiques mises en place par une ergothérapeute formée à la méthode Montessori et l'utilisant auprès de personnes âgées atteintes de démences dans le but d'évaluer l'impact de l'utilisation de cette méthode sur la gestion des troubles du comportement des patients. Pour compléter mes observations, j'ai réalisé un questionnaire que j'ai envoyé aux ergothérapeutes formés à la méthode Montessori et l'utilisant en institution auprès de personnes âgées atteintes de démences. Les résultats que j'ai obtenus me permettent dans le cadre de cette enquête de valider mon hypothèse mais sont à prendre avec du recul car, ayant fait peu d'observations et eu peu de réponses au questionnaire, ils ne sont pas représentatifs et ne permettent pas d'affirmer que la méthode Montessori permet d'atténuer les troubles du comportement de manière fiable. Cela est d'autant plus vrai qu'il n'existe à ce jour aucune étude récente menée sur un échantillon assez important pour que cela soit représentatif.

Ce mémoire de fin d'année m'a apporté beaucoup de nouvelles connaissances que je souhaite transposer tout au long de ma carrière professionnelle dans le domaine de la gériatrie ou dans un autre domaine. Cela m'a également apporté une nouvelle méthodologie de travail et de recherche, qui m'a permis d'avoir un raisonnement cohérent et basé sur des sources fiables.

Enfin, ce mémoire de fin d'étude m'a également appris à travailler avec la frustration. En effet, nous réalisons un mémoire d'initiation à la recherche et nous ne pouvons donc pas traiter tous les sujets que nous aimerions. C'est dans ce contexte, que je me suis demandé si les familles ayant des proches atteints de démences pouvaient être formées à la méthode Montessori ? L'ergothérapeute serait-il à sa place pour former les familles aux grands principes de cette méthode ? Et les familles étant formées, la mise en place de cette méthode à domicile pourrait-elle permettre un retardement de l'institutionnalisation ?

BIBLIOGRAPHIE :

AG&D. (2013). *La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées*.

AMOUYEL, P. (2008). *Le vieillissement et ses pathologies en quelques chiffres*. Masson.

AMOUYEL, P. (2014, Juillet). *Alzheimer*. Récupéré sur Inserm: <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>. Dernière consultation le 14/05/18.

Association Montessori de France. (2015). Récupéré sur <https://www.montessori-france.asso.fr/page/167406-maria-montessori-et-sa-vision-de-l-enfant>. Dernière consultation le 21/05/18.

CAMP, C. (2006). *Activités fondées sur la méthode Montessori pour les personnes atteintes de démences de types Alzheimer*. Myers Research Institute.

Centre des médias : la démence. (2016, Avril). Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>. Dernière consultation le 27/05/18.

CHARBIT, O. (n°2 janvier-février-mars 2011). *DOC'Alzheimer, pages 23-24*.

COHEN, J., MOUREY, F. (2014). *Rééducation en gériatrie*. Lavoisier Médecine Sciences.

COLLETTE, F., FEYERS, D., BASTIN, C. (2008). *La maladie d'Alzheimer*. Masson.

DELBEUCK, X., LEBERT, F., PASQUIER, F. (2008). *Les démences frontotemporales*. Masson.

DE SINGLY, F. (2008). *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire, 2ème édition*. Armand Colin.

DUJARDIN, K., DEFEBVRE, L. (2008). *La démence à corps de Lewy et les autres syndromes parkinsoniens associés à une démence*. Masson.

DUJARDIN, K., & LEMAIRE, P. (2008). *Neuropsychologie du vieillissement normale et pathologique*. Masson.

FABRE-MELLINI, A. (2009). *L'intervention auprès des personnes âgées présentant des troubles du comportement et des troubles psycho-affectifs*. Solal.

FETEANU, D., LOPEZ-TOURRES, F., & TRIVALLE, C. (2005). La personne démente en institution. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse*, volume 3, 26-34.

- Fondation Alzheimer. (s.d.). *Les plans nationaux*. Récupéré sur Fondation Plan Alzheimer: <http://www.fondation-alzheimer.org/0-Articles/29-Les-Plan-nationaux%20>. Dernière consultation le 27/05/18.
- GIROUX, D. (2012). *L'approche Montessori utilisée avec des personnes atteintes de déficits cognitifs*. Sauramps médical.
- HAS. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*.
- HAS. (2010). *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf. Dernière consultation le 21/05/18.
- HAS. (2011). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*.
- KALFAT. H., SAUZEON. H., (2009). *Processus de vieillissement et vieillesse*. Solal.
- LAROUSSE. (s.d.). *Démence*, sur Dictionnaire de français LAROUSSE: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9mence/23271>. Dernière consultation le 15/02/18.
- Ligue Alzheimer. (2006). *Les 10 commandements pour communiquer avec un malade d'Alzheimer*. Récupéré sur Aide-Soignant.be: <http://www.aide-soignant.be/les-10-commandements-pour-communiquer-avec-un-malade-dalzheimer/#>. Dernière consultation le 27/05/18.
- MARGOT-CATTIN, I. (2009). *La place de l'activité dans l'intervention auprès des personnes âgées présentant une démence avancée*. Solal.
- MARTIN, J.-P. (2006). *Connaissance de la personne âgée*. Doc'édition.
- MESSY, J. (2002). *L'impact du vieillissement sur la santé : les seniors, la diversité de leurs représentations*. Solal.
- Ministère de l'éducation nationale, d. I. (2014). *Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, mars 06). *La maladie d'Alzheimer*. Récupéré sur Ministère des Solidarités et de la Santé: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et->

maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer. Dernière consultation le 21/05/18.

MONTESSORI, M. (1948). *Eduquer le potentiel humain*. Desclée De Brouwer.

MOREL-BRACQ, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie (2ème édition)*. Deboeck Supérieur.

NOUVEL. F., JOUAFFRE. V., (2009). *Fragilité et dépendance*. Solal.

Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé. Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique, 2ème édition*. Manille.

Organisation Mondiale de la Santé. (2017, Novembre 8). *Démence et plan mondial d'action de santé publique - infographies*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/infographic_dementia/fr/. Dernière consultation le 13/03/18.

Organisation Mondiale de la Santé. (2017, Décembre). *La démence*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>. Dernière consultation le 27/05/18.

TETREAULT, S., & GUILLEZ, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. DeBoeck.

Troubles cognitifs des personnes âgées : la méthode Montessori, à la recherche des capacités préservées. (2016, Juillet 13). Récupéré sur Ehpadia: http://www.ehpadia.fr/Troubles-cognitifs-des-personnes-agees-la-methode-Montessori-a-la-recherche-des-capacites-preservees_a133.html. Dernière consultation le 06/04/18.

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

TROUVE, E. (2011). *Vivre au quotidien avec la maladie d'Alzheimer*. Solal.

VANDERHEYDEN, J.-E., & KENNES, B. (2009). *La prise en charge des démences : approche transdisciplinaire du patient et de sa famille*. Deboeck.

VERNY, M. (2018). *La maladie Alzheimer*. Solar Editions.

ANNEXES

Sommaire des annexes :

Annexe N°I : Compétence 6 du portfolio	II
Annexe N°II : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel	III
Annexe N°III : Les 10 commandements pour communiquer avec un malade d'Alzheimer	IV
Annexe N° IV : Mini Mental State Examination (MMSE)	V
Annexe N° V : Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC)	VI
Annexe N° VI : Inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes (NPI-ES)	X
Annexe N° VII : Grille d'observation	XI
Annexe N° VIII : Questionnaire	XII

Annexe N°I : Compétence 6 du portfolio

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Compétence 6

C6

Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie

Objectifs pour l'étudiant

- Que l'étudiant sache conduire une relation avec une personne, son entourage ou un groupe de personnes en vue d'une alliance thérapeutique

Activités ciblées du stagiaire pour l'évaluation de la compétence

Niveau 1 : Comprendre l'importance de la communication duelle et groupale dans la relation thérapeutique

- Observation et description des éléments qui influencent la relation
- Repérage et description des modes de communication utilisés
- Entrée en relation avec la personne ou le groupe dans un contexte thérapeutique
- Questionnement sur l'impact de son mode de communication dans la relation thérapeutique

Niveau 2 : Instaurer une relation thérapeutique

- Accueil et écoute d'une personne ou d'un groupe en prenant en compte la situation particulière de chaque individu
- Recherche et développement d'une relation de confiance
- Facilitation de la communication verbale, non verbale et de l'expression de chaque personne
- Établissement d'une distance thérapeutique adaptée

Niveau 3 : Argumenter le choix de la conduite relationnelle

- Analyse des éléments obstacles ou facilitateurs de la relation établie
- Proposition d'ajustements si nécessaire
- Maintien d'une alliance thérapeutique quelles que soient les difficultés de relation, d'expression, de communication rencontrées

Critères d'évaluation

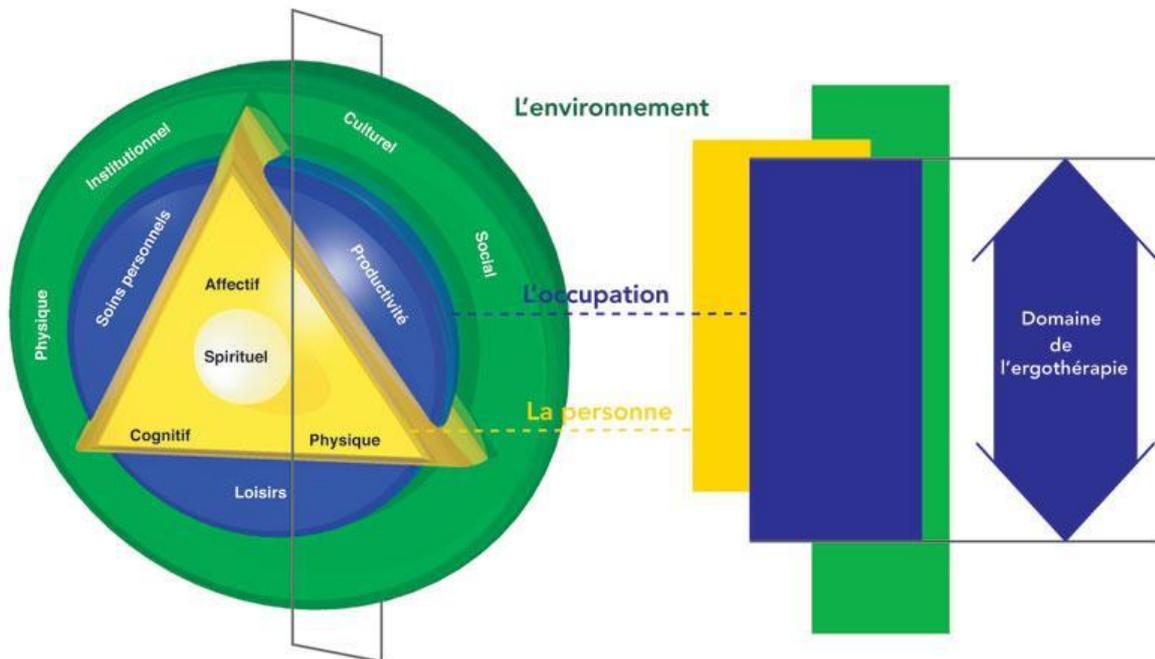
Niveau 1 : Qualité de l'explicitation des modes de communication utilisés

Niveau 2 : Justesse de la relation établie

Niveau 3 : Pertinence de l'analyse et de l'ajustement de la conduite thérapeutique

Annexe N°II : Le Modèle Canadien du Rendement et de L'engagement Occupationnel

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine



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

B : Vue de profil

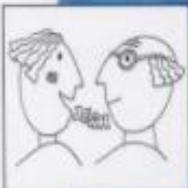
E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27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

Source :

https://www.google.fr/search?q=MCREO&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiWrraZ5KrbAhXH7BQKHV3tB5UQ_AUICigB&biw=1366&bih=662#imgdii=ri3O05ez9DU CeM:&imgcr=ewZhYIRcf80w9M:

Annexe N° III : Les 10 commandements pour communiquer avec un malade d'Alzheimer

Les "Dix Commandements" nécessaires pour aborder le malade d'Alzheimer et pour communiquer avec lui.

Pour aborder le patient	Pour communiquer avec le patient
 <ul style="list-style-type: none">• Près de la personne, tu te tiendras;	 <ul style="list-style-type: none">• Lentement et distinctement, tu parleras;
 <ul style="list-style-type: none">• Son nom, tu diras;	 <ul style="list-style-type: none">• Des mots simples et concrets, des phrases courtes, tu emploieras
 <ul style="list-style-type: none">• Son corps, tu toucheras;	 <ul style="list-style-type: none">• Avec des gestes et le toucher, tes paroles, tu complèteras;
 <ul style="list-style-type: none">• A sa hauteur et face à lui, tu te tiendras;	 <ul style="list-style-type: none">• Un message à la fois, tu donneras;
 <ul style="list-style-type: none">• Un contact visuel, tu établiras.	 <ul style="list-style-type: none">• Aux énoncés affirmatifs, tu recourras.

Source : <http://www.aide-soignant.be/les-10-commandements-pour-communiquer-avec-un-malade-dalzheimer/#>

Annexe N° IV : Mini Mental State Examination (MMSE)

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

⇒ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | |
|----------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | [] | 4. Quel jour du mois ? | [] |
| 2. en quelle saison ? | [] | 5. Quel jour de la semaine ? | [] |
| 3. en quel mois ? | [] | | |
- ⇒ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- | | |
|--|-----|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | [] |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | [] |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | [] |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | [] |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | [] |

APPRENTISSAGE

⇒ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-----|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | [] |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | [] |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | [] |
- Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

- ⇒ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?
- | | | |
|-----|----|-----|
| 14. | 93 | [] |
| 15. | 86 | [] |
| 16. | 79 | [] |
| 17. | 72 | [] |
| 18. | 65 | [] |

⇒ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

⇒ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-----|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | [] |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | [] |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | [] |

LANGAGE

- | | | |
|---|----------------------------------|-----|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | [] |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | [] |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : | « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | [] |
- ⇒ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :
- | | |
|---|-----|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | [] |
| 26. Pliez-la en deux. | [] |
| 27. et jetez-la par terre ». | [] |
- ⇒ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
- | | |
|---------------------------------|-----|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | [] |
|---------------------------------|-----|
- ⇒ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :
- | | |
|---|-----|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | [] |
|---|-----|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

- ⇒ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
- | | |
|---|-----|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | [] |
|---|-----|



SCORE TOTAL (0 à 30) []

Annexe N°V : Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC)

Nom, prénom :

Remarques :

Date de naissance :

Date de l'examen :

Profession :

Niveau culturel :

Numéro du dossier :

NC1 : illettré, NC2 : sait lire, écrire, compter, NC3 : niveau certificat d'études primaires, NC4 : niveau brevet des collèges, NC5 : niveau terminale, NC6 : niveau baccalauréat, NC7 : niveau diplôme universitaire.

ORIENTATION TEMPORO-SPATIALE : (compter un point par réponse exacte)

1) En quelle année sommes-nous ?

5) En quelle saison sommes-nous ?

2) Quel jour de la semaine ?

6) Dans quelle ville sommes-nous ?

3) Quel mois ?

7) Dans quel département ?

4) Le combien du mois ? (+/- 1)

8) En quel lieu sommes-nous ?

Total score I : /8

II A - ATTENTION ET MEMOIRE

1) Nommer lentement quatre mots (tourterelle, maison, lunettes, étoile) ; faire répéter et compter un point par mot en négligeant leurs éventuelles altérations phonétiques :

/4

S'assurer au besoin par des répétitions successives que les 4 mots sont retenus par le sujet. Abandonner au bout de 3 répétitions infructueuses.

2) Séries de chiffres : a) Dire et faire répéter la série suivante en ordre direct ; en cas d'échec, faire une nouvelle tentative avec la série suivante :

Compter un point pour 5 chiffres successifs, 0,5 pour 4 chiffres, 0 pour moins de 4 chiffres.

4 - 2 - 7 - 3 - 1

7 - 5 - 8 - 3 - 6

/1

b) Même procédure pour une série de 4 chiffres à répéter en ordre

inverse :

Compter 1 pour 4 chiffres successifs, 0,5 pour 3 chiffres, 0 pour moins de 3 chiffres

3 – 2 – 7 – 9

4 – 9 – 6 – 8 /1

B – RAPPEL

Faire répéter les 4 mots appris en II A ; 1 point par mot retenu /4

Total score II : /10

III – CALCUL MENTAL. Compter un point par réponse exacte :

28-9 =

102-3 =

Total score III : /2

IV – RAISONNEMENT ET JUGEMENT.

1) Jean est plus grand que Pierre. Quel est le plus petit des deux ? /2

2) Jean est plus grand que Pierre et plus petit que Jacques.
Quel est le plus grand des trois ? /1

3) Est-il vrai que plus il y a de wagons, plus le train va vite ? /1

4) Que faites-vous si vous trouvez dans la rue une enveloppe portant une adresse avec un timbre neuf ? /1

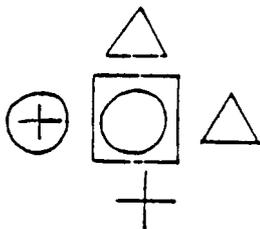
Total score IV : /5

V – COMPREHENSION.

1) Epreuve des trois papiers de Pierre Marie. « Il y a devant vous 3 papiers, un grand, un moyen et un petit. Le grand, vous le jetez à terre, vous me donnez le moyen et vous gardez le petit pour vous ».

Compter un point pour 2 items réussis, 2 en cas de réussite totale /2

2) Montrez : (1 point par réponse exacte) – (voir figure ci-dessous)



- le rond dans un carré /1

- le triangle au dessus du carré /1

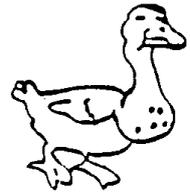
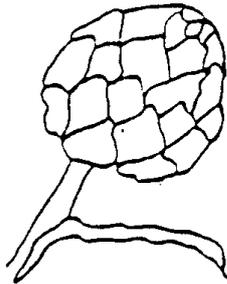
- la croix sous le carré /1

Total score V : /5

VI – DENOMINATION (1 point par réponse exacte)

- deux objets usuels : montre : stylo ou crayon :

- deux images :



Total score VI : /4

VII – REPETITION : Faire répéter les 2 mots suivants en cotant 1 si la répétition est correcte, 0,5 si le mot reste reconnaissable bien qu'imparfaitement répété, 0 si la répétition est impossible ou le mot non reconnaissable.

CONSTITUTION :

SPECTACLE :

Total score VII : /2

VIII – ORDRE ECRIT (1 point si exécution correcte)

FERMEZ LES YEUX

Total score VIII : /1

IX – FLUIDITE VERBALE. Demander au sujet de citer 10 noms de villes (en une minute). Compter 0 si 3 ou moins de « villes sont citées, 1 si 4 Ou 5 villes sont citées, 2 si 6 ou 7 villes sont citées, 3 si 8 villes sont citées, 4 si 9 ou 10 villes sont citées.

Total score IX : /4

X – PRAXIES

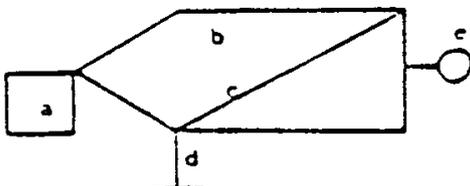
1) « Faites un pied de nez »

En cas d'échec, procéder par imitation

/1

2) Reproduire le dessin capital-investissement dessous (voir figure ci-dessous). Compter un point par élément reproduit mais ne compter que 0,5 en cas de reproduction incomplète, en cas de déplacement ou de disproportion flagrante de taille d'un élément.

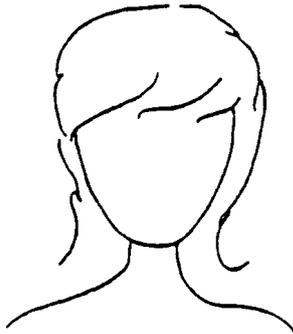
/5



Total score X : /6

XI – DECODAGE VISUEL

Faire identifier le dessin ci-dessous. Compter 1 point si réponse correcte (visage, image de femme, buste).



Total score XI :	/1
------------------	----

XII – ECRITURE. Compter un point si le mot est correctement écrit.

1) Dictée : MAISON /1

2) Copiée : *constitution* /1

Total score XII :	/2
-------------------	----

SCORE GLOBAL : /50

Source : <http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/bao-rehab-0803/File/ERFC.doc>

Annexe N°VI : Inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes (NPI-ES)

Nom du signataire :

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens

Proche/ s'occupe souvent du patient;

Pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA = question inadaptée (non applicable)

Entourez chaque score avant de saisir en informatique

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	Retentissement
Idées délirantes			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Hallucinations			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Anxiété			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur Euphorie			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Apathie indifférence			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Désinhibition			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Score Total 10					
<i>Changements neurovégétatifs</i>					
Sommeil			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Appétit / Troubles de l'appétit.			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Score Total 12					

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

Source : <http://www.s288388629.onlinehome.fr/documentations/FICHE-NPI-ES.pdf>

Annexe N° VII : Grille d'observation

Participants	Rappel identitaire	Comportement avant l'activité	Comportement pendant l'activité	Participation à l'activité	Comportement après l'activité	Verbalisation
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Annexe N° VIII : Questionnaire

Partie 1 : Présentation de l'ergothérapeute :

Q1 : En quelle année avez-vous été diplômé en ergothérapie ?

Q2 : Où travaillez-vous actuellement ?

Q3 : En quelle année avez-vous été formé à la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées atteintes de démences ?

Partie 2 : Pratique de l'ergothérapeute.

Q4 : Quelles sont les types de prises en soins que vous mettez en place auprès de personnes âgées atteintes de démences ?

- Individuelles
- En groupe
- Aucune

Q5 : Lors de vos prises en soins utilisant la méthode Montessori, qu'observez-vous au niveau des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ? (Dans la plupart des cas)

- Une atténuation
- Une aggravation
- Rien ne change

Q6 : Utilisez-vous la méthode Montessori dans le but de gérer les troubles du comportement de ces patients ?

- Oui
- Non

Q7 : Si oui, quel type d'ateliers, de séances, de prises en charge utilisant la méthode Montessori mettez-vous en place ? (1 ou 2 exemple)

Q8 : Qu'utilisez-vous comme autres techniques, ateliers, séances, prises en charge pour essayer de gérer les troubles du comportement de ces patients ?

Partie 3 : Opinion concernant la méthode Montessori et les troubles du comportement

Q9 : La méthode Montessori a-t-elle pour vous, un réel impact sur la gestion des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences ?

- Oui
- Non
- Pas d'avis

Q10 : Si oui ou non, pouvez-vous argumentez votre réponse ?

RESUME :

L'utilisation de la méthode Montessori en ergothérapie auprès de personnes âgées atteintes de démences présentant des troubles du comportement.

Mots clés : ergothérapie, personnes âgées, démence, méthode Montessori, troubles du comportement.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'utilisation de la méthode Montessori en ergothérapie sur les troubles du comportement de personnes âgées atteintes de démences placées en institution.

Méthodologie : J'ai réalisé quatre observations d'activités thérapeutiques réalisées par une ergothérapeute formée à la méthode Montessori. Par le biais de ces activités elle stimule les capacités résiduelles des patients pour les amener à participer et à s'engager dans l'activité dans le but de diminuer leurs troubles du comportement. Les participants sont des patients de plus de 65 ans, atteints de démences au stade avancé et présentant des troubles du comportement et placés en institution. J'ai également réalisé un questionnaire que j'ai transmis aux ergothérapeutes formés à la méthode Montessori et l'utilisant auprès de personnes âgées atteintes de démences et présentant de forts troubles du comportement institutionnalisés.

Résultats : Lors de ces observations j'ai pu observer que les patients présentant des troubles du comportement tels que l'agitation ou la déambulation avant l'activité, en présentaient moins ou plus du tout après avoir participé et s'être engagé dans l'activité. 100% des ergothérapeutes ayant répondu pensent que la méthode Montessori a un réel impact sur la gestion des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences et 7 sur 8 l'utilisent dans ce but-là.

Discussion : Les résultats obtenus semblent en accord avec la théorie mais il n'existe pas encore d'étude significative sur ce sujet. Les résultats seraient donc à valider par des études plus récentes.

Conclusion : La méthode Montessori utilisée lors d'activités thérapeutiques en ergothérapie semble permettre une atténuation des troubles du comportement des personnes âgées atteintes de démences lorsque leurs capacités résiduelles sont stimulées et qu'elles s'engagent dans ces activités.

ABSTRACT :

The use of the Montessori method in occupational therapy for elderly people with dementia and behavioural disorders.

Key words : occupational therapy, elderly, dementia, Montessori method, behavioral disorders, residual capacities.

Objective : The objective of this study is to evaluate the impact of the use of the Montessori method in occupational therapy on behavioural disorders in elderly people with dementia in institutions.

Methods : I made four observations of therapeutic activities performed by an occupational therapist trained in the Montessori method. Through these activities she stimulates patients' residual abilities to participate and engage in the activity in order to decrease their behavioural disorders. Participants are patients over 65 years of age, with advanced dementia and behavioural disorders, placed in institutions. I also completed a questionnaire that I sent to occupational therapists trained in the Montessori method and using it with elderly people with dementia and serious institutionalized behavioural disorders.

Results : During these observations I was able to observe that patients with behavioural disorders such as restlessness or ambulation before the activity, showed less or none after having participated and engaged in the activity. 100% of the occupational therapists who responded think that the Montessori method has a real impact on the management of behavioural disorders in elderly people with dementia and 7 out of 8 use it for this purpose.

Discussion : The results obtained seem in agreement with the theory but no significant study on this subject has been made. The results should therefore be validated by more recent studies.

Conclusion : The Montessori method used during therapeutic occupational therapy activities appears to reduce behavioural disorders in elderly persons with dementia when their residual abilities are stimulated and they engage in these activities.