



ADERE Institut de formation en ergothérapie de Paris
Association pour le développement, l'enseignement et la recherche en
Ergothérapie

52 rue Vitruve – 75020 Paris

**Les troubles du comportement chez la personne
atteinte de la maladie d'Alzheimer en accueil de
jour:**

**L'autonomie dans le domaine des soins
personnels**

Session Juin 2025

Damot Mathieu

Mémoire d'initiation à la recherche, réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E 6.5

S6: Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Note aux lecteurs:

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

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes m'ayant aidé à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie ma maîtresse de mémoire, Blaison Sophie, pour ses conseils et les améliorations qu'elle m'a soumises.

Je tiens également à remercier les patients que j'ai pu prendre en charge durant mes différents stages, ils m'ont permis de m'épanouir dans ce futur métier.

Plus personnellement je tiens à remercier les membres de ma famille, pour leur patience et la confiance qu'ils m'ont accordées.

Table des matières

Introduction	7
Partie 1: Le cadre conceptuel	9
1. La maladie d'Alzheimer	9
1.1 Définition et épidémiologie	9
1.2 Sémiologie	10
1.3 Impact de la maladie au quotidien	13
2. L'accueil de jour	16
2.1 Définition accueil de jour spécialisé Alzheimer	16
2.2 Les missions de l'accueil de jour	18
2.3 L'équipe pluridisciplinaire en accueil de jour	19
3. L'ergothérapeute en accueil de jour Alzheimer	20
3.2 L'intervention de l'ergothérapeute	23
3.3 Lien avec les aidants	24
Partie 2: Méthodologie d'enquête	26
4. La Méthode de recherche	26
4.1 Méthode de recherche	26
4.2 Typologie de l'entretien et construction de l'outil	27
4.3 Mode de contact et passation des entretiens	27
4.4 Critique de la méthode	28
Partie 3: Analyse	29
5. Analyse des résultats	29
5.1 Présentation des personnes interrogées	29
5.2 Analyse des résultats	30
1. Le rôle de l'ergothérapeute en accueil de jour	30
2. Adaptation de l'intervention face aux troubles du comportement et difficultés de compréhension	33
3. Répercussions sur l'autonomie dans les soins personnels	34
4. Transmission des acquis à domicile	35
6. Discussion	37
6.1 Le rôle de l'ergothérapeute en accueil de jour: entre vision professionnelle et réalité du terrain	37
6.2 Adaptation de l'intervention face aux troubles du comportement et difficultés de compréhension	40
6.3 Répercussions sur l'autonomie dans les soins personnels	42
6.4 Transmission des acquis à domicile	43
6.5 Validation ou non de l'hypothèse	44
Conclusion	46
Bibliographie	48
Annexes	52

Introduction

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative progressive, touchant principalement la population âgée. L'évolution de la maladie se traduit par une dégradation progressive des capacités cognitives, notamment de la mémoire.

Selon l'Institut Pasteur, en France, plus de 900 000 personnes sont atteintes de cette pathologie, avec une prévalence deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Institut Pasteur, 2023). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées comme l'un des enjeux de santé les plus préoccupants du 21ème siècle et appelle les pays à considérer la démence comme une priorité majeure de santé publique.

Parmi les différents stades de la maladie décrits par l'échelle de Reisberg (Annexe I), j'ai décidé de me concentrer sur le stade 6. C'est à ce stade que l'on remarque la perte d'autonomie et l'apparition des troubles du comportement qui peuvent perturber la réalisation des activités de vie quotidienne dont des soins personnels, chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Ces changements de comportement peuvent entraver la relation des soins, générer des refus ou des oppositions, et ainsi compromettre la qualité de la prise en charge (Alzheimer's Association, 2024).

Afin d'aider à accompagner ces patients, il existe des centres d'accueil de jour. L'accueil de jour est une structure intermédiaire entre le domicile et les dispositifs de prise en charge à long terme, permettant d'accompagner progressivement la transition des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vers des formes de soutien plus intensives si nécessaire (Fondation Médéric Alzheimer, 2021). L'accueil de jour offre un cadre rassurant, des repères sécurisants et une routine, où les activités peuvent être adaptées en fonction de l'avancée de la maladie et des capacités du patient, en constituant des groupes de niveaux ou en proposant des séances individualisées (Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, 2016).

Dans le cadre du centre d'accueil de jour, l'ergothérapeute peut intervenir pour proposer des aménagements, adapter les supports et les consignes, soutenir les capacités restantes et développer des stratégies de compensation ou d'aménagement de l'environnement, que ce soit à domicile ou au centre d'accueil de jour.

L'ergothérapeute est amené à être en lien avec les aidants qui sont un repère important pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Ils sont fortement sollicités en raison du stade d'avancée de la maladie, ce qui m'a questionné sur le transfert des acquis de l'accueil de jour au domicile.

Face au développement de la maladie lié au stade 6 de la maladie d'Alzheimer, comment l'ergothérapeute en accueil de jour peut-il adapter son intervention pour limiter l'impact des troubles du comportement et soutenir l'autonomie de la personne dans ses soins personnels ?

Ce qui m'a amené à ma question de recherche: "En quoi l'intervention de l'ergothérapeute, travaillant en accueil de jour peut-elle favoriser l'autonomie dans les soins personnels chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de stade 6 présentant des troubles du comportement ?"

Je fais l'hypothèse que: "L'intervention de l'ergothérapeute en accueil de jour, par l'adaptation de l'environnement, permet de réduire les troubles du comportement sur les soins personnels et de favoriser l'autonomie des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade 6."

Dans un premier temps, je présenterai la maladie d'Alzheimer, les troubles du comportement et son impact sur la vie quotidienne plus précisément dans les soins personnels.

Par la suite, je développerai une partie sur l'accueil de jour, avec ce qu'est un accueil de jour spécialisé Alzheimer, la pluridisciplinarité au sein de l'accueil de jour pour finalement développer la sous-partie sur l'ergothérapeute en accueil de jour spécialisé Alzheimer.

Ma dernière partie sera plus centrée sur le rôle de l'ergothérapeute, avec l'évaluation des capacités et des besoins du patient face aux difficultés de compréhension et du comportement, les stratégies d'intervention pour maintenir l'autonomie et finalement l'accompagnement des aidants et soignants en accueil de jour.

Partie 1: Le cadre conceptuel

1.La maladie d'Alzheimer

1.1 Définition et épidémiologie

En France, environ 1 200 000 personnes sont atteintes par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (Ministère de la santé et de la Prévention, 2024).

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de 60 à 70 % des cas. (OMS, 2023). Elle touche principalement la population âgée, apparaissant généralement après l'âge de 65 ans et affectant environ 3 % de cette tranche d'âge. La maladie d'Alzheimer touche davantage les femmes (60%) que les hommes (40%) et en raison du vieillissement démographique, les études prévoient un doublement du nombre de cas d'ici 2050 (OMS, 2023).

La maladie d'Alzheimer est définie par le Ministère de la Santé et de l'accès aux soins, comme une maladie neurodégénérative caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions intellectuelles conduisant à des répercussions dans les activités de la vie quotidienne" (Ministère de la santé et de l'accès aux soins, 2024).

Les premiers signes de la maladie d'Alzheimer sont la perte de la mémoire, des difficultés croissantes pour accomplir les tâches quotidiennes, des problèmes de langage, des modifications d'humeur et du comportement, la perte de motivation (France Alzheimer, 2024).

Nous retrouvons 7 stades dans la maladie d'Alzheimer classés grâce à l'échelle de Reisberg (Alzheimer's Association, 2024).

Elle est utilisée par les médecins pour décrire l'évolution de certaines maladies, telles que les démences dégénératives.

Dans le stade 6 le déficit cognitif s'aggrave et il y a l'apparition des troubles du comportement. On remarque une détérioration majeure: la personne change profondément, tant dans son comportement que dans son apparence et ses facultés cognitives. L'autonomie dans la réalisation des ses soins personnels continue de se dégrader et la personne nécessite plus d'aide pour se laver, s'habiller, manger et aller aux toilettes (incontinence urinaire et fécale.) (Licoudis, s.d. ; Alzheimer's Association, 2024).

1.2 Sémiologie

1.2.1. Altération de la mémoire

La mémoire est l'une des premières fonctions touchées par la maladie d'Alzheimer, notamment la mémoire épisodique, qui permet de se rappeler des événements vécus dans leur contexte temporel et spatial (Eustache & Desranges, 2008). Dès les stades modérés, cette atteinte se combine à un déficit de la mémoire à court terme, empêchant la personne de retenir des informations sur une courte durée, c'est l'une des premières atteintes dans la maladie d'Alzheimer (Inserm, 2025).

Dans le cadre des soins personnels cela se traduit par l'oubli d'étapes essentielles:

Par exemple, lors de l'habillage, un patient peut mettre un pantalon mais oublier de mettre un sous-vêtement ou commencer à se savonner mais oublier de se rincer. Pachana et al. (2011) soulignent que ce déficit entraîne des oublis persistants dans les activités de vie quotidienne (AVQ), rendant nécessaire un guidage constant par un aidant ou un professionnel.

Cette atteinte mnésique est souvent associée à une désorientation temporelle et situationnelle, qui complique davantage la réalisation des soins personnels,

car la personne peut ne pas comprendre pourquoi ou à quel moment un soin est nécessaire.

1.2.2 Atteinte des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives englobent généralement les compétences cognitives qui sont responsables de la planification, de l'organisation et de la synchronisation des actions complexes (Bherer, Belleville & Hudon, 2004). Leur atteinte entraîne une désorganisation majeure des séquences d'action, même lorsque la mémoire immédiate est partiellement préservée. Dans la maladie d'Alzheimer, leur altération peut apparaître dès le stade modéré et se renforcer au stade 6, réduisant la capacité à réaliser des séquences d'actions complexes.

Une étude de Fryer-Morand Croisile, & Trivalle (2008) a révélé que chez 95 patients atteints de la maladie d'Alzheimer légère à modérée, le syndrome dysexécutif (troubles des fonctions exécutives) est fortement lié à une diminution de l'autonomie, mesurée par les échelles ADL et IADL (Annexe III). Cette association est indépendante du stade de la maladie. Les patients présentant un syndrome dysexécutif ont un risque 30 fois plus élevé de devenir dépendants pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Cette étude montre comment le déficit des fonctions exécutives agit comme une limitation d'activité, réduisant la capacité à réaliser les soins personnels de façon cohérente, efficace et sécuritaire.

A ces difficultés d'organisation s'ajoutent souvent des troubles du langage, qui compromettent la compréhension des consignes et la communication avec les aidants.

1.2.3 Les troubles du langage

Les principaux troubles observés concernent le langage, tels que l'aphasie, le manque du mot ou le néologisme. Ces "troubles apparaissent

généralement de manière progressive et altèrent généralement la capacité du patient à interagir avec son entourage” (France Alzheimer, 2025).

Selon Rousseau (2018), “ces atteintes nuisent à la capacité de suivre les consignes verbales, de demander de l’aide ou à exprimer des besoins simples. Cette perte du langage engendre des répercussions sur la réalisation des soins personnels”.

La HAS (2018) souligne que les troubles de la communication, limitent la capacité à exprimer une gêne, une douleur ou un inconfort. Cela peut compliquer voire empêcher la bonne exécution d’un soin. La HAS (2018) rappelle également que l’adaptation de la communication comme la simplification des phrases, recours aux gestes, soutien visuel est essentiel pour limiter les comportements inadaptés.

Ces incompréhensions, cumulées aux déficits cognitifs sont souvent la source de comportements inadaptés, qui constituent un obstacle majeur à la réalisation autonome des soins personnels.

1.2.4 Troubles du comportement

Les troubles du comportement dans la maladie d’Alzheimer se manifestent sous forme d’agitation, d’agressivité, d’apathie, de déambulation ou les comportements d’oppositions (HAS, 2011). Leur prévalence est quasi universelle, touchant jusqu’à 99 % des personnes atteintes au cours de l’évolution de la maladie (Lyketsos et al, 2011).

Ces manifestations ne sont pas seulement perturbantes sur le plan relationnel, elles sont associées à un déclin plus rapide des capacités cognitives et à une diminution significative des performances dans les activités de la vie quotidienne, incluant les soins personnels (Peters et al, 2015 ; Feast et al, 2016). Par exemple, La partie réduit toute initiative, même lorsque les capacités motrices sont préservées (Robert et al, 2010), l’agitation interrompt ou empêche la réalisation d’un soin, et la déambulation complique

le maintien en position pour l'habillage ou l'alimentation (Cerejeira et al, 2012).

Ces manifestations comportementales ne concernent pas seulement la personne malade, elles augmentent la charge physique et émotionnelle des aidants, pouvant conduire à l'épuisement et accélérer le recours à l'institutionnalisation (Black et al, 2018).

Un facteur fréquent du déclenchement des troubles du comportement est le déficit de compréhension verbale lié aux troubles du langage. Une consigne mal perçue peut-être vécue comme intrusive ou menaçante, entraînant une réaction agressive (Rousseau, 2018 ; Bourgeois, 2010). Dans ce cas, l'adaptation de la communication et de l'environnement est essentielle pour prévenir les troubles du comportement.

Ces troubles ont un impact fonctionnel majeur: ils transforment la réalisation des soins personnels en situation potentiellement conflictuelle, nécessitant une approche individualisée et des stratégies non médicamenteuses (Fondation Médéric Alzheimer, 2021), rôle dans lequel l'ergothérapeute occupe une place centrale, notamment en accueil de jour.

1.3 Impact de la maladie au quotidien

La maladie d'Alzheimer, particulièrement à un stade avancé comme le stade 6, entraîne un changement profond du quotidien des personnes atteintes et de leur entourage. Au-delà des symptômes cognitifs, cette pathologie se traduit par des limitations d'activité et des restrictions de participation, qui affectent non seulement la capacité à réaliser des gestes simples, mais aussi la qualité de vie globale (WHO, 2023).

À ce stade, les déficits cognitifs tel que la perte de mémoire, l'altération des fonctions exécutives ou les troubles du langage, interfère avec la réalisation d'activité simple comme la toilette, la préparation d'un repas ou la gestion de la médication (World Alzheimer Report, 2023). Ces pertes de capacité

fonctionnelle ne s'expriment pas uniquement au sein du domicile: elles impactent également la vie sociale du patient.

Cette réduction de la performance dans les activités de vie quotidienne conduit, de manière progressive, à une limitation de la participation sociale. Comme le soulignent Livingstone et al. (2020), l'isolement n'est pas seulement une conséquence de la maladie, mais également un facteur aggravant, car la diminution des interactions prive la personne de stimulation cognitive et émotionnelle essentielle au maintien de ses capacités résiduelles.

Les obstacles rencontrés ne relèvent pas uniquement de la personne elle-même : l'environnement et la manière dont les soins sont proposés peuvent accentuer ou réduire ses limitations. Par exemple, un environnement bruyant ou mal organisé peut aggraver la confusion, tandis qu'une communication inadéquate peut générer incompréhension et refus de participation (Kales, Gitlin & Lyketsos, 2015).

C'est pourquoi il est essentiel d'examiner les répercussions spécifiques de la maladie sur les soins personnels, afin de comprendre quelles activités sont les plus touchées et quels facteurs entravent leur réalisation.

1.3.1 Répercussions dans les soins personnels

Selon la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) (Annexe II), les soins personnels regroupent les activités liées aux soins du corps, comprenant notamment le fait de se laver, prendre soin des parties du corps, s'habiller, manger ou prendre soin de sa santé (OMS, 2001). Ces activités relèvent des activités de base de la vie quotidienne (ADL), indispensable au maintien de l'hygiène, du confort et de la dignité.

Du fait de ces facteurs nous pouvons retrouver des limitations dans la réalisation des activités de vie quotidienne avec par exemple:

- Les troubles mnésiques entraînent l'oubli de certaines étapes de la toilette ou de l'habillage (Eustache & Desgranges, 2008).

- Les déficits exécutifs perturbent la planification et l'enchaînement logique des actions, comme mettre plusieurs couches de vêtements ou oublier de rincer le savon (Fryer-Morant, Croisile & Trivalle, 2008).
- Les troubles du langage limitent la compréhension des consignes, entraînant des refus ou une mauvaise exécution des soins (Rousseau, 2018).
- Les troubles du comportement tels que l'agitation ou l'apathie, réduisent la coopération ou l'initiative (Kales et al, 2015).

Ces difficultés cumulées aboutissent souvent à une perte de l'autonomie fonctionnelle et à une nécessité de supervision constante.

Cette augmentation des besoins d'assistance a un impact direct sur les aidants familiaux, qui se retrouvent confrontés à une charge physique, émotionnelle et organisationnelle décuplée.

1.3.2 Difficultés pour les aidants

Selon le ministère des Solidarités et de la Santé, en 2021, 9,3 millions de personnes en France déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie (Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 2023).

Malgré cela, 9 aidants sur 10 ne disposent pas du statut d'aidant familial, ce qui limite leur accès aux dispositifs de soutien (France Alzheimer, 2023).

L'implication des aidants ne se limite pas à une aide ponctuelle, elle implique une présence quasi constante et la réalisation quotidienne d'activités d'assistance physique et cognitive (Broday & Donkin, 2009).

Cette charge peut se traduire par:

- Une fatigue physique liée aux soins d'hygiène, à l'habillage et à la surveillance continue des soins (Cheng, 2017).
- Un épuisement émotionnel, aggravé par la confrontation aux troubles du comportement et à la perte progressive des capacités de la personne aidée (Black et al, 2018).

- Un isolement social, en raison du manque de temps disponible pour maintenir des relations ou des loisirs personnels (Etters, Goodall & Harrison, 2008).

Les études montrent que le fardeau ressenti par les aidants est l'un des principaux facteurs menant à l'institutionnalisation (Gaugler et al, 2009). C'est dans ce contexte que les accueils de jour trouvent leur pertinence.

En offrant un accompagnement adapté au patient dans un environnement sécurisé et stimulant, ils permettent de soulager temporairement les aidants, de réduire leur épuisement et de retarder le placement permanent (Hugonot-Diener & Martin, 2012).

2. L'accueil de jour

2.1 Définition accueil de jour spécialisé Alzheimer

Depuis 2001, trois plans nationaux ont été consacrés à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées. Le Plan Douste-Blazy (2004-2007) a constitué un véritable point de départ en favorisant la création de places d'accueil de jour et de structures de répit, dans l'objectif de soutenir le maintien à domicile et de soulager les aidants familiaux. Cette impulsion a été amplifiée par le Plan Alzheimer (2008-2012), qui a fixé comme priorité nationale l'augmentation de l'offre de répit, notamment à travers la création de nouvelles places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (Ministère de la Santé, 2008).

On retrouve un impact à la suite de ces mesures actuellement. En 2024, la région île-de-France comptait 1955 places d'accueil de jour (ARS île-de-France, 2024). Pour avoir un ordre de comparaison, d'après le Ministère des Solidarités et des Familles et le ministère délégué chargé des Personnes handicapées (2023), en 2027 il y aurait une "création de 5000 solutions d'accueil temporaire et d'accueil de jour d'ici 2027 pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap".

Les accueils de jour spécialisés Alzheimer sont définis comme des lieux d'accueil temporaires permettant de recevoir, pour une ou plusieurs journées/demi-journées les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile. Selon la HAS (2012), ces structures poursuivent plusieurs objectifs essentiels: maintenir les capacités cognitives, fonctionnelles et sociales des personnes accueillies; préserver leur autonomie le plus longtemps possible, soulager les aidants en leur offrant des temps de répit et retarder l'entrée en institution.

Ces objectifs se traduisent par la mise en place d'activités thérapeutiques adaptées, telles que des ateliers de stimulation cognitive, mémoire ou motricité, réalisés en petits groupes dans un environnement structuré et sécurisant. L'encadrement repose sur une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de santé formés, dont les ergothérapeutes, infirmiers, psychologues et psychomotriciens, qui adaptent les activités aux besoins de chaque patient (Fondation Médéric Alzheimer, 2021).

Au-delà de leur rôle thérapeutique, les accueils de jour participent à rompre l'isolement en offrant aux personnes accueillies la possibilité de renouer avec une vie en collectivité. La participation à des activités sociales et culturelles, qu'elles soient réalisées en groupe ou à travers des mises en situation de la vie quotidienne (préparation d'un repas, activités de relaxation), permet de maintenir un sentiment d'appartenance et de continuité avec la vie ordinaire (Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, 2011).

Enfin, ces structures constituent également un soutien précieux pour les aidants familiaux. Plus de 60% d'entre eux déclarent ressentir une fatigue importante, voire un épuisement, face à la prise en charge d'un proche atteint de maladie neurodégénérative (Ministère des Solidarités, 2023). Ainsi, selon l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (2016), l'accueil de jour a pour but d'accompagner la personne malade en favorisant son autonomie et sa qualité de vie, tout en préservant la santé des proches aidants.

2.2 Les missions de l'accueil de jour

Selon Jean-François Gzil, Petit et Andrieu (2019), l'un des principaux objectifs de l'accueil de jour est de retarder le déclin fonctionnel et cognitif des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer par des stimulations adaptées. Robert et al. (2014) soulignent l'importance de ces stimulations pour renforcer la mémoire procédurale et limiter les effets de la dégénérescence cognitive.

Selon le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (2012), l'accueil de jour remplit trois fonctions essentielles:

- re-sociabiliser la personne dans le cadre d'un soutien à domicile.
- aider les familles à faire face aux difficultés que représente l'accompagnement d'une personne âgée dépendante.
- offrir un accompagnement entre le "chez-soi" et l'établissement permettant un temps d'adaptation à la collectivité (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012).

Ces missions s'inscrivent dans une démarche d'interventions non médicamenteuses (INM), reconnues aujourd'hui dans la prise en soin de la maladie d'Alzheimer (Fondation Médéric Alzheimer, 2021).

Après avoir défini le cadre et les objectifs de l'accueil de jour, il est nécessaire de s'intéresser à l'organisation des ces structures et au rôle joué par les différents professionnels impliqués.

2.3 L'équipe pluridisciplinaire en accueil de jour

Le fonctionnement des accueils de jour repose sur une équipe pluridisciplinaire qui garantit la qualité de la prise en soin. Selon la HAS (2011), les équipes doivent inclure au minimum un infirmier, un psychologue et des aides-soignants. A cela peuvent s'ajouter des professionnels tels que des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des art-thérapeutes ou encore des musicothérapeutes, afin de diversifier les approches.

Chaque professionnel occupe un rôle spécifique. L'infirmier assure le suivi de l'état de santé, la gestion des traitements et la prévention des complications médicales (HAS, 2018). Le psychologue contribue à l'évaluation des troubles cognitifs et émotionnels, et propose des interventions adaptées pour réduire l'anxiété ou l'agitation (Fondation Médéric Alzheimer, 2021). Les aides-soignants accompagnent la personne dans les activités de la vie quotidienne, en apportant une aide relationnelle et sécurisante. Enfin, les psychomotriciens, art-thérapeutes ou musicothérapeutes interviennent dans la stimulation sensorielle et corporelle, favorisant la communication non verbale et le maintien du lien social (Fonteix, 2016 ; Hugonot-Diener & Martin, 2012).

Dans cette dynamique, l'ergothérapeute joue un rôle transversal. Comme le rappelle l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) (2024), il évalue l'interaction entre la personne, ses occupations et son environnement, afin de proposer des interventions adaptées aux besoins fonctionnels et relationnels. Ce rôle prend tout son sens lorsqu'il travaille en binôme avec les autres professionnels :

- Avec le psychologue pour ajuster les activités en fonction des troubles du comportement.
- Avec les infirmiers pour sécuriser les soins ou encore avec les aides-soignants pour adapter les gestes de la vie quotidienne.

Cette collaboration interprofessionnelle garantit la cohérence du projet personnalisé et permet une meilleure continuité entre soins, stimulations et accompagnements (HAS, 2018 ; Fondation Médéric Alzheimer, 2021).

Afin de comprendre la dynamique de stimulation et de maintien proposée en accueil de jour, il est essentiel d'identifier le rôle de chaque professionnel, en portant une attention particulière à celui de l'ergothérapeute.

3. L'ergothérapeute en accueil de jour Alzheimer

Selon le guide de la HAS sur l'accompagnement des patients atteints de troubles neurocognitifs (2018), l'ergothérapeute en accueil de jour a pour mission d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne à travers des mises en situations, permettant de repérer les difficultés, mais aussi l'autonomie conserver dans les activités de vie quotidienne (cuisine, habillage).

Il participe activement à l'élaboration du projet personnalisé du patient, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, la famille et les aidants. Son rôle est donc autant thérapeutique qu'éducatif et coordonnateur. Il propose des conseils pratiques aux proches, des recommandations pour l'aménagement au domicile, ou encore des pistes d'adaptation aux troubles du comportement, qui viennent fréquemment perturber la réalisation des soins personnels (HAS, 2018 ; Fondation Médéric Alzheimer, 2021).

Ainsi, au-delà de seulement effectuer des ateliers, l'ergothérapeute contribue à donner une cohérence aux interventions de l'équipe, en orientant les activités vers le maintien des capacités fonctionnelles utiles au quotidien. Cette perspective permet de mieux comprendre les objectifs spécifiques poursuivis dans l'accompagnement ergothérapique.

Après avoir vu le rôle de l'ergothérapeute de manière générale, il est essentiel de s'intéresser aux objectifs concrets poursuivis par l'ergothérapeute en accueil de jour.

3.1 Les objectifs de l'intervention en ergothérapie en accueil de jour: maintien et stimulation

Les objectifs de l'ergothérapeute en accueil de jour sont directement liés au maintien de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Selon la HAS (2011, 2018), ils se déclinent principalement autour de 4 axes:

- Soutenir l'autonomie dans les soins personnels: l'ergothérapeute cherche à préserver l'autonomie dans la toilette, l'habillage ou la prise des repas, malgré les limitations d'activités induites par les troubles cognitifs et comportementaux. Des stratégies de simplification des séquences d'action, l'utilisation de repères visuels ou l'adaptation des tâches permettent de compenser ces difficultés (HAS, 2011).
- Stimuler les fonctions cognitives et motrices: les ateliers de groupe et mises en situation visent à renforcer les fonctions cognitives (mémoire procédurale, attention, planification) et les fonctions motrices, pour ralentir le déclin et soutenir la participation sociale (HAS, 2018).
- Adapter l'environnement: l'ergothérapeute agit sur les facteurs environnementaux en aménageant les espaces de vie, en proposant des aides techniques ou des repères sensoriels. Ces ajustements réduisent les obstacles et facilitent la réalisation des soins personnels et la participation à la vie collective (Fondation Médéric Alzheimer, 2021).
- Soutenir les aidants: en partageant les stratégies utilisées et en expliquant les comportements du patient, l'ergothérapeute renforce les compétences des aidants et réduit leur charge, tout en favorisant une continuité des adaptations entre l'accueil de jour et le domicile (France Alzheimer, 2016).

Ces objectifs montrent que l'ergothérapie vise à compenser les limitations d'activités et à soutenir la participation, en tenant compte des facteurs environnementaux et des spécificités comportementales de chaque patient. Pour être ciblée, cette intervention repose sur une évaluation approfondie des besoins et des capacités.

3.1.1 L'évaluation des besoins et des capacités: une étape centrale

L'évaluation ergothérapique va permettre de connaître le niveau d'autonomie du patient: pour cela il peut s'appuyer sur des modèles comme la CIF en mettant en évidence les fonctions altérées (les fonctions mnésiques ou exécutives), les limitations d'activités (dans les AVQ, en particulier les soins personnels) et les restrictions de participation (refus de participer à un atelier ou retrait social).

L'ergothérapeute s'appuie sur des outils normés tels que le Mini-Mental State Examination (MMSE) (Annexe IV) pour les fonctions cognitives, l'échelle de l'Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources (AGGIR) pour le niveau de dépendance ou la grille AVQ (KATZ) pour les soins personnels (HAS, 2011). Ces évaluations sont complétées par des observations en situation réelle (repas, toilette simulée, atelier de cuisine), qui permettent d'identifier comment les troubles du comportement (agitation, refus, apathie) se traduisent en obstacles concrets à la réalisation des soins personnels (Fondation Médéric Alzheimer, 2021).

Cette évaluation inclut aussi les facteurs environnementaux: aménagements du domicile, soutien familial, ressources disponibles. Elle devient ainsi un outil de planification du projet personnalisé, visant à renforcer les facteurs facilitateurs et à réduire les obstacles. Ce processus dynamique permet de suivre l'évolution de la maladie et d'adapter en continu les interventions, en limitant autant que possible le recours aux traitements médicamenteux (HAS, 2011 ; OMS, 2001).

3.2 L'intervention de l'ergothérapeute

L'intervention de l'ergothérapeute auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de stade 6 repose sur la mise en place de moyens, outils et stratégies visant à soutenir la réalisation des soins personnels malgré la présence des troubles cognitifs et comportementaux.

La mémoire procédurale étant relativement préservée dans la maladie d'Alzheimer, il est essentiel d'instaurer des séquences répétitives pour les soins personnels. En répétant les gestes dans un environnement familier, et en guidant l'action par imitation ou en amorçant les premiers gestes, l'ergothérapeute favorise l'exécution automatique des soins, notamment l'habillage, la toilette et la prise des repas (Hugonot-Diener & Martin, 2012).

Par ailleurs, l'ergothérapeute s'appuie sur des adaptations environnementales afin de réduire les limitations d'activités et améliorer la participation. En structurant l'espace et en renforçant la lisibilité des lieux et des objets du quotidien, l'ergothérapeute diminue le sentiment de perte d'autonomie à l'origine de comportements agressifs ou agités (HAS, 2018). Ces ajustements environnementaux facilitent l'orientation du patient et réduisent son anxiété face aux activités de la vie quotidienne et favorisent une meilleure coopération du patient.

Les interventions incluent également des médiations sensorielles. L'écoute de musique apaisante pour la toilette ou l'utilisation de textiles doux pour éviter les sensations désagréables, peuvent améliorer la coopération du patient et réduire son agitation (Fonteix, 2016). Ces approches font le lien avec les interventions non médicamenteuses recommandées par la HAS (2018), visant à préserver la qualité de vie et la dignité de la personne.

Ainsi, l'ergothérapeute construit des stratégies spécifiques pour maintenir la participation de la personne aux soins personnels, malgré les troubles cognitifs et comportementaux.

3.3 Lien avec les aidants

L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en accueil de jour ne peut être fait sans porter une attention particulière aux aidants familiaux. Selon la HAS (2014), le soutien des aidants constitue un axe central de la prise en charge, car leur compréhension des troubles permet de faciliter les soins effectués au domicile.

L'ergothérapeute joue un rôle clé dans cette transmission de connaissances. D'une part, il transmet les stratégies de communication adaptées, telles que l'utilisation de phrases simples, d'un ton rassurant et de reformulations, afin de favoriser la collaboration lors des soins personnels (Hugonot-Diener & Martin, 2012). D'autre part, il propose des ateliers de sensibilisation permettant aux aidants de mieux comprendre les troubles cognitifs et comportementaux, et ainsi de pouvoir mieux s'adapter lors des situations de stress ou de frustration (ARS ile-de-France, 2024).

Les rapports récents montrent que les aidants expriment un besoin accentuer de soutien et de temps de répit. Le rapport annuel de France Alzheimer (2023) montre que la demande d'espaces de repos et de relais de prise en charge reste l'une des préoccupations principales. En soutien, l'ergothérapeute contribue à identifier et à orienter les aidants vers les structures de ressources adaptées telles que (accueils de jour, plateformes de répit, associations).

Au sein de l'accueil de jour, l'ergothérapeute participe également à la formation continue des soignants. Par des mises en situations, des analyses de pratiques ou des transmissions qui sensibilisent les soignants aux situations problématiques que rencontreront les patients, ce qui les aidera à ajuster leurs soins (Rousseau, 2018). Cette dimension collaborative assure une continuité dans les stratégies mises en place et réduit le risque d'épuisement des proches et des soignants.

Ainsi, le lien avec les aidants, qu'ils soient familiaux ou professionnels, participe à l'objectif global de l'ergothérapie: maintenir la participation de la personne dans ses soins personnels, tout en permettant de développer un réseau d'accompagnement autour de la personne.

Grâce à l'analyse de ce cadre conceptuel, nous avons pu évoquer la maladie d'Alzheimer avec les troubles de la communication ainsi que les troubles du comportement qui en découlent. Après avoir identifié le rôle de

l'ergothérapeute au sein de l'accueil de jour et comment agit-il pour soutenir l'autonomie des patients alzheimer, j'ai émis l'hypothèse suivante:

L'intervention de l'ergothérapeute en accueil de jour, par l'adaptation de l'environnement, permet de réduire les troubles du comportement sur les soins personnels et de favoriser l'autonomie des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade 6.

Afin de pouvoir vérifier mon hypothèse, je vais présenter ma méthodologie d'enquête.

Partie 2: Méthodologie d'enquête

4. La Méthode de recherche

4.1 Méthode de recherche

Pour répondre à ma question de recherche: En quoi l'intervention de l'ergothérapeute, travaillant en accueil de jour, peut-elle favoriser l'autonomie dans les soins personnels chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de stade 6 présentant des troubles du comportement ?

J'ai choisi d'utiliser une méthode qualitative en m'appuyant sur un entretien semi-directif.

L'approche qualitative me paraît pertinente, car elle permet de développer les expériences, les stratégies et les représentations mises en place par les ergothérapeutes (Paillé & Mucchielli, 2021). Mon choix s'est également porté sur l'entretien semi-directif, car je peux développer mon questionnement autour des thématiques abordées. Cette souplesse permet aux professionnels interrogés d'avoir un cadre et pour moi de récolter des informations plus précises sur une thématique en particulier (Blanchet & Gotman, 2010). Cette flexibilité est essentielle pour saisir comment les ergothérapeutes interviennent face aux troubles du comportement, qui peuvent être influencée par l'environnement, le patient et les aidants.

Contrairement aux questionnaires et sondages qui sont des outils de recherche se basant plus sur des données quantitatives et ne permettant de développer les réponses, l'entretien semi-directif permet d'avoir un discours nuancé et contextualisé (Blanchet & Gotman, 2010). Il permet d'intégrer des questions ouvertes et un échange interactif avec l'ergothérapeute où il pourra développer ses idées et son argumentaire autour de la question posée (Imbert, 2010). Cela lui permettra également d'évoquer des exemples concrets, qui lui sont arrivés durant sa pratique professionnelle afin de mieux illustrer ses réponses.

4.2 Typologie de l'entretien et construction de l'outil

Afin d'explorer le rôle des ergothérapeutes en accueil de jour, j'ai élaboré un guide d'entretien (Annexe V). Celui-ci comporte les thématiques principales (soins personnels, troubles du comportement, stratégies d'adaptation, lien avec les aidants) et des questions ouvertes permettant de recueillir des données probantes et détaillées.

Critères d'inclusion:

- Etre ergothérapeute diplômée d'état
- Travaillant ou ayant travaillé en accueil de jour
- Prendre ou avoir pris en charge des patients alzheimer de stade 6

- Ayant une expérience dans la prise en charge des troubles du comportement et des difficultés de compréhension

Critères d'exclusion:

- Ergothérapeutes n'étant pas sensibiliser aux troubles du comportement associés aux difficultés de compréhension
- Ergothérapeute n'ayant jamais travaillé en accueil de jour

4.3 Mode de contact et passation des entretiens

Pour identifier les ergothérapeutes présents aux seins des accueils de jour, j'ai recherché l'ensemble des accueils de jours recensé en France sur "Google Maps" ou sur le site de la "République Française pour les personnes âgées". J'ai contacté 77 accueils de jour par téléphone et 26 par mail. Dans un premier temps je me présentais, par la suite j'exposais les objectifs de ma recherche en précisant que je souhaitais m'entretenir avec des ergothérapeutes exerçant en accueil de jour auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade 6.

Suite aux différentes réponses obtenues, j'ai pu réaliser 5 entretiens: 3 en visioconférence via "Zoom" et 2 par appels téléphoniques. En amont de chaque entretien, j'ai transmis au préalable mon formulaire de consentement (Annexe VI) à remplir, signer et à renvoyer avant l'entretien convenu.

4.4 Critique de la méthode

Le recours aux entretiens semi-directifs présente plusieurs points forts. Cette méthode qualitative permet d'obtenir des données détaillées et précises, en lien direct avec les pratiques et expériences des ergothérapeutes en accueil de jour (Paillé & Mucchielli, 2021). D'autre part, elle favorise l'exploration de thématiques précises, comme les troubles du comportement, en laissant une

place à la subjectivité et à l'illustration grâce à des cas concrets. Enfin, la souplesse d'un entretien semi-directif facilite l'interactivité, les relances et l'adaptation du questionnement en fonction du discours (Blanchet & Gotman, 2010).

Toutefois, cette méthode comporte des limites. Le nombre d'entretiens (5), ne représente pas la vision de tous les ergothérapeutes. Si les données recueillies offrent des éléments d'analyse intéressants, elles ne permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble des ergothérapeutes (Livingstone et al, 2020).

Un autre élément limitant concerne la disponibilité des ergothérapeutes contactés. En effet, certains ergothérapeutes contactés n'étaient pas disponibles durant la période où j'effectuais mes entretiens. Cette contrainte réduit la diversité des profils interrogés et peut avoir exclu des points de vue potentiellement différents, notamment ceux de professionnels moins disponibles mais confrontés à d'autres réalités sur le terrain (Silverman, 2020).

Partie 3: Analyse

5. Analyse des résultats

5.1 Présentation des personnes interrogées

Cette partie a pour but d'analyser, les réponses obtenues des ergothérapeutes, durant les 5 entretiens.

Les résultats ont été retranscrits en intégralité en respectant l'anonymat des personnes interrogées et de la structure dans laquelle elle exerce. Le nom des ergothérapeutes qui ont participé aux entretiens a été remplacé par la lettre "E" suivi d'un chiffre.

L'analyse des résultats est présentée selon les différents thèmes abordés lors des entretiens. Toutes les réponses obtenues par les 5 ergothérapeutes sont présentées.

5.1.1 Présentation des ergothérapeutes interrogés

La première ergothérapeute (E1) est âgée de 30 ans, elle est diplômée depuis 2019 et travaille à l'accueil de jour à temps plein depuis 2019.

La seconde ergothérapeute (E2) est âgée de 22 ans, elle est diplômée depuis 2023, c'est la 1ère fois qu'elle travaille en accueil de jour, elle y travaille depuis septembre 2024, elle travaille à $\frac{3}{4}$ sur l'EHPAD (35 Heures), et à $\frac{1}{4}$ sur l'accueil de jour (6 Heures environ voir plus si remplacement).

La troisième ergothérapeute (E3) est âgée de 21 ans, elle est diplômée depuis Juin 2024, cela fait 8 mois qu'elle travaille à l'accueil de jour, elle y intervient 1 jour et demi par semaine, elle intervient également 1 journée par mois en habitat inclusif et 2 journées en EHPAD.

La quatrième ergothérapeute (E4) est âgée de 31 ans, elle est diplômée depuis 2015, elle travaille à temps plein à l'accueil de jour depuis 8 ans, elle a commencé en 2017.

La cinquième ergothérapeute (E5) est âgée de 27 ans, elle est diplômée depuis 2019, elle travaille depuis 1 an et demi à l'accueil de jour à temps partiel, elle intervient une heure par jour.

5.2 Analyse des résultats

1. Le rôle de l'ergothérapeute en accueil de jour

Nous pouvons remarquer que les ergothérapeutes n'exercent pas tous à temps plein en accueil de jour. E1 et E4 sont à temps plein tandis que E2 n'est présent que 6 heures par semaine, E3 travaille 1 journée et demi par

semaine à l'accueil de jour, et E5 et à temps partiel elle intervient 1 heure par jour à l'accueil de jour. Cette différence du temps de présence impacte directement la possibilité de réaliser certaines missions, comme le suivi des acquis. Toutefois, plusieurs objectifs communs ressortent des différents entretiens menés.

L'ensemble des ergothérapeutes souligne que la mise en place d'ateliers thérapeutiques constitue un rôle central. Ces ateliers visent principalement la stimulation cognitive, motrice et sensorielle, dont l'objectif est de maintenir les capacités des personnes accueillies.

E1, E3 et E4 insistent sur l'importance de varier les stimulations (cognitives, motrices). E4 va plus mettre en avant des médiations sensorielles avec de la musique ou de la médiation animale. E2 malgré un temps réduit, propose des parcours moteurs, tandis que E3 met en place un jardin thérapeutique et des ateliers cuisine. E5 oriente ses interventions vers le travail cognitif, souvent par des mises en situation en lien avec la cuisine.

E4 quant à elle, organise des ateliers cognitifs par groupes de niveau selon le stade de la maladie, permettant une meilleure adaptation des capacités des patients.

b. Accompagnement dans les activités de la vie quotidienne

L'accompagnement des AVQ constitue un autre axe majeur. D'après E1 et E4 les patients accueillis ont des repères horaires pour chaque moment de la journée afin qu'ils ne soient pas déboussolés (accueil, collation, repos, activité). Cette organisation structurée contribue à maintenir des repères spatio-temporels. E4 insiste sur le fait que la répétition de ces séquences favorise le maintien de leur autonomie. A l'inverse, la présence limitée de E2 et de E5 restreint leur implication dans ces AVQ.

c. Réalisation de bilans et évaluations fonctionnelles

La passation des bilans est également essentielle, mais elle varie selon les

ergothérapeutes.

E1 et E4 réalisent des bilans réguliers (à l'entrée et au cours du suivi) afin de mesurer l'évolution des capacités. Elles utilisent notamment le MMSE, le BME ou le Tinetti.

E3 effectue également des bilans cognitifs et moteurs, mais effectue également des évaluations psychologiques en raison de l'absence de la psychologue de la structure.

E2 se limite à des informations informelles (durant la prise des repas ou durant les activités) ou au recours à la grille AGGIR, ce qui limite la précision de l'analyse.

La seule ergothérapeute faisant passer un bilan en lien avec les troubles du comportement est E4, suite aux conseils de la neuropsychologue. Ce bilan permet de balayer "un peu tous les troubles du comportement et la répercussion que ça peut avoir sur la charge de travail", qui est un avantage comparé aux autres ergothérapeutes. En effet, il permet d'évaluer le niveau de manifestation des troubles, la répétition d'apparition des troubles, le temps afin de pouvoir ramener la personne au calme. C'est un bilan très complet qui permet à E4 "de mettre des mots sur les comportements" et la validation de ce bilan est un critère essentiel de sortie pour le patient.

Enfin, E1 est la seule à réaliser occasionnellement des visites à domicile, ce qui lui offre un regard complémentaire sur les capacités dans l'environnement habituel du patient.

d. Lien avec la famille, les aidants et l'équipe pluridisciplinaire

Les ergothérapeutes soulignent leur rôle important en tant que médiateur entre les aidants, la famille et l'équipe pluridisciplinaire.

Auprès des aidants, différentes interventions vont être mises en place. Pour tous les ergothérapeutes des réunions sont mises en place pour les aidants afin de les soutenir et conseiller dans la prise en charge du patient atteint de

la maladie d'Alzheimer. Ces réunions peuvent être faites à travers des activités comme le "café des aidants" pour E1, des réunions hebdomadaires pour E4.

Cependant, les ergothérapeutes ne voient pas forcément tout le temps les aidants comme nous le montrent E5 et E2, où la transmission d'informations avec les aidants se fait via un cahier de liaison. E5 met en avant le fait que ce n'est pas forcément évident d'avoir le lien avec toutes les familles, de ce fait le suivi des acquis à domicile est plus compliqué à mettre en place.

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire les ergothérapeutes E1, E3 et E4 travaillent en collaboration avec des assistantes de soins en gériatrie (ASG) pour effectuer leurs ateliers.

Pour E4, elle est assistée d'une infirmière coordinatrice, d'une ASG et d'une aide-soignante (AS) lors du bilan d'entrée des patients.

E4 souligne également l'importance du rôle du médecin traitant et du médecin coordinateur dans l'évaluation de la pertinence de la poursuite du suivi. Selon l'évolution du comportement de la personne accueillie et l'efficacité du traitement en cours, les médecins sont amenés à décider si l'accueil de jour reste adapté ou s'il convient d'envisager une autre orientation.

2. Adaptation de l'intervention face aux troubles du comportement et difficultés de compréhension

a. Adaptation de la communication

Tous les ergothérapeutes E1, E2, E3, E4 et E5 s'accordent sur le fait qu'il faut simplifier sa communication lorsque la personne ne comprend pas les consignes. Que se soit sur le plan verbal grâce à des phrases courtes, des consignes simples et un ton rassurant ou également avec du non verbal qui est plus utilisé chez E1, E3 et E5 avec le fait de mimer l'action demander. On retrouve également l'utilisation de pictogrammes pour faciliter la

compréhension des étapes pour se laver les mains chez E3.

La répétition des consignes est également jugée comme primordiale. Comme l'expriment E1 et E3, la mémoire immédiate des patients est altérée, ce qui impose de reformuler fréquemment. Cette répétition est essentielle pour maintenir l'autonomie.

b. Adaptation face aux troubles du comportement

Les troubles du comportement cités par les ergothérapeutes sont variés : agressivité, agitation, apathie, déambulation, désinhibition, troubles du comportement alimentaire ou encore anxiété.

Les ergothérapeutes E1 et E3, insistent sur le fait d'être disponible émotionnellement et d'adopter une écoute active pour le patient lors d'un moment d'agressivité. L'une des premières choses va être d'isoler le patient, prendre en compte son énervement, et essayer de le canaliser quitte à ce qu'il ne participe pas à son activité comme l'a précisé E1.

E2 et E3 soulignent également l'importance du travail en équipe. Lorsque la situation dépasse leurs compétences, elles n'hésitent pas à solliciter l'aide d'une collègue ou de l'EHPAD rattaché. E4 précise qu'elle isole le patient lors de grosse crise lors d'une activité en groupe afin que son comportement n'ait pas une répercussion sur les autres. E5 au contraire, préfère instaurer des pauses régulières pour réduire les stimulations avant que la crise ne se produise.

Enfin, les ergothérapeutes mentionnent l'influence de l'environnement dans l'émergence des troubles: bruit excessif, la luminosité, l'agitation au sein du groupe. E3 et E5 essaient d'adapter l'environnement aux besoins des patients, E5 essaye de placer les patients dans un environnement avec le moins de stimulation (bruits, lumière, objets, groupe). E3 essaye de canaliser les patients à travers des médiations sensorielles, comme avec des balles anti-stress ou de la musique douce.

L'adaptation repose donc à la fois sur une communication simplifiée, une

gestion individualisée des troubles et un ajustement de l'environnement.

3. Répercussions sur l'autonomie dans les soins personnels

a. La prise des repas: le soin personnel le plus impacter en accueil de jour

Tous les ergothérapeutes reconnaissent que le repas est le soin personnel le plus impacté. Les TCA se traduisent par des comportements inadaptés:

E3 prend l'exemple d'une patiente prenant l'ensemble du fromage pour elle seule, tandis qu'E4 évoque des situations d'agitation ou de refus liés à la proximité avec d'autres patients lors de la prise des repas.

A l'inverse, l'apathie nécessite une stimulation constante, comme l'indiquent E1, E3 et E5: sans stimulations verbales ou gestuelles, certains patients restent passifs et ne s'alimentent pas.

Pour limiter les difficultés liées à la prise des repas, des aides techniques sont mises en place (assiettes à rebord, couverts adaptés) et le positionnement lors de la prise est proposé par E1 et E5.

Selon E2, plusieurs patients nécessitent une aide humaine totale pour l'alimentation. Avec certains patients, elle place directement la fourchette dans la main du patient afin de stimuler le geste pour amener la fourchette à la bouche.

b. L'habillage et la toilette: des évaluations plus limitées en accueil de jour

Contrairement au repas, l'habillage et la toilette sont rarement réalisés en accueil de jour, car les patients sont habillés et ont effectué leur toilette avant leur arrivée. Les évaluations se font donc principalement au domicile (E1) ou lors de situations ponctuelles (mettre un manteau avant de partir).

Cependant certains comportements influencent directement ces soins: E4

rapporte que certains patients lors de leur arrivée à l'accueil de jour refusent de retirer leur manteau, en raison d'une perception erronée de la température.

c. Les routines dans le maintien de l'autonomie

Les routines sont un levier essentiel pour compenser les troubles. E4 souligne que les horaires fixes pour les repas, la sieste ou les activités limitent l'anxiété et favorisent la participation. De même, les séquences ritualisées (se laver les mains, débarrasser la table) renforcent les automatismes.

4. Transmission des acquis à domicile

a. Le rôle des aidants dans le transfert des acquis

Tous s'accordent sur l'importance des aidants comme relais principaux. Il y a plusieurs moyens de maintenir un lien avec la famille pour essayer de mettre en place les acquis à domicile. On retrouve principalement des réunions ou des activités types "café des aidants" que l'on retrouve chez E1, E3 et E5. E1 et E5 ont également la possibilité de discuter directement avec les membres de la famille ce qui est un facilitateur pour le transfert des acquis.

E5, en revanche, met en avant les limites de ce lien, qui est limité à travers la transmission d'informations grâce à un carnet de liaison ou aux échanges avec l'infirmière coordinatrice.

E3 met en garde sur le surinvestissement des aidants, qui par peur que le patient "fasse mal", réalisent parfois les tâches à la place du patient, empêchant ainsi la mise en place des acquis.

b. Les outils de transmission

Divers moyens sont utilisés: carnet de liaison (E5), flyers et supports visuels (E1, E5), appels téléphoniques ou échanges directs (E1, E3). E3 mentionne également la création d'un livre de vie, rassemblant des photos et repères personnels, qui sert de support à la fois pour le patient et pour la famille.

c. Les limites

E2 du fait de son temps d'intervention réduit en accueil de jour, estime que cela ne permet pas un maintien suffisant des acquis au domicile. E5 évoque également la dépendance aux autres professionnels de santé pour assurer ce suivi de transmission des acquis. Enfin tous reconnaissent que l'absence de visites à domicile limite la possibilité d'observer si les acquis sont appliqués au domicile.

Si le transfert des acquis est unanimement reconnu comme essentiel, il reste limité par le temps d'intervention, la qualité du lien avec la famille et la capacité des aidants à accompagner sans faire à la place des patients.

Après avoir analysé les propos recueillis auprès des ergothérapeutes autour des différentes thématiques identifiées, nous allons confronter ces résultats au cadre conceptuel et aux données issues de la littérature afin de valider ou non notre hypothèse.

6. Discussion

Après avoir analysé les entretiens, nous allons confronter les idées théoriques du cadre conceptuel avec les arguments apportés par les ergothérapeutes

6.1 Le rôle de l'ergothérapeute en accueil de jour: entre vision professionnelle et réalité du terrain

a. Conception et animation d'ateliers thérapeutiques

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés s'accorde à dire que les ateliers thérapeutiques constituent un point central de leur intervention. Ces ateliers

permettent de travailler différentes capacités cognitives, motrices ou sensorielles et visent à maintenir les capacités fonctionnelles.

Cette vision est en cohérence avec les recommandations de la HAS (2011, 2018), qui insiste sur l'importance d'activités adaptées et significatives dans la prise en charge non médicamenteuse des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Robert et al. (2014) confirment également que la stimulation régulière, notamment cognitive, contribue à ralentir le déclin et à soutenir l'autonomie.

Les propos de E1, E3 et E4, mettent en avant l'importance d'une stimulation variée, allant des ateliers cognitifs aux médiation sensorielle (musique, médiation animale). Ces pratiques sont cohérentes avec les travaux de Fonteix (2016), qui démontrent que les médiations artistiques et sensorielles favorisent le contrôle des troubles du comportement et renforcent le lien social.

Cependant, les entretiens montrent des différences entre les intentions thérapeutiques et les possibilités réelles données par le temps de présence à l'accueil de jour. Les professionnels à temps partiel (E2, E2, E5) soulignent leurs difficultés à assurer un suivi régulier, ce qui limite la continuité et l'efficacité des prises en charge. Le travail à temps partiel limite fortement leur capacité à assurer un suivi individualisé ou à réévaluer régulièrement les capacités des patients. Comme le rappellent Hugonot-Diener et Martin (2012), la répétition et la régularité des stimulations sont essentielles pour ancrer des routines procédurales et compenser les déficits mnésiques.

E4 précise également quel organisme des ateliers en fonction des niveaux de la maladie, en constituant des groupes homogènes. Cette approche correspond aux préconisations de la Fondation Médéric Alzheimer (2021), qui recommande d'adapter les activités en fonction des capacités cognitives et fonctionnelles afin de favoriser une participation optimale.

Ainsi, l'irrégularité du temps de présence constitue un obstacle majeur à l'efficacité des ateliers, et donc à la réalisation de l'objectif central: soutenir l'autonomie dans les soins personnels.

Ainsi, le rôle de l'ergothérapeute en accueil de jour dépasse la simple animation d'atelier et s'inscrit dans une démarche globale d'accompagnement intégrant la stimulation, l'évaluation et le transfert des acquis vers le domicile.

b. L'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne

Plusieurs ergothérapeutes (E1, E4) décrivent l'accompagnement des patients dans les activités de la vie quotidienne, notamment à travers des repères temporels et des routines (repas, tâches ménagères, moments de repos). Le fait de rythmer la journée par des activités régulières contribue à maintenir une orientation temporelle et réduit le risque d'apparition de troubles du comportement, comme l'ont montré Kales, Gitlin et Lyketsos (2015).

Cependant, le temps de présence partielle limite l'accompagnement dans ces AVQ. E2 et E5 rapporte ne pas pouvoir effectuer l'ensemble de la journée, Ce qui les empêche d'accompagner les patients dans tous les soins personnels point cette contrainte organisationnelle mais en lumière il limite déjà souligné par la littérature : la continuité et la répétition des activités sont indispensables pour favoriser l'autonomie (HAS, 2018). Ces résultats révèlent ainsi une tension entre les missions attendues et la réalité des moyens disponibles en accueil de jour.

c. Réalisation de bilans et évaluations fonctionnelles

Les entretiens montrent une grande variabilité dans la passation de bilan. E1, E3 et E4 utilisent des outils standardisés tels que le MMSE, le BME ou le Tinetti, tandis que E2 n'a recours qu' à la grille AGGIR. Cette différence créer un contraste avec les recommandations de la HAS (2011), qui préconisent une évaluation systématique et structurée des fonctions cognitives, motrices et de l'autonomie dans les AVQ.

La seule ergothérapeute faisant passer un bilan en lien avec les troubles du comportement est E4, suite aux conseils de la neuropsychologue. Ce qui lui permet de mieux comprendre l'impact fonctionnel des troubles sur la charge

de travail et l'adaptation des activités. Cet usage rejoint les recommandations de Cerejeira et al. (2012), qui soulignent la nécessité de caractériser précisément les troubles du comportement pour adapter les stratégies non médicamenteuses. E4 est également la seule à utiliser l'échelle de KATZ, permettant d'évaluer les soins personnels.

d. Lien avec les aidants et l'équipe pluridisciplinaire

Les ergothérapeutes interrogés insistent sur le rôle de médiateur entre les patients, la famille/aidants et l'équipe pluridisciplinaire. Ils organisent des réunions d'information ou des temps de soutien comme les "cafés des aidants", confirmant l'importance de cette dimension relevée par la HAS (2014). Toutefois, certains (E2, E5) soulignent que la communication avec les aidants se fait parfois uniquement via un cahier de liaison, ce qui limite la transmission des acquis. Or, France Alzheimer (2023) rappelle que les aidants expriment un besoin fort de conseils pratiques, ce qui souligne un décalage entre les attentes et les pratiques observées.

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, la collaboration apparaît essentielle. E1, E3 et E4 travaillent avec des assistantes de soins en gériatrie (ASG) pour les ateliers, et E4 mentionne l'importance du médecin coordinateur dans l'orientation des patients. C'est pratique s'inscrivent dans la logique décrite par la HAS (2018) deux points l'articulation des compétences de l'équipe permet d'assurer la cohérence du projet personnalisé. néanmoins, l'absence de certains professionnels comme (un psychologue dans le cas d'E3) conduit à une surcharge des missions de l'ergothérapeute, qui doit alors assumer des évaluations pour lesquelles il n'est pas initialement formé point cette situation illustre une réalité de terrain deux points malgré l'importance de l'interdisciplinarité, les manques de ressources humaines obligent les ergothérapeutes à compenser, au risque de sortir de leur rôle d'ergothérapeute.

Toutefois, les entretiens mettant en évidence que cette continuité peut être fragilisée par des contraintes organisationnelles, tel que le manque de temps ou le manque d'organisation au sein des équipes. Ce constat révèle un écart

entre les missions attendues et les missions réalisées de l'ergothérapeute dans les recommandations théoriques et les conditions réelles de leur mise en œuvre.

6.2 Adaptation de l'intervention face aux troubles du comportement et difficultés de compréhension

Les résultats des entretiens montrent que tous les ergothérapeutes interrogés adaptent leur communication et leurs interventions face aux difficultés de compréhension et troubles comportementaux.

L'utilisation de phrases simples, de gestes ou de pictogrammes (E1, E3, E5) rejoint les recommandations de la HAS (2018), qui rappellent que la simplification et l'adaptation du langage sont indispensables pour réduire les troubles du comportement.

Tableau 1: Les Troubles du comportement cités par les ergothérapeutes

	Ergothérapeutes					Présence
Troubles du comportement	E1	E2	E3	E4	E5	
Apathie	X		X		X	60%
Agressivité	X	X	X	X	X	100%
Anxiété				X		20%
Agitation	X			X	X	60%
Déambulation	X	X	X			60%
Dépression				X		20%

Désinhibition			X			40%
Hallucination				X		20%
Idées délirantes				X		20%
TCA			X	X		40%

Ce tableau montre les différents troubles du comportement rencontrés par les ergothérapeutes, bien que tous aient été confrontés à ces troubles, on peut voir que chaque ergothérapeutes n'as pas fait face aux mêmes troubles.

L'agressivité est rapportée par l'ensemble des ergothérapeutes, cela confirme sa présence quasi présente au stade 6 de la maladie d'Alzheimer (Lyketsos et al, 2011).

L'apathie, l'agitation et la déambulation apparaissent dans 60% des cas, tandis que d'autres troubles comme la désinhibition, les troubles du comportement alimentaire (TCA), les hallucinations ou les idées délirantes ne concernent qu'une partie plus restreinte des ergothérapeutes (20 à 40%).

Cette hétérogénéité des manifestations rejoint les observations de (Cerejeira et al, 2012), qui rappellent que les troubles du comportement sont multiples et s'expriment différemment selon les patients.

La gestion des troubles du comportement apparaît également comme un enjeu majeur. Les ergothérapeutes décrivent des situations d'agressivité, d'agitation, de déambulation ou d'apathie, en cohérence avec la prévalence rapportée par Lyketsos et al. (2011). Les stratégies rapportées par les ergothérapeutes sont:

- L'isolement temporaire
- les médiations sensorielles
- Ajustements environnementaux

Ces stratégies rejoignent les interventions non médicamenteuses que l'on retrouve dans la littérature (Cerejeira et al. 2012 ; Fonteix, 2016).

Cependant, les avis diffèrent selon les ergothérapeutes: E4 insiste sur l'isolement du patient lors des crises, alors que E5 privilégie l'aménagement de l'activité et des pauses pour maintenir l'engagement. Ces différences reflètent la nécessité d'une adaptation différente en fonction du profil de

patient, mais montrent également l'absence d'harmonisation des pratiques entre structures.

De plus, l'importance donnée à l'environnement par plusieurs ergothérapeutes (E3, E5), met en évidence le rôle des facteurs environnementaux dans la limitation ou la facilitation des activités (OMS, 2001). Les ajustements tels que les repères visuels ou la réduction des stimulations sonores permettent de compenser certaines limitations d'activité et de réduire les comportements inadaptés. Ainsi, les résultats des entretiens confirment la pertinence d'approches centrées sur l'interaction entre la personne et son environnement, mais montrent également des inégalités dans leur application, en lien avec les ressources disponibles au domicile du patient.

6.3 Répercussions sur l'autonomie dans les soins personnels

L'un des points cruciaux des entretiens est que les soins personnels les plus impactés par la maladie d'Alzheimer au stade 6 sont principalement la prise des repas, suivie de la toilette et de l'habillage, qui sont plus souvent observés au domicile. La CIF classe ces activités dans les soins personnels essentiels (s'habiller, se laver, manger). Les troubles du comportements comme l'agressivité, l'agitation ou l'apathie perturbent directement ces activités, confirmant les résultats de Peters et al. (2015) et de Kales et al. (2015), qui soulignent que ces troubles constituent des obstacles majeurs à la réalisation de manière autonome des AVQ.

Les ergothérapeutes rapportent par exemple que l'agitation perturbe la prise des repas en groupe (E4), ou que l'apathie empêche toute initiative, nécessitant une stimulation verbale constante (E1, E3, E5). Ces observations rejoignent Robert et al. (2010), qui montrent que l'apathie réduit l'initiative même lorsque les capacités motrices sont préservées. Pendant les repas afin de réduire l'anxiété des aides techniques peuvent être mis en place comme par exemple pour E1 et E5, avec des couverts et verres adaptés.

Cependant, les résultats révèlent une difficulté particulière: la majorité des ergothérapeutes n'ont pas la possibilité d'évaluer directement la toilette et l'habillage en accueil de jour, ces activités étant réalisées au domicile. Cela limite leur capacité à adapter les soins personnels dans leur globalité et cela montre l'importance des visites à domicile, évoquées uniquement par E1. La littérature rappelle que l'adaptation de l'environnement au domicile est un levier essentiel pour compenser les limitations d'activité (HAS, 2018).

6.4 Transmission des acquis à domicile

Comme le stipulent les ergothérapeutes, le transfert des acquis à domicile est un point clé pour le maintien des capacités du patient. Ce transfert des acquis est principalement réalisable grâce aux aidants familiaux.

Cependant, on retrouve des distinctions entre les structures, certaines privilégient les réunions et échanges directs (E1, E3, E5), tandis que d'autres se reposent davantage sur un cahier de liaison (E2, E5). Cette différence reflète une diversité dans la transmission, qui peut fragiliser la continuité des acquis entre l'accueil de jour et le domicile.

Ces résultats font écho aux travaux de France Alzheimer 2023, qui soulignent le besoin exprimé par les familles de bénéficier de conseils concrets et de temps de répit. Il confirme également que le rôle de l'ergothérapeute ne se limite pas à l'accompagnement du patient, mais s'étend à la formation et au soutien des aidants, afin de favoriser une continuité des stratégies (HAS, 2014). Cependant, certains ergothérapeutes (E5) rapportent comme difficulté d'établir un lien direct avec les familles, ce qui réduit la portée des recommandations et limite les stratégies que peuvent mettre en place les aidants. Ce constat rejoint les analyses de Gaugler et al. (2009), qui montrent que le manque de soutien ou de formation des aidants favorise l'épuisement et l'institutionnalisation.

Enfin les résultats montrent que les visites à domiciles restent rares, alors qu'elles constituent un moyen privilégié afin de vérifier le transfert des acquis. Or la littérature insiste sur l'importance d'interventions contextualisées pour assurer la durée des adaptations (HAS, 2018). L'absence de suivi au domicile apparaît donc comme une limite de la structure, qui réduit la portée des interventions qui débutent en accueil de jour.

6.5 Validation ou non de l'hypothèse

Pour rappel, mon hypothèse est:

L'intervention de l'ergothérapeute en accueil de jour, par l'adaptation de l'environnement, permet de réduire les troubles du comportement sur les soins personnels et de favoriser l'autonomie des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade 6.

On ne peut valider que partiellement cette hypothèse. Comme nous l'avons vu dans les entretiens, l'adaptation de l'environnement, bien que essentielle, ne suffit pas à elle seule à garantir l'autonomie dans les soins personnels. Les troubles du comportement comme l'apathie, l'agressivité ou l'opposition demeurent des obstacles majeurs qui nécessitent également des médiations sensorielles, une simplification de la communication et un soutien des aidants. Cependant l'adaptation de l'environnement permet de réduire certains troubles du comportement et à soutenir l'autonomie, mais elle doit être intégrée dans une approche plus globale, ce qui permet de valider partiellement l'hypothèse.

Conclusion

Comme expliqué tout au long de ce mémoire, l'ergothérapeute met en place plusieurs actions afin de favoriser l'autonomie du patient atteint de la maladie d'Alzheimer. On retrouve des ateliers thérapeutiques, l'adaptation de l'environnement matériel et humain, la simplification de la communication et le soutien des aidants. Ces interventions permettent de maintenir certains acquis, de réduire l'impact des troubles du comportement comme l'apathie ou l'agressivité. Et dans certains cas, de restaurer une forme d'autonomie dans les soins personnels.

Cependant, certaines limites empêchent les ergothérapeutes d'être totalement efficaces dans leurs interventions. La présence à temps partiel, l'impossibilité d'observer certains soins personnels directement à l'accueil de jour, ou encore la difficulté de maintenir une continuité entre l'accueil de jour et le domicile.

Ce mémoire d'initiation à la recherche est l'aboutissement de quatre années d'études. Ce travail, a été très enrichissant car il m'a permis de développer mes connaissances sur une maladie dont on entend tous parler mais dont on ne connaît pas vraiment toutes les répercussions. Ce travail m'a également permis de développer mon esprit critique notamment grâce à la confrontation entre les entretiens et la littérature scientifique. J'ai également pris conscience de l'importance de l'ergothérapeute en tant que médiateur, entre le patient, sa famille et l'équipe soignante. Toutes ces nouvelles connaissances, vont m'être très utile pour ma future pratique professionnelle, afin de pouvoir prendre en compte le patient dans son ensemble, et pouvoir adapter la prise en charge.

L'intervention ergothérapique contribue indéniablement au maintien des acquis, cependant elle ne peut être pleinement évaluée ni optimisée sans un regard porté sur le domicile du patient.

En prenant cela en compte, les visites à domiciles sont un moyen encore trop peu utilisé. Elles permettraient, par des mises en situations, d'affiner l'évaluation de l'autonomie réelle, de renforcer la pertinence des préconisations et d'assurer une continuité entre l'accueil de jour et le lieu de vie.

Développer ce type d'intervention semble donc être une perspective à venir, pour mieux accompagner les patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans leur quotidien.

Bibliographie

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. (2016). *Guide pratique pour l'organisation et le fonctionnement des accueils de jour*.
https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/201607_guidePratique.pdf

Alzheimer's Association. (2024). *Stades de la maladie d'Alzheimer*.
<https://www.alz.org/fr/stades-de-la-maladie-d-alzheimer.asp>

ANFE. (2024). *L'ergothérapie au cœur de la vie quotidienne*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

Bherer, L., Belleville, S., & Hudon, C. (2004). Fonctions exécutives et vieillissement normal. *Revue de Neuropsychologie*, 14(4), 195–211.

Black, W., Wimo, A., & Lyketsos, C. G. (2018). The impact of neuropsychiatric symptoms on caregivers and patient outcomes in Alzheimer's disease: A review. *International Psychogeriatrics*, 30(2), 183–196. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002709>

- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Armand Colin.
- Bourgeois, M. (2010). Communication and dementia: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, 14(4), 356–370.
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3(73).
<https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>
- Cheng, S.-T. (2017). Dementia caregiver burden: A research update and critical analysis. *Current Psychiatry Reports*, 19(9), 64. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0818-2>
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423–428.
- Eustache, F., & Desgranges, B. (2008). La mémoire épisodique : De l'imagerie cérébrale aux modèles cognitifs. *Revue Neurologique*, 164(3), 175–182.
- Feast, A., Moniz-Cook, E., Stoner, C., Charlesworth, G., & Orrell, M. (2016). A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. *International Psychogeriatrics*, 28(11), 1761–1774.
<https://doi.org/10.1017/S1041610216000922>
- Fonteix, A. (2016). Effets des groupes de médiation thérapeutique en musicothérapie auprès des personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer. *Revue Francophone de Musicothérapie*, 36(2), 45–58.
- France Alzheimer. (2016). *Soutien aux aidants familiaux*. France Alzheimer.
- France Alzheimer. (2023). *Rapport annuel – Rhône*. France Alzheimer.
- France Alzheimer. (2024). *La maladie d'Alzheimer*.
<https://www.francealzheimer.org/la-maladie-dalzheimer>
- France Alzheimer. (2025). *Troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer*.
<https://www.francealzheimer.org>
- Fryer-Morand, M., Croisile, B., & Trivalle, C. (2008). Syndrome dysexécutif et autonomie dans la maladie d'Alzheimer. *Revue de Gériatrie*, 33(6), 437–446.
- Gaugler, J. E., Yu, F., Krichbaum, K., & Wyman, J. F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Medical Care*, 47(2), 191–198.
- Gzil, J.-F., Petit, S., & Andrieu, S. (2019). Maintenir l'autonomie des personnes atteintes d'Alzheimer en accueil de jour. *Revue Francophone de Gériatrie*, 26(2), 141–148.

HAS. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2011). *Interventions non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer*. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2012). *Organisation de l'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées*. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2014). *Soutien des aidants*. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2018). *Accompagnement des patients atteints de troubles neurocognitifs*. Haute Autorité de Santé.

Hugonot-Diener, L., & Martin, J.-C. (2012). Accueils de jour Alzheimer : Pratiques et perspectives. *Gérontologie et Société*, 35(143), 177–190.

Institut Pasteur. (2023). *Maladie d'Alzheimer*.
<https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/alzheimer>

Inserm. (2019). *La mémoire prospective et ses troubles*. Inserm.

Inserm. (2025). *Maladie d'Alzheimer : Mécanismes et symptômes*. Inserm.

Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350, h369.
<https://doi.org/10.1136/bmj.h369>

Licoudis, D. (s.d.). *Les stades de la maladie d'Alzheimer*.

Livingstone, G., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446.

Lyketsos, C. G., et al. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 168(9), 892–898.

Ministère de la Santé. (2008). *Plan Alzheimer 2008-2012*.

Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins. (2024). *La maladie d'Alzheimer*.

Ministère des Solidarités. (2023). *Rapport sur les aidants familiaux*.

Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale. (2011). *Accueil de jour et vie collective*.

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (2012). *Accueil de jour des personnes âgées dépendantes*.

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2023). *Les aidants en France*.

OMS. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Guide européen de formation médicale*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf

OMS. (2023). *Démence*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Pachana, N. A., et al. (2011). Memory deficits in Alzheimer's disease and their impact on daily functioning. *International Psychogeriatrics*, 23(1), 112–123.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (6e éd.). Armand Colin.

Peters, M. E., et al. (2015). Neuropsychiatric symptoms as predictors of progression to severe Alzheimer's dementia and death. *The American Journal of Psychiatry*, 172(5), 460–465.

Robert, P., et al. (2010). Apathy in patients with Alzheimer's disease. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 16(4), 284–292.

Robert, P., et al. (2014). L'apport des activités de stimulation cognitive et motrice en accueil de jour Alzheimer. *Revue Francophone de Gériatrie*, 21(1), 55–62.

Rousseau, F. (2018). Les troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. *Revue Neurologique*, 174(3), 165–172.

Silverman, D. (2020). *Interpreting qualitative data*. SAGE Publications.

Société Alzheimer Canada. (2012). *Les stades de la maladie d'Alzheimer*.

World Alzheimer Report. (2023). *Continuing to improve diagnosis, care and treatment worldwide*. Alzheimer's Disease International.

Annexes

Annexe I: L'échelle de Reisberg

Annexe II: Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)

Annexe III: ADL et IADL

Annexe IV: Mini Mental State Examination (MMSE)

Annexe V: Guide d'entretien

Annexe VI: Formulaire de consentement

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

Annexe I: L'échelle de Reisberg

Stade 1: Pas de déclin cognitif

- N'éprouve aucune difficulté dans la vie quotidienne.

Stade 2: Déclin cognitif très léger

- Oublie les noms et l'emplacement des objets. • Peut avoir de la difficulté à trouver ses mots.

Stade 3: Déclin cognitif léger

- A de la difficulté à s'orienter dans un endroit inconnu.
- A de la difficulté à fonctionner au travail.

Stade 4: Déclin cognitif modéré

- A de la difficulté à accomplir des tâches complexes (finances, magasinage, planification d'un repas avec des invités).

Stade 5: Déclin cognitif relativement grave

- A besoin d'aide pour choisir ses vêtements.
- A besoin qu'on lui rappelle que c'est l'heure de la douche ou du bain.

Stade 6: Déclin cognitif grave

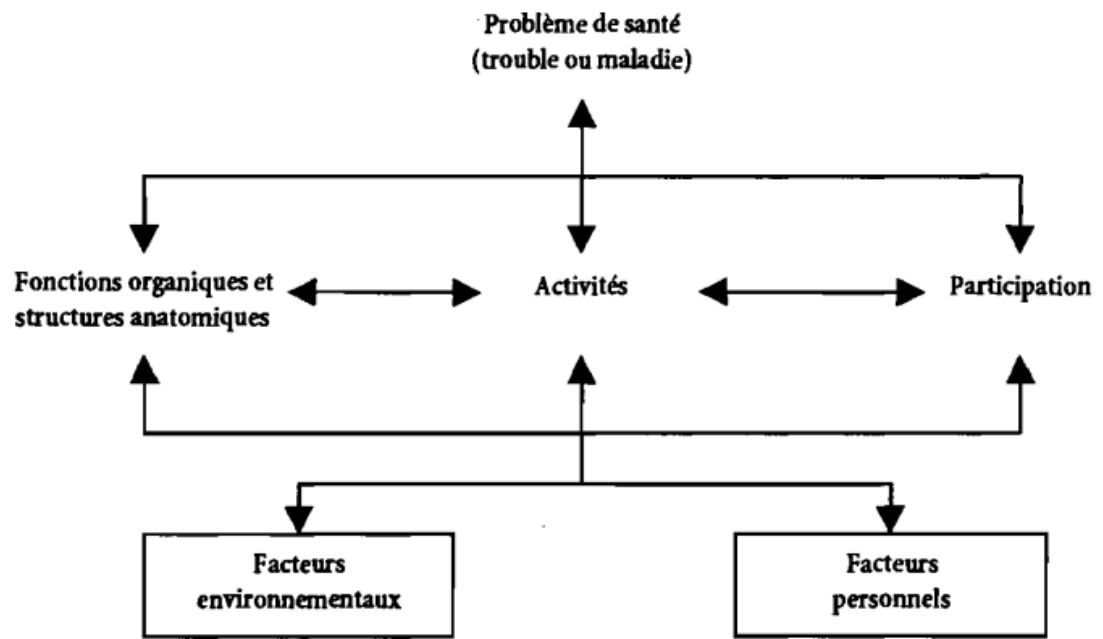
- Perd la notion des expériences et événements récents de sa vie.
- A besoin d'aide pour prendre son bain, ou a peur de prendre son bain.
- A de plus en plus besoin d'aide pour aller aux toilettes ou est incontinent.

Stade 7: Déclin cognitif très grave

- Utilise un vocabulaire très restreint qui se réduira bientôt à quelques mots seulement.
- Perd la capacité de marcher et de s'asseoir.
- A besoin d'aide pour manger.

Source : Société Alzheimer Canada (2012)

Annexe II: Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)



Source: OMS (2005)

[Annexe III: IADL et ADL](#)

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 1/2 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 1/2 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 1/2 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (canne, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 1/2 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 1/2 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 1/2 0

Source: Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. (2019).

ECHELLE DES ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE COURANTE (IADL-Lawton)

Cochez la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet.

A) Capacité à utiliser le téléphone :

- 1 ☐ ☐ Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc...
- 2 ☐ ☐ Je compose un petit nombre de numéros bien connus.
- 3 ☐ ☐ Je réponds au téléphone mais n'appelle pas.
- 4 ☐ ☐ Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

B) Moyen de transport :

- 1 ☐ ☐ Je peux voyager seul (e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture).
- 2 ☐ ☐ Je peux me déplacer seul (e) en taxi, pas en autobus.
- 3 ☐ ☐ Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné (e).
- 4 ☐ ☐ Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e).
- 5 ☐ ☐ Je ne me déplace pas du tout.

C) Responsabilité pour la prise des médicaments :

- 1 ☐ ☐ Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire.
- 2 ☐ ☐ Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.
- 3 ☐ ☐ Je suis incapable de les prendre de moi-même.

D) Capacité à gérer son budget :

- 1 ☐ ☐ Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...).
- 2 ☐ ☐ Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses).
- 3 ☐ ☐ Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.

SCORE BNA (sur 15) = ☐ ☐ ☐

Source: Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. (2019).

E) Faire les courses :

- 1 /_/_ Je fais toutes mes courses de façon indépendante.
- 2 /_/_ Je fais seulement les petits achats tout (e) seul (e).
- 3 /_/_ J'ai besoin d'être accompagné (e), quelle que soit la course.
- 4 /_/_ Je suis totalement incapable de faire les courses.

F) Préparation des repas :

- 1 /_/_ Je prévois, prépare et sers des repas de façon indépendante.
- 2 /_/_ Je les prépare si on me fournit les ingrédients.
- 3 /_/_ Je suis capable de réchauffer des plats déjà préparés.
- 4 /_/_ J'ai besoin qu'on me prépare et serve les repas.

G) Entretien de la maison :

- 1 /_/_ J'entretiens la maison seul(e) ou avec une aide occasionnelle, par exemple pour les gros travaux.
- 2 /_/_ Je ne fais que les petits travaux d'entretien quotidiens (vaisselle, lit, petit bricolage ...)
- 3 /_/_ Je fais les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant.
- 4 /_/_ J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison.
- 5 /_/_ Je ne peux pas participer du tout à l'entretien de la maison.

H) Lessive :

- 1 /_/_ Je fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing.
- 2 /_/_ Je lave les petites affaires.
- 3 /_/_ Toute la lessive doit être faite par d'autres.

SCORE TOTAL : /_/_/ (les items BNA compris)

Source: Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. (2019).

Annexe IV: Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)			
Orientation			/ 10
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 ?			☐
2. En quelle saison ?			☐
3. En quel mois ?			☐
4. Quel jour du mois ?			☐
5. Quel jour de la semaine ?			☐
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où 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 située ce département ?			☐
10. A quel étage sommes-nous ?			☐
Apprentissage			/ 3
Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.			
11. Cigare		Citron	☐
12. Fleur	ou	Clé	☐
13. Porte		Ballon	☐
Répéter les 3 mots.			☐
Attention et calcul			/ 5
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant ? 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 ?**			
Rappel			/ 3
Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?			
11. Cigare		Citron	☐
12. Fleur	ou	Clé	☐
13. Porte		Ballon	☐
			☐
Langage			/ 8
Montrer un crayon.			
22. Quel est le nom de cet objet ?*			
Montrer votre montre.			
23. Quel est le nom de cet objet ?**			
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 : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :			
25. Prenez cette feuille de papier avec votre 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 caractère : « 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			/ 1
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »			

Source: Groupe de Réflexion sur les évaluations cognitives GRECO (2017)

Annexe V: Guide d'entretien

Guide d'entretien dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche

Bonjour, je m'appelle Damot Mathieu. Je suis étudiant en 3ème année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE à Paris. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur comment l'intervention de l'ergothérapeute peut-elle favoriser l'autonomie dans le domaine des soins personnels chez des patients alzheimer de stade 5-6 en accueil de jour, présentant des troubles du comportement associés à des difficultés de compréhension.

Je vous propose un entretien en visioconférence ou par appel téléphonique selon vos disponibilités. Je vous propose de nous entretenir pendant environ 30 minutes.

L'entretien sera enregistré, si vous êtes d'accord, afin que mon analyse puisse tenir compte de l'intégralité de ce qui va être abordé. Cela nécessite donc votre autorisation, indiqué par écrit sur le formulaire de consentement. Par ailleurs, les résultats de cet entretien resteront anonymes.

Expérience de l'ergothérapeute:

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?
- 3) Depuis combien de temps exercez- vous en accueil de jour ?
- 4) Êtes-vous à temps plein ou partiel au sein de l'accueil de jour et si oui dans quelle autre structure ?

Comment l'intervention de l'ergothérapeute peut-elle favoriser l'autonomie dans le domaine des soins personnels chez des patients alzheimer de stade 5-6 en accueil de jour, présentant des troubles du comportement associés à des difficultés de compréhension:

1. Pouvez-vous me décrire votre rôle en tant qu'ergothérapeute en accueil de jour ?

2. Lorsqu'un patient présente des troubles du comportement associés à des difficultés de compréhension, comment cela impacte-t-il votre intervention dans les soins personnels ?

3. Quelles stratégies de compensation utilisez-vous pour aider ces patients à rester autonomes dans leurs soins personnels ?

4. Adaptez-vous l'environnement matériel autour du patient pour soutenir son autonomie ?

5. Comment évaluez-vous les capacités du patient pour l'aider à rester acteur de ses soins personnels ?

6. Quels ajustements mettez-vous en place lorsque la personne ne comprend pas les consignes ?

7. Et face aux troubles du comportement, comment adaptez-vous votre intervention pour continuer à soutenir l'autonomie ?

8. Selon vous, vos interventions en accueil de jour permettent-elles de maintenir suffisamment les acquis du patient pour favoriser le maintien à domicile ?

9. Travaillez-vous avec les familles ou les aidants pour favoriser la continuité de vos actions à la maison ?

Annexe VI: Formulaire de consentement

Damot Mathieu

Mémoire d'initiation à la recherche



Institut de Formation en Ergothérapie
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
52 rue Vitruve - 75020 Paris

Formulaire de consentement dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche

L'entretien dont vous vous apprêtez à participer, a pour but de recueillir différentes données afin d'être utilisé par la suite dans l'analyse exploratoire de mon mémoire d'initiation à la recherche. Pour rappel, le thème de ce dernier, porte sur Comment l'intervention de l'ergothérapeute peut-elle favoriser l'autonomie dans le domaine des soins personnels chez des patients alzheimer de stade 5-6 en accueil de jour, présentant des troubles du comportement associés à des difficultés de compréhension.

Je soussigné(e),.....,certifié par cette présente avoir donné mon accord pour passer un entretien enregistré avec Damot Mathieu.

Je comprends que les informations recueillies resteront strictement confidentielles et anonymes.

Fait le:

A:

Signatures :
Damot Mathieu
Étudiant en Ergothérapie

Damot

Nom Prénom:
Ergothérapeute

Session Juin 2025

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

Entretien en visioconférence, réalisé le vendredi 11 Avril 2025.

La retranscription de l'entretien commence après des salutations et le rappel que l'entretien sera enregistré puis utilisé pour l'analyse de mon mémoire. Les phrases en caractère gras désignent les moments où je prends la parole, les autres sont les moments où l'ergothérapeute prend la parole.

1) Alors la première question est : pouvez-vous me décrire votre rôle en tant qu'ergothérapeute en accueil de jour ?

Ok alors c'est assez vaste. En accueil de jour j'ai plusieurs missions. En tout cas la mission principale c'est d'accompagner les patients dans tous les ateliers thérapeutiques.

Donc en gros, en équipe avec mes autres collègues, on crée des ateliers thérapeutiques à viser de stimulation cognitive, motrice, sensorielle, relationnelle pour un public de seniors ayant une maladie neurodégénérative ou une démence vasculaire. Donc voilà, on est là pour leur proposer des ateliers de stimulation. Moi en tant qu'ergothérapeute, je fais des bilans également, des bilans cognitifs ou moteurs. Je pense par exemple au MMSE ou au Tinetti. Donc j'ai aussi pour mission de faire des bilans. Je fais du lien avec les familles. S'ils ont des questions ou autres.

Je fais le lien aussi avec les familles. Je les accompagne aussi les patients dans tous les actes de la vie quotidienne pour favoriser leur autonomie. Tout ce qui est mise en place par exemple évaluation, habillage, toilette ou manger ensemble le midi. Je fais aussi ce genre d'évaluation.

Et il m'arrive parfois ponctuellement de faire des visites à domicile où je peux évaluer le domicile, la sécurité au domicile, l'autonomie.

Donc je peux mettre en place des aides techniques et des aides humaines si besoin.

D'accord.

Voilà c'est vrai que c'est très très vaste. Mais en gros quand même la mission principale c'est la création et la participation aux ateliers thérapeutiques. Visée vraiment de stimulation comme je disais cognitive, motrice, relationnelle pour les patients.

Oui c'est assez large.

Oui c'est ça c'est très très large.

2) Alors deuxième question. Lorsqu'un patient présente des troubles du comportement associés à des difficultés de compréhension, comment cela impacte-t-il votre intervention dans les soins personnels ?

Alors là c'est une question vaste. Alors parce que qu'est-ce que tu entends par troubles du comportement ? C'est tous les troubles du comportement possibles ou tu as des idées précises de troubles du comportement ?

Vous par exemple, les troubles du comportement que vous avez pu rencontrer ?

Ok pour t'expliquer un peu, nous dans la structure en centre d'accueil de jour, on accueille comme je disais ce public de seniors ayant des maladies neurodégénératives et on fonctionne un peu par niveau. Donc moi en tout cas, nous dans notre structure, le mardi et le jeudi, on accueille justement des personnes qui sont avancées dans la maladie.

Et donc c'est sur ces deux jours-là qu'on peut avoir un public présentant justement comme je disais des troubles du comportement ou des troubles phasiques, des troubles de la compréhension.

Donc déjà on essaie d'homogénéiser un peu les groupes. Donc le mardi et le jeudi, on a ce groupe homogène avec des troubles du comportement et phasiques. Après le groupe étant homogène, nous on adapte nos activités par rapport aux capacités et par rapport aux troubles de ces personnes. Après ta question était plus ciblée sur les soins personnels c'est ça ?

Oui c'est ça.

Donc dans soins personnels tu entends quoi ? C'est tout ce qui est toilette, habits, le repas ?

Oui après moi c'est plus ciblé sur tout ce qui est la toilette, l'habillage, le repas aussi comme vous avez dit.

D'accord.

Alors ce qu'il faut savoir c'est que nous en tout cas les patients quand ils arrivent à l'accueil de jour, donc c'est des patients qui habitent à leur domicile, donc quand ils arrivent à l'accueil de jour, a priori ils sont lavés et habillés.

Donc ils arrivent déjà chez nous normalement habillés et propres.

Mais donc nous en tout cas au sein de l'accueil de jour, il peut y avoir effectivement des accompagnements aux toilettes. Donc des accompagnements aux toilettes, là c'est plutôt mes collègues qui le font, qui seront aides-soignantes et aides médico-psychologiques.

Moi je peux intervenir pour faire une évaluation sur les capacités ou non du patient. Donc par exemple :

1. Est-ce qu'il s'oriente bien pour aller aux toilettes ?
2. Est-ce qu'il utilise correctement les WC ?
3. Est-ce qu'il s'installe correctement ?
4. Est-ce qu'il a besoin d'une autre technique ou pas.

Est-ce qu'il reconnaît l'objet WC ? Est-ce que sur le plan moteur et fonctionnel, est-ce qu'il est capable de s'essuyer ? Sur le plan pratique, comment est-ce que le patient se débrouille ? Donc moi, je fais cette première évaluation. Pour ceux qui sont autonomes, on les laisse gérer.

Et pour ceux qui ont besoin d'aide, donc du coup, c'est plutôt mes collègues qui interviennent en fait.

D'accord.

Voilà, mes collègues interviennent. Si elles ont besoin d'une aide partielle, c'est-à-dire juste une surveillance, elles surveillent où il est. Elles guident, par exemple, ses besoins, en disant, voilà le papier hygiénique est là.

Voilà, elles guident ou indicent. Et pour ceux qui ont, par exemple, notamment sur le plan moteur, de très très grosses difficultés, là parfois il peut y avoir besoin d'une aide totale. Donc c'est elles qui font l'échange. Voilà. Moi, en tout cas, en tant qu'ergothérapeute, je suis là plus pour évaluer les capacités au nom du patient.

Et est-ce qu'il y a besoin ou pas de mettre en place une aide humaine ou technique ?

D'accord. C'est plus sur ce plan-là concernant l'accompagnement aux toilettes.

Après, pour tout ce qui est hygiène, nous, c'est plus se laver les mains. Donc

voilà, pareil, c'est plus évaluer sur le plan pratique. Est-ce qu'il arrive à s'orienter ? Est-ce qu'il trouve le lavabo ? Est-ce qu'il sait l'utiliser ? Donc voilà, c'est les guider, les indiquer si besoin.

Et concernant le repas, nous, on déjeune le midi tous ensemble. Donc là, c'est vrai que j'interviens un peu plus parce que je déjeune avec les patients. Je peux évaluer justement leur autonomie ou non. Donc notamment, par exemple, sur le plan pratique, c'est :

Est-ce qu'ils arrivent à utiliser les couverts ? Est-ce que c'est de manière adaptée ?

Donc effectivement, on a des personnes avec des troubles du comportement qui présentent aussi des troubles praxiques, c'est-à-dire qu'ils ne savent plus reconnaître l'objet ou ne savent plus l'utiliser.

Donc j'ai des patients, par exemple, qui peuvent manger un yaourt avec le couteau. Donc c'est aussi les guider si besoin, à mettre le couteau de côté, etc. C'est les guider, leur apporter une certaine aide, mais tout en essayant au maximum de préserver leur autonomie. Donc de les guider, de leur dire, attention, vous avez le couteau, vous avez la fourchette. Voilà, donc c'est plus sur ce plan-là au niveau des couverts.

Après, voilà, pour des patients qui en mettent un peu partout sur la table, si c'est adapté le couvert, ça peut proposer une assiette à rebord ou adapter le manche d'une fourchette ou autre. Donc voilà, c'est plutôt évaluer comment ils le font, proposer une technique si besoin, des indissages ou autre. Pour ceux qui ont vraiment de très gros troubles du comportement et des difficultés à utiliser les couverts et autres, on peut aussi proposer du finger food.

Donc c'est des plats ou autres qui peuvent se manger à la main directement. Donc voilà, c'est s'adapter à eux. Moi, vraiment, en tant qu'ergothérapeute, je suis vraiment dans un rôle de, en tout cas, à l'accueil de jour, d'évaluation et de voir quelle aide on peut proposer. Ça, c'est concernant le repas.

Et concernant l'habillement, comme je disais, ils sont déjà habillés, donc on n'intervient pas trop à ce niveau-là, si ce n'est le soir quand ils rentrent. Est-ce qu'ils arrivent à enfiler le manteau ou pas ? Donc là, pareil, on évalue l'autonomie ou non, on les aide si besoin.

Après, nous, on a mis en place tout un système, notamment je pense à

l'habillage, un système de pictogramme où en gros, il y a une signalétique pour ceux qui sont désorientés pour trouver le vestiaire.

Ils ont chacun un casier nominatif avec leur photo, donc ça peut aussi les aider à trouver leurs affaires. Au niveau des manteaux, on a un cintre, on a aussi pareil une étiquette avec le nom du patient. Donc voilà, c'est des petits guides comme ça pour les aider à se repérer.

Et après, pour l'habillage, soit on les guide, soit on les aide partiellement, on les aide totalement parce qu'ils ne peuvent pas sur le plan moteur, en tout cas, peut-être bouger les bras ou autre, donc là, il faut les aider. Donc ça dépend. Ça dépend vraiment du degré avancé sur le plan aussi moteur.

Ce n'est même pas juste que la compréhension, c'est parfois, ils peuvent être limités physiquement. Donc une personne en fauteuil roulant et autre, voilà. En fait, c'est extrêmement large l'aide, elle est totalement différente.

Donc est-ce que c'est une aide partielle, une aide totale ou est-ce qu'on peut encore leur apprendre, parce qu'il y a encore une capacité à pouvoir apprendre à faire ça ? Voilà, quelle astuce, quelle technique on peut proposer, ça dépend vraiment.

En tout cas, sur le plan soins personnels, qu'est-ce que je peux dire d'autre ? Après, ponctuellement, je peux aussi intervenir au domicile. Donc là, c'est vrai que j'ai un rôle un peu plus d'ergot quand j'interviens au domicile. C'est que là, je peux faire des vraies mises en situation pour voir un peu comment ça se passe la toilette.

Est-ce qu'ils arrivent à entrer ou non dans la baignoire, la douche, comment ils font ? Est-ce qu'ils se repèrent bien ? Pour l'habillage, pareil, comment sont rangés les vêtements dans l'armoire ? Est-ce qu'ils s'y retrouvent ? Comment ils font pour enfiler un pull, un pantalon ? Et là pareil, je peux proposer soit des petites astuces, des pictogrammes, des objets plus adaptés, d'autres aides techniques, ou alors il faut mettre en place une aide humaine. Enfin bon, voilà. Je ne sais pas si j'ai répondu à ta question.

3) Si, si. Du coup même, vous avez tellement répondu, j'hésite à poser celle-là. Par exemple, quand vous intervenez à domicile, quelle stratégie de compensation utilisez-vous pour aider les patients à rester autonomes dans les soins personnels ? Comme par exemple, est-ce que vous mettez en place des routines avec eux ou des supports visuels, des choses comme ça par exemple ?

Là pour le domicile, c'est ça ?

Oui.

Alors là de nouveau, c'est assez particulier. C'est que par moment, l'ergothérapeute de base ne fait pas forcément... Enfin, ça fait rare que je fasse du domicile. Parce que c'est plutôt les ergots qui sont en équipe spécialisée Alzheimer qui font du domicile. Nous, on accueille deux jours, vraiment on les reçoit chez nous. Donc je fais très rarement du domicile. Je peux en faire peut-être une fois par an comme ça chez un patient juste pour évaluer à l'instant T comment ça se passe.

En tout cas, quand je le fais, pour les soins personnels, qu'est-ce que je peux proposer ? Je vais faire par catégorie du coup. Pour tout ce qui est visage, je vais dans la chambre, je regarde déjà comment sont rangées les tenues. Est-ce que la personne s'y retrouve ? Est-ce qu'elle peut retrouver déjà ses vêtements ? Comment est-ce que c'est rangé ou pas ?

Donc là, en général, ce que j'ai pu le plus constater, c'est qu'il faut les aider à trier au niveau des vêtements. Déjà les vêtements de saison, par exemple si on est en été, mettre les pulls de côté, mettre plus en avant tout ce qui est t-shirt et autres.

Après, une fois que c'est fait, c'est peut-être mettre des pictogrammes. Par exemple, je ne sais pas s'ils ont en placard, une armoire ou autre, mettre une étiquette. Là, c'est les pantalons avec un pictogramme pantalon. Comme ça, ils savent qu'on a rangé le pantalon de ce côté-ci. Les chemises par là, les t-shirts par là. Donc voilà, c'est vraiment les aider sur le plan planification, organisation de l'espace pour se retrouver un peu plus. Ça, ça peut être fait.

Après, sur comment est-ce qu'ils enfilent les vêtements ou autre, je n'ai pas beaucoup de solutions. C'est que quand ils n'y arrivent pas, je propose d'une

aide humaine. On fait intervenir des aides humaines pour les aider à se préparer le matin, pour les aider à se préparer. Après, ponctuellement, je peux proposer un chausse-pied ou ce genre de choses.

Des petites aides techniques, mais vraiment pour l'habillage, être proprement parlé, si la personne est vraiment en difficulté en dehors d'une aide humaine, je ne peux pas proposer d'autres préconisations, surtout s'ils ont des troubles de la compréhension et des troubles du comportement. Ça, ça concerne l'habillage.

Après, pour tout ce qui est soins d'hygiène, là pareil, c'est plus voir est-ce qu'ils sont bien orientés chez eux, est-ce qu'ils retrouvent les WC ou pas, est-ce qu'ils s'installent correctement, pareil. Est-ce qu'ils savent utiliser, est-ce qu'ils sont aptes sur le plan physique déjà à pouvoir s'essuyer ou pas, à avoir ce mouvement d'amplitude, est-ce qu'ils y arrivent ou pas. S'ils n'y arrivent pas, pareil, je suis obligée de préconiser plutôt une aide humaine, parce qu'il n'y a pas 36 solutions.

Après, par contre, pour tout ce qui est hygiène dans le sens douche, tout ça, là, il m'arrive d'intervenir pour mettre en place des aides techniques, par exemple pour entrer ou sortir de la baignoire ou plutôt transformer une baignoire en douche ou mettre un peu plus en évidence où se situe le gel douche pour ne pas qu'ils oublient, pareil pour la brosse à dents, le dentifrice, c'est encore une fois gérer l'espace au mieux.

Après, faire des préconisations d'aide technique et s'il y a grosse difficulté, on ne peut que préconiser une aide humaine en fait, à ce niveau-là. Et après, c'est pareil pour le repas, c'est voir est-ce qu'ils se retrouvent au niveau de la vaisselle et autres, est-ce qu'ils sont aptes à cuisiner. Bon, normalement, à ce stade de la maladie, ils ne peuvent pas. Donc là, on met en place plutôt un portage de repas, par exemple, où la mairie livre le repas. S'ils sont encore capables de le réchauffer au micro-ondes, c'est très bien, on leur livre des repas préparés.

Et je vérifie s'ils sont autonomes au niveau pour réchauffer au micro-ondes. Si ça, pareil, ils n'y arrivent pas, on met en place une aide humaine qui vient pour les aider à faire le repas. On met en place une jumelle qui vient pour les

aider à faire le repas et à manger aussi. C'est vrai que là au stade 5-6, c'est un stade où on commence vraiment à perdre en autonomie. Dans un premier temps, c'est essayer de les aider à retrouver les gestes, la bonne utilisation des objets, les indices au mieux, mettre les objets inutiles de côté.

Travailler ça, mais proposer d'autres aides techniques si besoin.

Mais sinon, c'est souvent voir ou pas si on a mis en place une aide.

4) Adaptez-vous l'environnement matériel autour du patient pour soutenir son autonomie ?

Je vais au domicile pour évaluer les potentiels dangers et leur autonomie.

Pour la salle de bain parfois je propose des aides technique pour monter ou descendre de la baignoire et autre. Barre d'appuis, siège de douche, planche etc...

Rehausseur de toilette. Faire attention au risque de chute en retirant ou fixant les tapis.

Lit à bonne hauteur, fauteuil avec accoudoir. Réaménager la penderie s'ils ne s'y retrouvent pas dans leur garde robe. Voir comment ils utilisent les appareils électroménagers de la cuisine. Préconiser des aides humaines si besoin pour les repas, douche, habillage

5) Du coup, comment évaluez-vous capacités du patient pour l'aider à rester acteur de ses soins personnels ? Par exemple, vous m'avez dit que vous réalisez des bilans. Est-ce que peut-être vous faites des mises en situation ?

En tout cas, à l'accueil de jour, les seules mises en situation au niveau du soin personnel, c'est les accompagnements aux toilettes. Je peux voir comment ça se passe aux toilettes. Au niveau de l'hygiène, est-ce qu'ils peuvent se laver ou non les mains ? Au niveau de l'habillage, est-ce qu'ils s'orientent au niveau du vestiaire ? Est-ce qu'ils peuvent retrouver leurs affaires ? Est-ce qu'ils peuvent enfiler leur manteau ou pas ? Et au niveau du repas, c'est le midi. Je

regarde s'ils sont capables de manger seuls. L'évaluation se fait comme ça à l'accueil de jour.

Du coup, au niveau des bilans, vous m'aviez dit que vous faites le TINETI et le MMSE, c'est ça ?

Oui, là c'est plus le MMSE. C'est un bilan cognitif pour évaluer les troubles de la mémoire, de l'attention, les troubles pratiques et de la compréhension. C'est un bilan cognitif. Et sur le plan moteur, le TINETI, c'est plus un bilan pour évaluer l'équilibre de la personne. C'est les deux bilans qu'on fait passer. Quand je vais au domicile, je fais passer le BME. C'est un bilan assez complet qui évalue pas mal de choses sur les actes de la vie quotidienne, sur le plan cognitif moteur. Le BME qui est pas mal utilisé.

Et sinon, après, c'est vraiment plus mise en situation, c'est plus l'observation, c'est pas forcément une évaluation, un bilan écrit, à proprement parler. C'est plus mes observations et mes collègues aussi interviennent. C'est plus on regarde comment monsieur ou madame, est-ce qu'elle arrive à s'habiller ou pas, est-ce qu'elle arrive à manger seule ou pas. C'est plus bien l'observation en tout cas.

6) D'accord. Et donc, quels ajustements mettez-vous en place lorsque la personne ne comprend pas les consignes par exemple ?

Alors, c'est vrai que ce n'est pas toujours évident. Quand la personne ne comprend pas les consignes orales, on essaye de leur montrer un peu sur le plan visuel, par mimétisme notamment.

Tu as des personnes, quand tu leur montres, elles peuvent le comprendre. Donc c'est plus mettre en place des stratégies visuelles par mimétisme, parfois pictogramme si besoin. En tout cas, s'il faut expliquer quelque chose à une personne qui ne comprend pas, on le fait plus visuellement de manière non verbale en fait. De manière non verbale, visuellement par mimétisme, on leur montre comment faire.

Voilà, ça se fait plus comme ça.

Plus on avance dans la maladie, plus les troubles de compréhension, même par mimétisme, sont évidents. Ils ont des troubles de la mémoire.

Parce que ce qui est compliqué avec ce public, c'est les troubles de la mémoire. Tu peux leur expliquer, ils peuvent comprendre sur le moment, mais ils ne vont pas retenir. C'est pour ça que c'est hyper compliqué de mettre en place de nouvelles stratégies. Parce qu'ils ne vont pas forcément s'en saisir. C'est ça la principale difficulté au niveau de l'autonomie.

C'est qu'à un instant T, tu peux les rendre autonomes en leur montrant comment faire, ils le font seuls. Mais en fait, ils vont oublier la stratégie. Comme les troubles mnésiques sont assez massifs, surtout à un stade où tu as déjà des troubles du comportement et de la compréhension, ils ne vont pas mémoriser les stratégies qu'on pense être en place. Donc notre travail aussi, c'est de leur montrer, de répéter, de répéter pour que quelque chose s'ancre dans le cerveau. Mais au-delà de tous ces troubles du comportement et de la compréhension, c'est vraiment la mémoire. C'est là où c'est compliqué de les autonomiser. Même si tu leur montres, ils ne retiendront pas.

Oui, c'est surtout ça.

Voilà, ça joue beaucoup.

7) Et face aux troubles du comportement, comment vous adaptez votre intervention pour continuer à soutenir l'autonomie des patients ? Pardon, votre intervention pour continuer à soutenir l'autonomie des patients ?

Ça dépend encore une fois du trouble du comportement. Par exemple, si c'est un trouble du comportement de type apathie, tu vois l'apathie c'est quand la personne n'a plus envie de faire, aucune motivation. Là, on est là justement pour les stimuler, pour les booster, allez hop hop hop, tu vois, on les aide à initier l'action. Pour l'apathie en tout cas, on est là pour initier l'action, les mettre en mouvement, les remotiver, les redynamiser. L'apathie c'est plutôt facilement gérable, donc ça va.

Après, si c'est de l'agressivité, des agitations, ça devient plus compliqué.

Parce que quand un patient est en situation de crise agressive, c'est très difficile d'intervenir. On est là plus pour les canaliser à ce moment-là, mais bon voilà, je veux dire tout dépend du trouble du comportement évoqué. L'agressivité ça devient un peu compliqué, une déambulation, tu sais ce qui marche et qui déambule.

C'est de les accompagner dans la déambulation, de les ramener vers l'atelier, vers l'activité, mais c'est quand même plus compliqué qu'une personne qui est juste apathique. Donc en fait, voilà, ta désinhibition aussi, ta question elle est assez vaste, tout dépend du trouble du comportement. On est obligé de s'adapter au trouble de manière assez différente.

Parce que voilà, la priorité apathie c'est on stimule, l'agressivité on essaie de calmer, ça c'est la priorité. Désinhibition, pareil, vraiment ça dépend. Il faut qu'on gère d'abord la situation de crise où le trouble du comportement s'atténue, voire disparaisse à ce moment-là, c'est là qu'on peut proposer plus de choses au niveau des soins personnels, d'un atelier ou autre. Quand on est sur un pic de trouble du comportement, on n'est plus là pour l'atténuer ce trouble du comportement.

Tu ne peux pas vraiment travailler entre guillemets quand le trouble du comportement est présent et qu'on est en situation de crise.

C'est vraiment de stabiliser ce trouble du comportement pour ensuite pouvoir proposer une autonomie plus importante au niveau des soins personnels.

8) Oui, j'imagine bien. Alors selon vous, vos interventions en accueil de jour permettent-elles de maintenir suffisamment les acquis du patient pour favoriser le maintien à domicile ?

Alors oui, oui. J'ai pu être là notamment pendant la période Covid parce que c'est un exemple que je donne à tout le monde parce que pendant le Covid comme on était fermé, il y a plein de patients qu'on ne voyait plus et qu'on a retrouvé au bout de plusieurs mois et en fait on a vu que l'état s'était dégradé énormément. Très très rapidement. C'est là qu'on a pu vraiment constater de nos propres yeux qu'en gros, deux jours, leur venue ici était très bénéfique

parce qu'en juste deux ou trois mois d'absence, on a vu qu'il y avait une grosse dégradation des capacités.

Ça c'est une preuve de notre efficacité.

En tout cas, oui, le fait en fait de venir ici, de stimuler sur le plan moteur, sur le plan de langage avec le groupe, etc. Ça développe aussi... Nous, en fait, on a un objectif de retarder justement l'évolution de la maladie. Parce qu'ils ont des maladies où tu as des capacités, tu les perds mais tu peux en récupérer d'autres. C'est assez rare. La capacité se réduit généralement sur les notions de stabiliser au mieux, de conserver en tout cas les capacités qui sont déjà présentes. Donc voilà, le fait de venir, d'être stimulé, on essaie au maximum de préserver ce qu'ils ont déjà.

Après, voilà, comme je disais, c'est une maladie neurodégénérative donc tu ne peux pas empêcher une dégradation des neurones. On peut juste la retarder. Mais voilà, le fait de venir en tout cas, être anticipé à des ateliers, le cerveau c'est un peu comme un muscle, ça permet de l'entretenir et de vouloir le faire rester en action, de pouvoir retarder vraiment cette dégradation.

Après, tu vois, même si l'atelier n'est pas ciblé sur les soins personnels, tout ce qu'on proposera aura un impact sur les soins personnels. On fait des ateliers de reconnaissance, par exemple avec un groupe avancé, sur la reconnaissance d'objet, à quoi sert cet objet, comment ça s'utilise. Le fait de faire ce genre d'atelier aussi, ça les aide. Voilà, en tout cas tous nos ateliers proposés visent de stimulation cognitive et motrice, même s'ils ne sont pas axés sur le soin personnel, ont un impact sur leurs capacités ensuite au niveau des soins personnels.

De toute façon, aussi, l'accueil de jour, après ça devient un point d'ancrage pour eux, parce que pour certains ils y viennent tous les jours.

Oui, c'est ça. C'est un point d'ancrage, c'est très utilisé. Ils viennent à minima une fois par semaine. Mais dans l'idéal, la moyenne, c'est quand même de venir deux fois dans la semaine. Et parfois dans des cas extrêmes, si c'est vraiment très dur à la maison, on peut les accueillir trois fois. Mais voilà, ils viennent une à deux fois par semaine. Et voilà, ils sont chez nous de 9h à

16h. Donc c'est quand même un créneau d'horaire où ils sont vraiment stimulés. Sur par respect. Et voilà.

En tout cas, on voit que... Par exemple, on fait des bilans réguliers pour voir un peu par rapport à nos observations si on constate une dégradation ou pas. Et on a plein de patients qui sont là depuis deux ans et on constate qu'ils sont plutôt stables. Entre leur arrivée et je ne sais pas, au bout d'un an ou autre, on constate parfois qu'il n'y a pas forcément une dégradation. C'est assez lent, tu vois. Ça descend assez lentement. Parce qu'à leur arrivée, on stimule les capacités restantes. C'est un peu le but.

9) Et dernière question. Travaillez-vous avec les familles ou les aidants pour favoriser la continuité de vos actions à la maison ? Par exemple, les actions que vous faites en accueil de jour. Est-ce que vous échangez avec la famille ou les aidants pour que par la suite, à la maison, il y ait une continuité ?

Oui, ça peut être fait notamment pour les patients qui ont encore de la famille ou des aidants. Ça peut être fait tout à fait... On propose régulièrement des cafés des aidants où on reçoit les aidants. Ils peuvent venir discuter de leurs difficultés ou non. Donc nous, là, pareil, on est là pour leur expliquer un peu la maladie, leur donner des conseils, les aider au maximum sur comment réagir ou comment aider leurs proches malades.

Et oui, par exemple, on leur dit notamment comment ça se passe chez nous, qu'est-ce que le patient fait au pas chez nous, est-ce qu'il est encore capable ou pas. Et donc, on a plein de familles parfois qui sont surprises en se disant « Ah bon, mais mon mari sait faire ça ». Donc on dit « Oui, oui, il en est encore capable ».

Donc voilà, on leur dit un peu ce qu'on observe des capacités de la personne. Et parfois, on a des familles qui s'en saisissent et qui continuent à stimuler leurs proches. Je ne sais pas, par exemple, je pense à une dame qui, tu vois, tous les midis, elle stimule un peu son mari pour qu'il aide à préparer le repas. On lui demande juste une petite mission simple, découper quelque chose ou mélanger la pâte ou ce genre de choses.

Donc voilà, on leur donne en tout cas, on leur explique ce qu'est le fameux former-informer qui est une des compétences ergo. Donc on essaie de former d'informer un peu les aidants sur la maladie, sur ce qu'est-ce qu'on peut mettre en place, sur ce qu'est-ce qu'eux peuvent proposer aussi pour continuer à stimuler leurs proches. Comment est-ce qu'elles peuvent les accompagner au niveau justement des soins personnels. L'idée, c'est aussi surtout, l'idée c'est au maximum de ne pas faire à la place d'eux, mais de les aider à faire. De les indiquer, de les aider, faire le moins possible pour eux. Donc voilà, c'est ce qu'on essaie d'expliquer aussi un peu aux familles. Donc on a un contact avec eux. C'est important surtout, après pour la suite, quand ils seront à domicile.

Et c'était la dernière question du coup. Je n'ai plus de questions.

J'espère y avoir répondu. C'était une réponse adéquate. En tout cas, si tu as besoin, n'hésite pas à revenir.

Les troubles du comportement chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en accueil de jour:

L'autonomie dans le domaine des soins personnels

Résumé

Mots clés: Ergothérapeute, Alzheimer, troubles du comportement, accueil de jour, soins personnels.

La maladie d'Alzheimer représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. En France, plus de 900 000 personnes sont atteintes de cette pathologie.

Dans les stades intermédiaires de la maladie d'Alzheimer, des troubles du comportement associés à des difficultés de compréhension apparaissent et affectent l'autonomie des soins personnels.

Des plans nationaux ont été mis en place afin de développer l'ouverture de centres d'accueil de jour.

L'objectif de cette étude est de comprendre le rôle de l'ergothérapeute en accueil de jour, et la manière dont il peut favoriser l'autonomie dans les soins personnels chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Pour cela, cinq entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes travaillant en accueil de jour. Cette étude montre que grâce à la mise en place de routines, à l'adaptation de l'environnement, aux ateliers d'activités, à l'aide de la famille/aidants et de l'équipe pluridisciplinaire, l'ergothérapeute peut maintenir l'autonomie dans le domaine des soins personnels.

Abstract

Key words: Occupational therapist, self care, day care center, alzheimer disease, behavior disorders.

Alzheimer's disease is a major public health issue today. In France, over 900,000 people suffer from the disease.

In the intermediate stages of Alzheimer's disease, behavioral disorders associated with comprehension difficulties appear, affecting the autonomy of personal care.

National plans have been put in place to develop the opening of day-care centers.

The aim of this thesis is to understand the role of occupational therapists in day-care centers, and how they can promote autonomy in personal care for patients with Alzheimer's disease.

To this end, five interviews were conducted with occupational therapists working in day care. This study shows that by establishing routines, adapting the environment, running activity workshops, and enlisting the help of family/carers and the multidisciplinary team, occupational therapists can maintain autonomy in the area of personal care.