

Sommaire

1.	Introduction.....	1
1.1	Contexte et point de rupture.....	1
1.2	Thème	1
1.2.1	Champs disciplinaires	2
1.2.2	Résonnance du thème	3
1.3	Revue de littérature.....	4
1.3.1	Méthodologie	4
1.3.2	Analyse critique de la revue de littérature	6
1.3.3	Enjeux professionnels et questionnement.....	10
1.4	Enquête exploratoire.....	11
1.4.1	Méthodologie	11
1.4.2	Résultats	14
1.5	Cadre théorico-conceptuel	19
1.5.1	L'occupation	20
1.5.2	L'engagement.....	25
1.5.3	Synthèse du cadre théorico-conceptuel	29
1.6	Question et objet de recherche	30
2.	Matériel et méthode.....	30
2.1	Choix de la méthode.....	30
2.2	Identification des variables	31
2.3	Hypothèses de recherche	32
2.4	Population	33
2.5	Site d'exploration	33
2.6	Choix et construction de l'outil de recueil de données.....	34
2.7	Anticipation des biais	35
2.8	Test de faisabilité et de validité du questionnaire	36
2.9	Déroulement de la recherche.....	36
2.10	Choix des outils de traitements des données.....	36
3.	Résultats.....	37
3.1	Statistiques descriptives	37
3.2	Inférences statistiques	41
3.2.1	Tests utilisés	42

3.2.2	Application.....	43
4.	Discussion	44
4.1	Discussion des résultats au regard du dispositif de recherche	45
4.2	Discussion des résultats au regard de la revue de littérature, de l'enquête exploratoire et du cadre conceptuel.....	46
5.	Conclusion	48
5.1	Apports, intérêts et limites pour la pratique professionnelle	48
5.2	Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle	49
5.3	Perspectives de recherche	49
	Bibliographie	51
	Annexes.....	53
	Annexe 1 : Bases de données	53
	Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature	54
	Annexe 3 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire	60
	Annexe 4 : Questionnaire enquête exploratoire	64
	Annexe 5 : Matrice conceptuelle	72
	Annexe 6 : Matrice de questionnement de la recherche	74
	Annexe 7 : Questionnaire de la recherche.....	81
	Annexe 8 : Nuages de points	90
	Annexe 9 : Tableau de corrélation de Spearman	91
	Annexe 10 : Tableau du test de Khi2.....	92
	Annexe 11 : Table du Khi2	93
	Résumé et mots clés.....	94
	Abstract and keywords.....	94

1. Introduction

1.1 Contexte et point de rupture

Le thème de cette recherche découle d'une observation vue en stage en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante. Lors de ce stage, j'ai pu observer que la prise de médicament chez la personne âgée ayant une pathologie de type Alzheimer est importante. En effet, selon une étude réalisée auprès de dix EHPAD en alsace, les résidents ingéraient en moyenne 8,1 médicaments par jour (1).

Cependant l'HAS recommande « d'utiliser en première intention des techniques de soins appropriées aux troubles du comportement. Elles peuvent permettre de prévenir le déclenchement ou la majoration des troubles et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux »(2). Je me suis donc demandé dans un premier temps quels sont les bénéfices des thérapies non médicamenteuses sur les personnes présentant une maladie d'Alzheimer ? Et pourquoi la prise de médicament est-elle aussi importante chez la personne âgée ?

J'ai pu notamment voir la mise en place de ces thérapies non médicamenteuses lors de mon stage par l'ergothérapeute en collaboration avec la psychologue et les aides-soignantes. Cependant j'ai remarqué que ces thérapies sont difficiles à mettre en place et à faire suivre.

Je me demande alors quel rôle a l'ergothérapeute dans la mise en place de ces thérapies sur le long terme et quels sont les facteurs liés à la difficulté de faire suivre ces thérapies ?

Ce questionnement m'a permis d'établir la problématique professionnelle suivante :

En quoi les thérapies non médicamenteuses mises en place par l'ergothérapeute sont-elles bénéfiques pour les personnes présentant une maladie d'Alzheimer en institution ?

1.2 Thème

De ce questionnement en découle le thème :

Mise en place des thérapies non médicamenteuses par l'ergothérapeute pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en institution.

Ce thème représente un intérêt pour moi car cela me permettra d'approfondir mes connaissances sur la maladie d'Alzheimer et sa prise en soin. Ce thème n'ayant pas d'impact personnel je saurais avoir un recul et ne pas être dans le jugement lors de mes recherches, ainsi je serai objective quant aux résultats de celles-ci.

1.2.1 Champs disciplinaires

Ce thème s'inscrit dans les champs disciplinaires suivants :

- Sciences de l'occupation : car nous nous intéressons ici à la pratique des ergothérapeutes.
- Santé/ Santé publique : car la maladie d'Alzheimer est actuellement un problème de santé publique.
- Médicale : car nous nous intéressons aux thérapies utilisées dans la prise en soin de la maladie d'Alzheimer.

Pour faciliter la compréhension de ce thème il est important d'apporter des informations terminologiques en rapport avec les champs disciplinaires présenter ci-dessus.

Tout d'abord il est important de pouvoir définir la notion de personne âgée et de comprendre ce qu'est un EHPAD selon le champs disciplinaire de la santé publique :

Personnes âgées : Selon le rapport « Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française », la personne âgée est définie comme une personne de plus de 75 ans. Cependant, ce rapport indique qu'il y a plusieurs vieillissements c'est-à-dire que chaque individu vieillit différemment même si le processus principal est le même (3).

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. « L'EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce, quelles que soit ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression, etc » (4).

Il est ensuite important de définir les termes médicaux que sont la maladie d'Alzheimer ainsi que les thérapies non médicamenteuses :

Maladie d'Alzheimer : La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative qui touche une partie du cerveau. Elle a pour principaux symptômes un déclin cognitif, une perte d'autonomie dans la vie quotidienne et des troubles psychocomportementaux (5).

Thérapies non médicamenteuses : Les thérapies non médicamenteuses sont des méthodes qui permettent de retarder l'apparition d'une maladie ou de ses symptômes et de diminuer son aggravation ou ses conséquences. Elles ne remplacent pas et sont généralement prises en complément ou en alternative d'un traitement médicamenteux. Elles sont actuellement de plus en plus préconisées pour éviter une forte dose de médicaments mais également en prévention chez les personnes vieillissantes (6).

1.2.2 Résonnance du thème

❖ Question socialement vive :

Selon l'OMS, la démence est un problème majeur de santé publique. En effet « On compte 50 millions de personnes atteintes de démence dans le monde et il apparaît chaque année près de 10 millions de nouveaux cas » (7). De plus, chez la personne âgée la démence serait « l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde » (7).

Plus précisément, la maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence dans le monde. Elle serait à l'origine de plus de 60% des cas de démence (7).

En France, plusieurs « plans Alzheimer » ont été mis en place ces dernières années afin de pallier ce problème de santé publique. Le dernier en date étant le « plan maladie neuro dégénérative 2014-2019 » (8).

Ce dernier ayant comme priorité principale de : « Améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades », « Assurer la qualité de vie des malades et leurs aidants », « Développer et coordonner la recherche » (9). Pour répondre notamment au deuxième point de ce plan, cela fait plusieurs années que les thérapies non médicamenteuses sont préconisées en première attention chez les personnes présentant une maladie d'Alzheimer (2). En effet elles auront pour but de freiner l'avancée de la maladie et d'éviter une forte prise de médicaments.

En décembre 2019, les professeurs Alain Grand et Yves Joanette ont réévalué ce plan pour formuler des propositions pour le futur. Ils ont notamment abordé la formation auprès des soignants en première ligne face aux troubles du comportement des personnes démentes en EHPAD (10).

❖ **Enjeux et intérêt :**

Selon l'HAS : « Il est recommandé d'utiliser en première intention des techniques de soins appropriées aux troubles du comportement. Elles peuvent permettre de prévenir le déclenchement ou la majoration des troubles et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux » (2). Le premier enjeu en termes de santé est donc de pouvoir diminuer les troubles du comportements de la personne ayant une maladie d'Alzheimer et d'ainsi lui éviter d'avoir des traitements médicamenteux lourds. De plus selon l'HAS les accidents iatrogènes sont deux fois plus fréquents après 65 ans. Chez les octogénaires, 20 % des accidents iatrogènes conduiraient à une hospitalisation (4). Nous observons donc ici un deuxième enjeu de santé important qui serait d'éviter ce genre d'accident iatrogène qui intervient beaucoup chez la personne âgée du fait de leur prise de médicaments importante.

Nous observons également un enjeu économique. En effet selon une étude sur les prescriptions et administrations inappropriées de médicaments dans dix établissements alsaciens d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le coût journalier des médicaments prescrits inappropriés était entre 0,49 et 0,76 € (1).

1.3 Revue de littérature

Après avoir présenté le contexte de cette recherche, il est important de réaliser une revue de littérature qui sera agrémentée tout à long de notre recherche. Cette revue nous permet de voir ce qui est réalisé actuellement en France et à l'étranger en rapport avec notre thème de recherche.

1.3.1 Méthodologie

Pour réaliser cette revue de littérature, nous devons dans un premier temps déterminer les bases de données que nous utiliserons, l'équation de recherche qui nous permettra de trouver des articles dans le thème de notre recherche ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion des articles qui seront retenus.

Bases de données :

La thématique, les enjeux et intérêts et les champs disciplinaires de la recherche nous amènent à choisir les bases données suivantes :

- Pubmed/ science direct et Cochrane qui sont des bases de données médicales qui nous permettront donc d'avoir des données scientifiques sur la maladie d'Alzheimer et sur les thérapies associées à cette maladie.
- EM premium car la maladie d'Alzheimer est un problème de santé publique.

Ces bases de données nous permettront d'avoir des articles français mais aussi internationaux ce qui nous permettra de comparer la pratique dans différents pays.

Le tableau récapitulatif des bases de données est présenté en Annexe 1.

Equation de recherche/ mots clés/ opérateurs booléens :

L'équation de recherche effectuée avec des mots clés et opérateurs booléens précis permet de trouver des articles pertinents sur le thème de la recherche.

Les mots clés : Alzheimer, thérapie non médicamenteuse, ergothérapie, EHPAD.

Keywords: Alzheimer's disease, non-pharmacological, occupational therapy, nursing home.

Equation de recherche en français : Alzheimer OU démence ET therap*

Equation de recherche en anglais : Alzheimer's disease OR dementia AND therap*

L'astérisque (*) permet d'englober tous les mots commençant par « therap » pour ne pas se fermer à thérapie mais inclure aussi thérapeutique, thérapeute ect.

Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion pour la recherche des articles seront qu'ils présentent au moins deux des mots clés présentés ci-dessus. Ils devront comprendre des données probantes et d'actualité.

Il est donc important que les articles choisis datent au maximum de quinze ans car le sujet est un sujet d'actualité qui amène des changements réguliers donc les articles avant 2005 pourraient ne pas être en accord avec les recherches d'aujourd'hui. Les articles de moins de dix ans seront privilégiés.

Il n'y a pas de choix de pays ou langue car le sujet est un problème international donc il est intéressant de voir ce qui peut se faire dans d'autres pays.

Dans la revue de littérature sont présentés : onze articles scientifiques dont cinq étant des articles internationaux ; et sept articles de la littérature professionnelle dont un internationale (Cf Annexe 2).

1.3.2 Analyse critique de la revue de littérature

Lors de la lecture de ces sources, il en est ressorti plusieurs sous thématiques qui permettent d'avoir des informations pertinentes sur la recherche.

❖ Thérapies médicamenteuses :

Les traitements médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer visent principalement à ralentir le déclin cognitif et à prévenir les troubles de comportements liés à la maladie (7). En effet aujourd'hui il n'existe pas de traitement curatif (5). Ces traitements sont donc prescrits pour traiter les symptômes et ralentir l'évolution de la maladie.

Actuellement, les traitements dits « spécifiques » de la maladie d'Alzheimer sont les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et la mémantine (8). Ces traitements ont notamment un but de diminuer les troubles du comportement ou leur survenu. En effet selon une étude de 2007 réalisée sur 1067 patients, la mémantine avait un effet significatif pour 60 % d'entre eux (9).

Cependant, en opposition à cela, il y a eu beaucoup de débats sur la prise de ces médicaments lors des quinze dernières années et plusieurs études ont été réalisées afin de démontrer leur prise inappropriée.

En effet, la prise de médicaments peut avoir des effets dangereux sur la personne âgée. Selon l'ANESM¹ une hospitalisation sur dix est liée aux effets secondaires d'un médicament ou d'une prise ou prescription inappropriée (4). En corroboration, selon une étude réalisée auprès de dix EHPAD en Alsace, les résidents ingéraient en moyenne 8,1 médicaments par jour et 1,4 médicaments étaient prescrits de manière inappropriée (1).

Plusieurs mesures ont donc été mises en place pour diminuer cette forte médication. En 2008 l'AHS recommande d'utiliser en première intention les thérapies non médicamenteuses (2). À la suite de cela, en 2011 une polémique apparaît et remet en cause l'efficacité des traitements médicamenteux. En opposition à ces demandes, nous pouvons remarquer que dans les EHPAD, malgré ces recommandations, les prescriptions de ces médicaments sont très peu en baisse

¹ Agence Nationale de l'Évolution et de la qualité des établissements de services Sociaux et Médico-sociaux

(8). Nous remarquons tout de même une vigilance plus importante des médecins prescripteurs sur ces médicaments (8).

Nous pouvons donc retrouver dans toutes les études et les recommandations sur le sujet qu'il est recommandé d'avoir une prise en soin médicamenteuse et non médicamenteuse en privilégiant les thérapies non médicamenteuses en première intention (1,4,7–10). La prise en soin doit être également pluridisciplinaire, individualisée et centrée sur les besoins de la personne et de son entourage.

Nous pouvons alors nous demander pourquoi la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer continue d'avoir de lourds traitements malgré les effets négatifs que cela peut avoir sur sa santé ? Par quels moyens ces thérapies médicamenteuses efficaces mais dangereuses pourraient être remplacées ou diminuées ?

❖ **Thérapies non médicamenteuses :**

Comme cité précédemment, depuis 2008 l'HAS recommande les thérapies non médicamenteuses en première intention dans la démence de type Alzheimer (2). En effet, ces thérapies permettent de traiter les symptômes de la démence sans avoir d'effets secondaires lourds lorsque cela est possible.

Ces thérapies ont pour but de freiner l'évolution de la maladie par le maintien de l'autonomie de la personne, par la diminution du déclin cognitif et en diminuant les troubles du comportement. Elles peuvent également avoir un impact sur l'humeur et la qualité de vie du patient mais également de son entourage (5,11–13).

Différentes thérapies non médicamenteuses peuvent être mises en place en fonction des besoins et de la demande de la personne. En effet cette prise en soin regroupe plusieurs personnels soignants comme des orthophonistes, des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, des ergothérapeutes ou encore des aides-soignants (12).

Plusieurs méthodes sont donc proposées en fonction des symptômes retrouvés chez le patient. Cela peut passer par de la thérapie fonctionnelle qui a pour but principal de maintenir l'autonomie dans les activités quotidiennes. Mais cela peut être aussi une thérapie cognitive qui sera principalement pour le maintien de la mémoire, une thérapie sensorielle comme de la musicothérapie ou de l'aromathérapie qui invitera le patient à se détendre ou encore d'autres méthodes plus spécifiques comme l'approche Montessori ou Snoezelen (12,14,15).

Cependant les études démontrent qu'il faut rester prudent sur les effets concrets de ces thérapies. Ces thérapies sont prometteuses mais aucune étude à long terme n'a été proposée

pour valider ces thérapies (5,12–14,16,17). En effet, plusieurs études ont été réalisées pour voir l'impact de ces thérapies chez des patients déments vivants en institution ou à domicile mais les études étaient généralement faites sur quelques mois et se sont ensuite arrêtées (16,18). Nous y retrouvons donc les effets à court terme mais cela ne va pas plus loin.

Nous pouvons donc nous demander pourquoi les programmes de thérapies non médicamenteuses ne sont pas continués dans la durée et comment sont mises en place ces thérapies sur le long terme ?

De plus, il est recommandé de favoriser les thérapies non médicamenteuses en première intention. Beaucoup d'études montrent donc la prise en soin non médicamenteuses chez des personnes étant au stade léger à modéré de la maladie notamment avec des programmes d'exercices, des stimulations cognitives ou des aménagements de l'environnement. Lors de symptômes sévères de la maladie, la thérapie médicamenteuse semble ensuite privilégiée (2).

Nous pouvons donc nous demander ici comment sont mises en place les thérapies non médicamenteuses selon l'évolution de la maladie ?

❖ **Suivi des thérapies non médicamenteuses selon les stades de la maladie :**

Comme expliqué dans la paragraphe précédent, les thérapies non médicamenteuses ont un rôle important dans la maladie d'Alzheimer pour prévenir son évolution et les symptômes qu'elle engendre sur le patient mais aussi dans le bien être psychologique et physique des aidants (11).

Au stade léger à modéré de la maladie, la prise en soin par les thérapies non médicamenteuses a généralement un rôle pour ralentir le déclin de la maladie et maintenir la personne à son domicile et donc éviter l'institutionnalisation précoce (12). Cependant, certaines études démontrent qu'il n'y a aucun résultat probant dans la mise en place de ces thérapies au stade sévère de la maladie d'Alzheimer (16,18). On peut se demander alors si des thérapies non médicamenteuses sont mises en place au stade sévère de la maladie et quels effets sont attendus à ce stade ?

Au stade léger à modéré, l'ergothérapeute a rôle important dans cette prise en soin non médicamenteuse. Il va tout d'abord pouvoir faire un aménagement du domicile de la personne pour faciliter sa participation dans les activités de la vie quotidienne et pour que l'environnement soit sécurisé (5). Il peut également faire un programme à domicile avec des

activités thérapeutiques de la vie quotidienne, des activités cognitives, sensorielles ou encore de l'activité physique pour maintenir l'autonomie de la personne (14,16,18).

Des études à ce sujet montre un réel impact sur l'autonomie des personnes dans leurs activités de la vie quotidienne. En effet une étude montre que des exercices réguliers d'aérobic réalisé par l'ergothérapeute à domicile apporte une diminution des chutes (18). De plus un aménagement de l'environnement en plus de ces exercices permet une augmentation de l'autonomie dans les activités de tous les jours (18). En complément, une revue de littérature réalisé en 2018 sur les thérapies non médicamenteuses et leurs effets nous apprend également que les exercices physiques peuvent réduire certains troubles du comportement ce qui engendre une amélioration de la performance occupationnelle et amène un soulagement aux aidants de la personne (14). Un programme de stimulation cognitive sur six mois montre une perte moins rapide de la mémoire (18). D'autres programmes de stimulation cognitive montrent également des résultats au niveau de la mémoire mais aussi sur l'orientation spatiale et temporelle et sur le langage et la compréhension (14). Ces résultats amènent une amélioration significative sur la qualité de vie de la personne et de ses aidants (14). Des résultats ont également montrés une baisse de la dépression par des activités productives en ergothérapie (18).

Comme expliqué précédemment, les thérapies non médicamenteuses dans le stade sévère de la maladie ont un autre objectif que pour le stade léger à modéré. Ici ces thérapies ont pour principal objectif de diminuer les troubles du comportements liés à la maladie. Les troubles du comportement ont un lourd impact sur la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie mais aussi au niveau du fardeau des aidants. Ils sont une des principales causes d'institutionnalisation (17).

Plusieurs objets médiateurs ont été mis en place pour canaliser les troubles aigus du comportement. Des thérapies sensorielles comme la mise en place de moments de détente avec de la musique ont montré une diminution des troubles du comportements (18). Cependant cette thérapie fonctionne sur un moment précis mais il n'y a pas de preuve de la diminution des troubles du comportements à long terme (18). Plusieurs thérapies sont également mises en place comme la luminothérapie, l'aromathérapie, les massages ou d'autres stimulations sensorielles mais ne montrent pour l'instant pas de résultats probants sur les effets à long terme contre les troubles du comportements (14).

Dans la prise en soin des troubles du comportement on peut également observer l'importance ici d'un aménagement de l'environnement. En 2015, une étude quantitative a notamment été réalisée sur la mise en place d'un tableau interactif dans des unités spécialisées dans

l'accompagnement des personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée (19). Ce projet a été réalisé dans le but de stimuler les patients lors de leur déambulation et de diminuer les comportements moteurs aberrants comme déranger des affaires ou fouiller des tiroirs (19). La mise en place de ce dispositif a permis de traiter un besoin chez les patients de manipuler des objets mais également au niveau du soignant car le patient peut s'exercer sans se mettre en danger ou mettre en danger quelqu'un d'autre et sans détériorer le lieu de vie (19).

Plusieurs problèmes ont tout de même été remarqués après la mise en place des programmes de thérapies non médicamenteuses quels qu'ils soient. En effet, beaucoup de programmes ne sont pas mis au long terme et le sevrage après ces programmes est compliqué. Nous pouvons alors nous demander ici comment ces thérapies peuvent être mises en place à long terme ? Quels sont les freins de cette mise en place sur le long terme ? Il y a-t-il un intérêt à les mettre en place à long terme ?

Une étude montre cependant que le maintien des programmes d'ergothérapie à domicile sur plusieurs mois amène une forte diminution de l'institutionnalisation précoce (17). Mais nous pouvons ici nous demander si cela correspond au stade léger à modéré ou au stade sévère de la maladie ?

1.3.3 Enjeux professionnels et questionnement

Après ce premier état des lieux, nous pouvons conclure que de nombreuses thérapies non médicamenteuses existent à ce jour. Elles ont des effets différents selon les stades de la maladie.

Nous pouvons nous demander ici quel type de thérapie est le plus utilisé selon le stade de la maladie dans la pratique ?

La prise en soin non médicamenteuse précoce est importante afin de freiner au maximum la maladie. Elle permet de maintenir la personne au domicile et d'éviter une prise de médicaments aux effets secondaires négatifs. Cette prise en soin n'est pourtant pas développée sur le long terme. A un stade plus sévère elle permettrait de diminuer les troubles du comportements de la personne présentant une maladie d'Alzheimer. Il y a-t-il alors un lien entre l'arrêt de ses thérapies et l'institutionnalisation des personnes ? Nous pouvons nous demander pour quelles raisons ses thérapies sont arrêtées ? Ne sont-elles plus aussi bénéfiques que lors de leur mise en place sur le long terme ? Quels sont les effets directs sur les troubles du comportement de la personne atteinte de la maladie au stade sévère ? Les effets sont-ils visibles sur le long terme ?

Il est également expliqué que les bénéfices de ces thérapies sont perçus au niveau des patients mais également de leur entourage familial ou soignant. Il est intéressant de se questionner alors sur les aspects bénéfiques de ces thérapies sur la pratique des soignants en institution.

Dans la littérature nous observons que l'ergothérapeute a un grand rôle à jouer dans la mise en place de ces thérapies. En effet, l'enjeu ici est de pouvoir favoriser le bien-être de la personne ayant une maladie d'Alzheimer tout en utilisant des thérapies qui seront significatives pour eux, qui auront du sens. Comment ces thérapies sont alors abordées par le patient ? Comment sont-elles adaptées selon le stade de la maladie ? Quel rôle l'ergothérapeute a dans la pratique ?

Il est donc intéressant de pouvoir interroger la pratique en ergothérapie sur les thérapies non médicamenteuses mises en place au stade sévère de la maladie. Cela confrontera la littérature à ce qui est réellement fait sur le terrain.

Ce questionnement m'amène à une nouvelle problématique professionnelle :

En quoi la mise en place à long terme de thérapies non médicamenteuses en ergothérapie pourrait avoir un impact sur les troubles de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère ainsi que sur sa prise en soin en institution ?

1.4 Enquête exploratoire

1.4.1 Méthodologie

L'enquête exploratoire vise à rechercher ce qui est mis en pratique en interrogeant des professionnels sur le terrain.

❖ Les objectifs généraux sont :

- Confronter l'état des lieux de la littérature (l'avancement de la recherche) à l'état des lieux des pratiques.
- Étayer la matrice théorique (concepts, auteurs, ouvrages).
- Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche, jauger la pertinence ou la vivacité de la question de recherche.
- Faire l'état des lieux des pratiques sur une question où il n'y a pas de recension actualisée (ancienneté des recherches ou études), de littérature professionnelle.

❖ Les objectifs spécifiques sont :

- Savoir quel type de troubles est généralement retrouvé dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère.
- Savoir quel type de thérapies non médicamenteuses est mis en place par les ergothérapeutes pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.
- Savoir quelle thérapie est le plus utilisée au stade sévère de la maladie, à quel moment elle est utilisée et pourquoi.
- Savoir quels sont les effets sur les troubles des personnes atteintes de la maladie au stade sévère.
- Comprendre quels sont les intérêts et les freins de la mise en place de ces thérapies à long terme.
- Avoir un retour sur leur mise en place par les soignants.

❖ Population :

La population interrogée est représentée par des ergothérapeutes travaillant en EHPAD ainsi que des aides-soignantes. La recherche de contact se fait auprès d'une chaîne d'EHPAD française. Des demandes sur les réseaux sociaux sont également réalisées pour ne pas fermer la recherche à un seul type d'EHPAD. Cela permet également de trouver des aides-soignantes.

Le choix d'interroger des ergothérapeutes en EHPAD se justifie par le fait que la recherche soit sur le stade sévère de la maladie d'Alzheimer, ce sont des personnes qui sont généralement institutionnalisées à ce stade. Il est également pertinent d'interroger des aides-soignantes car ce sont elles qui sont au plus près des résidents et qui s'occupent notamment de faire suivre les thérapies non médicamenteuses mises en place par l'ergothérapeute.

Les critères d'inclusions sont donc : être ergothérapeute ou aide soignantes en EHPAD, pratiquer ou non les thérapies non médicamenteuses.

Les critères d'exclusions sont : les personnes ne prenant pas en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ne connaissant pas les thérapies non médicamenteuses, les professionnels autres que les ergothérapeutes ou les aides-soignantes.

L'accord de chaque participant sera demandé et l'anonymat sera garanti ce qui pourra favoriser leur accord.

❖ L'outil de recueil de données :

Pour cette enquête il a été choisi de réaliser un outil de mesure de données quantitatives. Il sera donc effectué un questionnaire. Le questionnaire permet de recueillir des données quantitatives sur des expériences, des méthodes, des avis.

De plus le questionnaire est intéressant car il permet :

- D'interroger un grand nombre de sujets,
- De garder l'anonymat des personnes ce qui favorise la participation à l'enquête,
- D'éviter les biais liés à l'interlocuteur comme dans l'entretien,
- D'interroger des personnes n'étant pas dans la région,
- De permettre aux personnes de prendre le temps de réfléchir à leur réponses (20).

Il a cependant certains inconvénients qui sont :

- La difficulté dans la formulation des questions, dans la compréhension des interrogés,
- Nous ne pouvons être sûr que la personne interrogée répond seule,
- Le manque de spontanéité,
- Le manque d'observation direct (20).

Le questionnaire sera réalisé à l'aide d'un Google-Form®. Cet outil permet d'envoyer le questionnaire facilement en envoyant le lien par mail ou en le transmettant sur les réseaux sociaux. Ce format est assez ludique ce qui permettra aux participants d'être plus impliqués. Ce questionnaire est basé sur la matrice de questionnement (Cf Annexe 3 et 4).

❖ Anticipation des biais :

Dans cette enquête, des biais liés à l'utilisation d'un recueil de données spécifique peuvent être observés. Il est important d'anticiper leur parvenue afin de trouver des moyens de les contrôler ou de les atténuer. Les biais sur lesquels une vigilance est mise en rapport avec le questionnaire sont les suivants :

- Le biais méthodologique : c'est un biais qui est dû principalement à la réalisation du questionnaire, cela comprend la formulation des questions et la cible des interrogés. Ce biais peut avoir comme conséquence une mauvaise compréhension des questions, une lassitude des interrogés ou une mauvaise cible des interrogés. Pour atténuer ce biais il est important de

réaliser des questions courtes, claires et concises et sans orientation et de bien identifier les personnes interrogées (21) .

- Le biais de désirabilité sociale : ce biais correspond à l'impact de la peur du jugement face aux questions, le questionnaire étant anonyme, ce point peut permettre d'atténuer ce biais (21).
- Le biais de confirmation : ce biais touche plutôt le chercheur, c'est lorsque ce dernier veut confirmer l'hypothèse sur laquelle il veut aller. Il est alors important de construire des questions qui ne vont pas dans le sens de notre hypothèse pour ne pas orienter les interrogés (21).
- L'effet de soumission au groupe : ce biais peut être dû à une réponse de questionnaire en groupe. Il est alors important de dire aux interrogés de répondre seul au questionnaire (21).

❖ Déroulement de l'enquête :

Le lien du questionnaire a été envoyé par mail aux participants, il a également été mis à disposition dans des groupes d'ergothérapeutes ainsi que d'aides-soignants sur les réseaux sociaux. Un délais d'un mois a été accordé aux participants. Le questionnaire a ensuite été fermé.

1.4.2 Résultats

Dans cette partie nous présenterons dans un premier temps les données descriptives de la population interrogée. Les résultats seront ensuite présentés en fonction des objectifs visés. L'ensemble des résultats est présenté en annexe.

Données descriptives :

Sur un total de 67 réponses, 65 personnes prennent en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

Sur ces 65 personnes, nous observons que 61 personnes connaissent la pratique des thérapies non médicamenteuses pour prendre en soin les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les six personnes ayant répondu « non » à ces deux questions sont exclus du questionnaire.

Sur les 61 personnes interrogées, nous pouvons voir qu'il y a 50 ergothérapeutes et 11 aides-soignantes.

Enfin sur les 50 ergothérapeutes interrogés nous observons que 46 pratiquent les thérapies non médicamenteuses.

❖ Les différents types de troubles généralement retrouvés dans la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

Sur les 61 professionnels interrogés, 57 expriment que les troubles les plus observés sont les troubles du comportement. On retrouve les troubles décrits dans le NPIES qui sont l'anxiété, l'agitation, la déambulation, la désinhibition, l'agressivité, l'apathie et les idées délirantes. Il est également décrit pour plus de la moitié des professionnels (36/61) les troubles cognitifs qui sont les troubles de la mémoire, du langage, les praxies, gnosies, la désorientation et les troubles de l'attention.

Enfin pour un quart des professionnels sont observés également des troubles fonctionnels et d'autres troubles comme les troubles de l'humeur, la fatigue, la dépression etc.

Dans la revue de littérature il était dit que les thérapies médicamenteuses ou non médicamenteuses étaient mises en place principalement pour pallier les troubles du comportement, le déclin cognitif et la perte d'autonomie (5,11–13).

Nous pouvons voir que dans le questionnaire la perte d'autonomie ressort moins bien qu'elle soit présente, ce sont les troubles du comportements et cognitifs qui sont le plus exposés.

La dépression et les troubles de l'humeur étaient également montrés dans la revue de littérature (5,11–13).

❖ Les différentes thérapies non médicamenteuses mises en place par les ergothérapeutes pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Sur les cinquante ergothérapeutes interrogés, quatre ne pratiquent pas les thérapies non médicamenteuses. Ils sont donc exclus du questionnaire pour les prochaines questions mais il est intéressant de regarder leur réponse sur le questionnement au niveau des freins liés aux TNM.

Les ergothérapeutes interrogés pratiquent majoritairement les thérapies fonctionnelles cognitives et sensorielles. En effet, nous pouvons voir que 42 pratiquent la thérapie fonctionnelle, 40 la thérapie cognitive et enfin 36 la thérapie sensorielle. Ceci est bien en lien avec la revue de littérature qui développait ces trois thérapies. Cependant nous retrouvons également d'autres thérapies existantes notamment les thérapies comportementales,

occupationnelles ou de type Montessori. Cependant cette autre catégorie de thérapie n'a été abordé que par 6 ergothérapeutes.

Nous pouvons nous demander alors à quoi correspondent les thérapies comportementales et occupationnelles ? Sont-elles utilisées par de nombreux ergothérapeutes ? Quels impacts ces différentes thérapies ont sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui a pour principal symptôme les troubles du comportements ?

❖ **Les thérapies les plus utilisées selon les stades de la maladie d'Alzheimer.**

Les ergothérapeutes utilisent majoritairement les thérapies fonctionnelles et cognitives pour le stade léger. En effet, ils sont environ 35 sur les 46 interrogés à utiliser ces thérapies à ce stade et en revanche ils ne sont qu'une vingtaine à pratiquer la thérapie sensorielle à ce stade. Pour le stade modéré les thérapies fonctionnelles, cognitives et sensorielles sont utilisées à parts égales. En ce qui concerne le stade sévère, ce sont en majorité les thérapies sensorielles qui sont utilisées, nous remarquons cependant une utilisation assez conséquente des thérapies fonctionnelles également. En effet seulement 9 personnes utilisent les thérapies cognitives contre une vingtaine pour la thérapie fonctionnelle et 37 pour la thérapie sensorielle.

Ces résultats sont en accord avec la revue de littérature, cependant il n'était pas démontré que les thérapies fonctionnelles étaient également beaucoup utilisées au stade sévère.

On peut alors ici se demander quels sont les impacts des thérapies fonctionnelles sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère ?

Lorsque nous interrogeons les ergothérapeutes sur quelle thérapie spécifique ils utilisent, nous remarquons que les ergothérapeutes utilisent majoritairement des thérapies sensorielles mais aussi des thérapies fonctionnelles comme la gym douce. Ils utilisent également des thérapies par le jeu ainsi que des thérapies occupationnelles par la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Dans la revue de littérature, il était dit que les ergothérapeutes utilisaient majoritairement des thérapies sensorielles au stade sévère de la maladie comme la musicothérapie, la salle snoezelen ou la zoothérapie (18). Ceci rejoint donc en partie les résultats de l'enquête cependant nous pouvons nous demander quels impacts ont les thérapies fonctionnelles ou occupationnelles chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

❖ **Intérêts et freins de la mise en place de ces thérapies à long terme.**

Pour la moitié des ergothérapeutes, les thérapies non médicamenteuses sont réalisées sur plus de 12 mois.

La majorité des ergothérapeutes évalue leur intervention une fois par trimestre.

Nous pouvons nous demander ici, quel est l'intérêt de mettre en place les thérapies sur le long terme ?

Contrairement à la revue de littérature, il en ressort ici que l'intérêt principal de la mise en place des thérapies non médicamenteuses n'est pas la diminution des médicaments. En effet, il est ici important d'apaiser la personne et de permettre un meilleur lien avec l'environnement humain. Selon les ergothérapeutes interrogés l'intérêt du long terme est d'avoir un contrôle sur les troubles de la personne, de pouvoir suivre leur évolution et de maintenir leur capacité au maximum.

Douze ergothérapeute sur les quarante-six interrogés ne mettent pas en place des thérapies non médicamenteuses au stade sévère de la maladie.

On peut se demander alors quelles sont les raisons pour lesquels ces thérapies ne sont pas mises en place par les ergothérapeutes ? Quels sont les freins à leur mises en place.

Selon un tiers des ergothérapeutes interrogés c'est principalement le manque de coopération avec les autres professionnels qui est un frein à la mise en place des thérapies non médicamenteuse. Pour le reste c'est le manque de temps ou le manque de moyens qui est mis en évidence. Il est donc intéressant d'avoir interrogé les aides-soignantes pour comparer les résultats des deux enquêtes.

❖ Retour des soignants sur la mise en place des thérapies non médicamenteuses par les ergothérapeutes.

Onze aides-soignantes ont répondu au questionnaire. Leur réponses sont importantes car ce sont eux/elles qui font perdurer la mise en place des thérapies non médicamenteuses par les ergothérapeutes. Ils/elles sont en contact permanent avec les résidents, ce sont donc eux/elles qui voient les impacts directs de ces thérapies.

Pour la majorité des aides-soignants (10/11) des changements moyens ou total ont pu être observés lors de la mise en place des thérapies non médicamenteuses. Les changements principaux sont la diminution de l'anxiété et de l'agressivité et des résidents qui sont donc plus coopérants dans les soins.

Au niveau de l'impact sur le travail des aides-soignantes, la majorité (6/9) explique que les résidents sont plus coopérants. Deux d'entre elles ont également expliqué qu'elles même remettent plus facilement leur travail en question.

Ces changements perdurent en partie pour la majorité des aides-soignantes (9/11).

On peut se demander ici en quoi les thérapies non médicamenteuses peuvent favoriser le lien soignant/soigné ? Peuvent-elles avoir un impact sur la prise en soin du résident et comment ?

Conclusion :

❖ **Résultats principaux :**

- Les troubles du comportements sont le plus retrouvés au stade sévère de la maladie.
- Les thérapies sensorielles sont très utilisées à ce stade mais sont aussi développées les thérapies fonctionnelles et occupationnelles.
- Les impacts principaux sont la diminution des troubles du comportement et l'amélioration de la prise en soin du résident.
- La relation soignant/soigné est améliorée.

❖ **Confrontation avec la revue de littérature :**

- Les résultats des soignants valident ce qui était dit dans la revue de littérature au niveau des troubles les plus retrouvés qui sont les troubles du comportements.
- Dans la revue était expliqué que ce sont principalement les thérapies sensorielles qui sont utilisées au stade sévère et non les thérapies fonctionnelles ou occupationnelles plutôt utilisées en première intention.
- Les principaux intérêts dans la revue de littérature étaient la baisse de la prise des médicaments, contrairement à la pratique où il est principalement dit que c'est pour le bien être du résident et du soignant.

❖ **Problématisation :**

- Quels sont les effets de la thérapie par l'occupation sur la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère ?
- En quoi la diminution des troubles a un impact sur la prise en soin du résident ?
- Il y a-t-il un lien entre la réalisation d'occupation et l'engagement du résident dans sa prise en soin ?
- En quoi les thérapies non médicamenteuses ont un impact sur la relation soignant/soigné ?

L'ensemble de cette analyse, de cette problématisation pratique et la confrontation entre l'enquête exploratoire et la revue de littérature converge vers la question initiale de recherche suivante :

En quoi la thérapie par l'occupation et l'engagement du patient dans sa prise en soin sont-ils liés ?

1.5 Cadre théorico-conceptuel

Après avoir réalisé l'enquête exploratoire, nous pouvons voir qu'il est ressorti que la thérapie par l'occupation est une pratique exercée par les ergothérapeutes. N'étant pas mise en évidence dans la revue de littérature, il est intéressant de pouvoir comprendre la notion d'occupation et ainsi faire du lien avec cette thérapie. Nous allons donc développer le concept d'occupation dans le champs disciplinaire des sciences de l'occupation qui a pour principal objet d'étude l'occupation humaine.

De plus, l'enquête exploratoire nous montre également que les thérapies non médicamenteuses pourraient favoriser la prise en soin de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Il est donc intéressant de s'interroger sur l'engagement de la personne dans sa prise en soin. L'engagement sera décrit à l'aide de différents champs disciplinaires : la sociologie qui permet de comprendre le comportement de l'individu dans la société ici dans l'EHPAD ; la psychologie avec la théorie de l'autodétermination qui nous permettra de comprendre les motivations de la personne à s'engager dans une activité ou une autre ici dans sa prise en soin. Ainsi nous pourrons ensuite faire du lien entre l'occupation et l'engagement de la personne dans sa prise

en soin dans le champs disciplinaire des sciences de l'occupation qui développe l'engagement occupationnel.

1.5.1 L'occupation

Tout d'abord nous allons développer l'occupation en terme général. Nous observerons ensuite l'utilisation de ce concept dans le modèle de l'occupation humaine développé par Gary Kielhofner et dans l'approche occupationnelle présentée par Sylvie Meyer.

❖ L'occupation générale :

Les sciences de l'occupation ont été développées par Elisabeth Yerxa en 1990 après de nombreuses recherches à l'université de Californie du sud, dans le but de soutenir la pratique en ergothérapie (22). Depuis, de nombreux auteurs ont étudié cette science et ont défini l'occupation. Dans son ouvrage « La science de l'occupation pour l'ergothérapie », Doris Pierce, ergothérapeute et chercheuse en science de l'occupation développe les concepts clés de l'occupation et leur application clinique (22).

Elle définit l'occupation sous deux niveaux : un niveau qui inclut l'expérience individuelle et son contexte et un niveau où elle définit l'activité par des idées liées à la culture. Pour le premier niveau elle définit donc l'occupation comme une « expérience individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. » (22). Elle explique que les occupations sont des événements subjectifs de la vie qui entrent dans un contexte temporel, spatial et socio-culturel. Pour le second niveau elle explique que l'activité est « une idée véhiculée de l'esprit des sens et dans leur langage culturel partagé » (22). Les activités ne sont donc pas subjectives elles appartiennent et sont réalisées par tous dans un contexte non défini.

Elle explique donc que dans la pratique des sciences de l'occupation, il est important de comprendre la signification, les expériences et des dimensions contextuelles de l'occupation (22).

Dans les sciences de l'occupation il est expliqué que l'occupation a plusieurs aspects qui sont : la forme, la fonction et la signification occupationnelle (22).

La forme occupationnelle c'est ce que nous faisons et comment nous le faisons, c'est ce qui est observable (22).

La fonction occupationnelle c'est le besoin fonctionnel de faire l'occupation. C'est-à-dire le but des occupations, pourquoi elles sont faites, à quoi elles nous servent. Cela inclut donc la

manière de faire les occupations, leurs configurations et les habitudes de vie. C'est la façon dont nous adaptons les occupations pour trouver un équilibre occupationnel (22).

La signification occupationnelle correspond au sens que nous mettons à nos activités. En effet les occupations sont subjectives et singulières. Elles sont donc significatives et signifiantes pour nous. Cela inclut également notre rôle et notre identité occupationnelle (22).

Pour mieux comprendre ces trois aspects de l'occupation certains auteurs ont ensuite défini des concepts dans l'occupation comme Gary Kielhofner avec le modèle de l'occupation humaine présenté ci-dessous.

❖ Modèle de l'occupation humaine :

Le modèle de l'occupation humaine a été élaboré par Gary Kielhofner (1949-2010) à la fin des années 1980 (23). Ce modèle est encore aujourd'hui, après la disparition de l'auteur, très étudié par les ergothérapeutes dans le monde, en effet ce modèle a été édité cinq fois depuis sa création. Il est en constant ajustement depuis sa création notamment sur la terminologie de « l'occupation ».

Pour Kielhofner « l'être humain est un être occupationnel » car c'est dans l'agir que les personnes se construisent (23). L'occupation est dite « dynamique » car elle dépend des facteurs environnementaux qui l'entourent. La participation de la personne dans ses occupations est donc le résultat d'un « processus dynamique » où interagissent la motivation à faire l'action, les habitudes, les rôles, les capacités et l'environnement (23).

Le concept d'occupation humaine est défini par Kielhofner comme « une large gamme d'activités réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (23). De ces activités, ressortent trois groupes qui sont les activités de vie quotidienne, les activités de loisir et les activités de productivité. *Les activités de productivité* correspondent à des activités visant à rendre un service ou à créer des biens et des savoirs, elles peuvent être rémunérées ou non. *Les activités de vie quotidienne* correspondent à des tâches de la vie courante telles que les soins personnels, l'entretien de l'habitat etc. Pour finir *les activités de loisirs* correspondent aux activités de plaisirs réalisées librement par la personne (23).

Le MOH a été décrit en trois grandes parties par les acteurs francophones québécois : l'Etre, l'Agir et le Devenir. L'Etre correspondant aux composantes de la personne, l'Agir qui correspond à la manière dont la personne réalise ses activités et le Devenir qui est le résultat entre l'Etre et l'Agir pour exprimer de quelle manière la personne va s'adapter à ses occupations (23).

- L'Etre :

Dans ce premier groupe, trois composantes de la personne sont définies : la volition, l'habitation et la capacité de performance.

La volition est décrite comme la motivation d'une personne à agir sur son environnement. Elle est composée elle-même de trois sous-groupes qui sont les valeurs, les centres d'intérêt et la causalité personnelle. *Les valeurs* correspondent à ce que la personne considère comme important et significatif. *Les centres d'intérêts* sont les aspects agréables et satisfaisants d'une activité. *La causalité personnelle* correspond aux sentiments d'efficacités et de capacités personnelles. Pour Kielhofner la volition correspond donc au processus qui permet à la personne d'être engagée dans une activité. Le « processus volitionnel » est donc défini selon plusieurs étapes : la personne expérimente des activités qu'elle interprète ensuite pour anticiper et faire des choix qui vont stimuler à nouveau son expérience (23).

L'habitation comprend les *habitudes* de la personnes ainsi que ses *rôles*. Elle renvoie donc à une organisation et à des comportements semi-automatiques qui s'effectuent dans un environnement familier (23).

La capacité de performance ou capacité de rendement correspond aux *composante objectives sous-jacentes* ainsi qu'à *l'expérience subjective du corps*. Elle se définit donc comme les capacités ou incapacités physiques ou cognitives de la personne en lien avec le ressenti corporel personnel de la personne dans ces expériences (23).

- L'Agir :

L'Agir correspond à la dynamique du modèle de l'occupation humaine. Trois niveaux d'actions sont définis : la participation occupationnelle, la performance occupationnelle et les habiletés.

La participation occupationnelle correspond à l'engagement effectif de la personne dans ses activités aux seins de contextes socioculturels spécifiques (23).

La performance occupationnelle correspond à la réalisation de l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation de la personne (23).

Les habiletés correspondent aux habiletés motrices, opératoires, de communications et d'interaction qu'utilise la personne dans ses activités de manière observable (23).

- Le Devenir :

Comme expliqué précédemment, le Devenir correspond aux conséquences de l'Agir. Il est défini ici deux principes du Devenir qui sont : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle. Ces deux aspects découlent des expériences vécues par la personne.

L'identité occupationnelle correspond au lien entre ce que la personne est actuellement et ce qu'elle souhaite devenir (23).

La compétence occupationnelle correspond à la capacité de la personne à générer et à maintenir une routine d'occupations correspondant à son identité occupationnelle. Cela signifie que la personne réalisera des occupations par responsabilité, devoir et obligation qui seront liés à ses rôles mais aussi à ses valeurs personnelles (23).

- L'environnement :

Ces trois grands principes du MOH sont en lien avec l'environnement de la personne. En effet la personne effectue toujours ses occupations dans un contexte environnemental spécifique. Cet environnement est constitué de l'environnement physique et social. L'environnement peut être source d'obstacle, de ressource, de demandes ou de contraintes qui vont influencer la participation de la personne dans ses occupations. La personne n'effectuera donc pas de la même manière une même occupation dans deux environnements différents. Elle vivra alors deux expériences totalement différentes (23).

L'objectif de ce modèle est donc de comprendre les liens de l'engagement humain dans ses occupations. Celui-ci étant dépendant de la motivation, des habitudes, des rôles, des valeurs, des habiletés et de l'environnement de la personne. Notre participation occupationnelle est-elle alors vectrice d'autres occupations, de bien-être et de santé ?

Cet engagement dans les occupations étant subjectif, nous pouvons alors nous demander comment percevoir et favoriser cet engagement selon la personne que nous sommes et l'environnement dans lequel nous vivons ?

Pour faire un lien entre ces différents concepts occupationnels et la pratique, Sylvie Meyer a développé ce qu'on appelle l'approche occupationnelle.

❖ Approche occupationnelle :

L'approche occupationnelle est définie par Sylvie Meyer comme « des interventions dont les indications sont des dysfonctions occupationnelles et non des diagnostics médicaux, dont les buts et les moyens sont des occupations » (24).

▪ Définition de l'occupation :

Elle se base sur une définition donnée par Townsend en 2002 qui définit les occupations comme « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les

différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification » (24). Elle-même dit que « les occupations sont ce que les gens font et la manière dont ils le font, rarement ou habituellement » (24). Elle explique que ces occupations peuvent être individuelles, partagées, interdépendantes ou collectives. Qu'elles existent dans un environnement physique social et culturel et qu'elles organisent la vie et contribuent à la société. Elle explique que ces occupations sont dépendantes des rôles de chacun et qu'elles construisent l'identité de la personne. La personne est, et devient, elle appartient à son environnement social (24).

Elle indique également que l'occupation permet de vivre et de survivre et qu'elle est source de bien-être et de santé.

Sylvie Meyer explique que l'occupation est interdépendante de l'environnement et des performances individuelles. En effet les occupations demandent des habiletés et des fonctions corporelles qui vont influencer sur la manière dont va être faite l'activité. Par les performances occupationnelles, les personnes vont pouvoir influencer leur environnement qui lui aussi les influencera en retour (24).

- Utilisation de l'approche centrée sur l'occupation :

Selon Fischer, on peut distinguer trois visions de l'occupation en thérapie dans l'approche occupationnelle : centré ou fondé sur l'occupation, basé sur l'occupation ou ciblant l'occupation (24).

La centration sur l'occupation consiste à prendre en compte le patient comme un « être occupationnel », à prendre en compte ses difficultés dans ses occupations et de concevoir l'occupation comme un « agent de changement ». Cette centration permet au patient de contrôler leur performance, leur engagement, leur participation ou leur environnement. Elle se décline de deux façons : cibler l'occupation et se baser sur l'occupation (24).

Cibler l'occupation signifie que l'occupation est l'élément de base à la thérapie. C'est un ingrédient de base de l'intervention que ce soit dans les évaluations ou dans les traitements. Le thérapeute va engager la personne dans une occupation qui va favoriser son acquisition, cette occupation pourra être effectuée dans différents environnements qui pourront être modifiés en fonction des besoins de la personne (24).

Être basé sur l'occupation signifie que le thérapeute ne fera pas des activités artistiques ou artisanales, de jeu ou de loisir en groupe qui ont pour objectif de donner du sens à la personne ou de travailler sur ces habiletés. Les occupations respecteront les souhaits ou les routines de la personne, elles ne seront pas influencées ou stimulées par le thérapeute (24).

Comme expliqué dans le MOH, les occupations étant subjectives et dans un environnement donné, on peut se demander comment la reproduction de ces occupations peut être-elle faite dans un environnement idéal pour la personne ?

Cette thérapie est effectivement difficile à mener sur le terrain car il est compliqué de pouvoir trouver l'environnement idéal pour que la personne puisse réaliser ses occupations de routines. Ces thérapies sont cependant intéressantes car la personne y trouve du sens et peut se projeter.

L'occupation est alors une expérience individuelle réalisée dans un contexte donnée. La participation à une occupation dépendra alors des valeurs de la personne, de ses habitudes, de ses compétences et de l'environnement dans laquelle elle se déroule.

Alors nous pouvons nous demander comment et pourquoi la personne s'engage dans une occupation ? Nous savons maintenant que la participation d'une personne dans une occupation dépend de différents facteurs mais il est intéressant de comprendre les aspects de cet engagement et de savoir pourquoi ils ont un impact sur l'occupation. Nous pouvons également nous demander si la participation dans une occupation pourrait alors avoir un impact sur l'engagement dans une autre occupation ?

1.5.2 L'engagement

Dans le champs disciplinaire de la sociologie, le concept d'engagement est utilisé pour analyser les comportements des individus et des organisations. Ce concept fortement utilisé n'a pourtant été que très peu analysé dans son ensemble. De nombreuses significations de ce concept sont donc observées ce qui peut amener à des ambiguïtés (25).

Becker explique dans un premier temps que l'engagement « s'inscrit dans une certaine période temporelle » (25). En effet il explique qu'il y a une notion de trajectoire d'activité. Ce qui veut dire que deux individus ayant le même but pourront avoir deux trajectoires et des activités complètement différentes. Ils seront alors engagés dans un but commun mais ne s'engageront pas dans les mêmes activités pour y parvenir. L'individu doit alors choisir la trajectoire qui lui correspondra le mieux pour arriver à son but, on appelle ça la « cohérence du comportement » (25).

Dans cette engagement il est donc retrouvé les valeurs de l'individu, mais il est aussi observé un impact de la société sur les choix de la personne. Cet impact peut être lié aux contraintes de la société sur l'individu mais aussi aux valeurs culturelles de l'individu qui le poussent à faire un choix ou un autre (25).

Sur ce même point Abramson disait que : « Les trajectoires d'engagement sont ces trajectoires de l'action que l'acteur se sent obligé de poursuivre, sous la contrainte ou la sanction [...] Les trajectoires d'engagement [...] sont des séquences d'action avec des sanctions et des coûts arrangés de manière à garantir leur sélection. » (25). Nous observons bien ici l'aspect de la pression de la société sur l'individu. Nous pouvons nous demander ici si que le fait d'avoir une pression par la société a un impact sur le degré de l'engagement de la personne ?

Becker parle ensuite de l'intérêt de l'action (25). En effet l'individu va être engagé différemment dans une activité selon l'impact qu'elle aura derrière. Il ne s'engagera jamais dans quelque chose où il sait qu'il y aura un impact négatif derrière. Le fait de s'engager dans l'activité est alors réfléchi pour ne pas mettre à mal le but que l'individu avait au départ. C'est ce qu'on appelle un « pari adjacent » (25). Cependant il est observé que les personnes réalisent souvent des paris adjacents contraints par la société. Par exemple si l'engagement de la personne dans une activité peut avoir un impact négatif sur d'autres personnes, il va alors retourner en arrière et s'engager à ne pas faire cette activité pour la société qui l'entoure ou pour son image.

Erving Goffman a également amené la notion « d'interaction de face à face » (25). Il explique que l'engagement de l'individu au travers de son entourage est réalisé pour montrer son rôle. Nous nous engageons à garder ce rôle auprès de nos semblables, à être digne de confiance. Cette engagement est donc un engagement fort qui peut être contraint par la suite par le regard de l'entourage (25).

On peut alors se demander si l'engagement n'est pas influencé seulement par des motivations externes ?

Dans la champs disciplinaire de la psychologie nous retrouvons une théorie, appelée « théorie de l'autodétermination ». Cette théorie a été élaborée par Deci et Ryan après une expérience réalisée auprès d'étudiants en psychologie.

Elle permet de comprendre que l'engagement a une motivation extrinsèque et intrinsèque. En effet, leur expérience a permis de voir que la motivation n'était pas seulement due à une récompense. Deci explique que la motivation intrinsèque consiste à « effectuer l'activité sans aucune récompense apparente, sauf le plaisir que l'individu éprouve par la pratique de cette activité ou au travers des sentiments de satisfaction qu'il a en retour de cette pratique ». Il montre notamment que dans certaines situations, la récompense peut avoir un effet négatif sur la motivation de la personne (26).

Deci et Ryan ont ensuite montré différents degrés de motivation. En effet si la motivation intrinsèque est totalement autonome, la motivation extrinsèque dépend de plusieurs éléments

extérieurs à l'individu. Ils expliquent alors que plus la motivation sera autonome plus la motivation sera forte chez la personne (26). On distingue alors trois grands groupes de motivation : l'amotivation, la motivation contrôlée et la motivation autonome (26).

L'amotivation va correspondre à un degré de motivation nul, la personne est passive dans l'activité (26).

La motivation contrôlée va comprendre la motivation extrinsèque et la motivation introjectée. La motivation extrinsèque correspondant à une motivation qui est définie par une récompense ou un évitement de punition. La motivation introjectée se définissant par notre valeur aux yeux de la société. Pour cette dernière motivation, nous pouvons prendre comme exemple une personne ayant un rôle de chef de famille, elle pourra alors réaliser des activités pour ne pas décevoir sa famille, pour ne pas être vue comme une personne n'assumant pas son rôle (26).

Enfin nous retrouvons la motivation autonome, qui est le degré de motivation le plus fort. Elle comprend la motivation identifiée et la motivation intrinsèque. La motivation identifiée correspondant à une motivation réalisée du fait de ses propres valeurs, l'activité ne sera donc pas forcément plaisante mais importante aux yeux de la personne. La motivation intrinsèque est une motivation se définissant par le plaisir de faire, par une satisfaction dans la réalisation de l'activité (26).

Enfin dans leur théorie de l'autodétermination, Deci et Ryan parle de trois besoins fondamentaux jouant sur la motivation de l'individu :

Le besoin d'autonomie, qui est le fait de pouvoir faire ses propres choix concernant ses actions,
 Le besoin de compétence, qui est le besoin d'interagir efficacement avec son environnement,
 Le besoin de relations sociales, qui est le sentiment d'appartenance à un groupe, de se sentir exister et pouvoir interagir dans ce groupe (26).

En effet plus ses besoins seront acquis plus la personne sera motivée dans ses actions.

Alors, si l'engagement est défini selon des motivations intrinsèques et extrinsèques nous pouvons nous demander, en lien avec les occupations, si les occupations réalisées peuvent avoir un impact sur l'engagement de la personne dans une occupation future ? Nous pouvons également nous demander si le rôle de la personne dans une occupation va influencer l'engagement de celle-ci dans cette occupation ?

Il est alors également intéressant de développer le concept d'engagement occupationnel pour comprendre le lien entre les occupations de la personne et son engagement dans celles-ci.

Dans son ouvrage « De l'activité à la participation », Sylvie Meyer définit l'engagement comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (27). Lorsqu'une personne est engagée dans une activité ou une occupation, elle aura alors envie d'atteindre son objectif. L'activité ne sera pas forcément plaisante ou simple à réaliser pour la personne mais l'expérience de la personne sera plus importante que sa difficulté. La personne va trouver un bénéfice derrière son occupation, peu importe le chemin pour arriver à son but, il y aura derrière une satisfaction dans la réalisation de l'occupation. L'engagement est alors le « versant motivationnel et émotionnel » de la réalisation de l'occupation ou de l'activité (28). Nous pouvons alors nous demander si comme en sociologie nous retrouvons un versant motivationnel interne et externe de l'engagement ?

L'engagement peut être aussi présent par des contraintes qui peuvent être dus à nos rôles sociaux. Par exemple une personne peut être engagée par contrainte lorsqu'il est question de son entourage. L'engagement est alors un élément subjectif dans la réalisation des activités ou des occupations mais nous observons aussi un impact de l'environnement socio-culturel sur cet engagement. On retrouve alors comme en sociologie des motivations internes et externes dans l'engagement. Lors de l'apparition du concept d'engagement occupationnel dans les années 1990, Cynkin et Robinson explique que le degré de celui-ci varie selon : la nature de l'activité ; l'humeur, l'attitude, l'état physique et le style idiosyncratique de l'auteur de l'action ; et le contexte dans lequel se déroule l'activité (28). Nous remarquons bien alors ici les facteurs internes et externes influençant cet engagement dans l'occupation.

Cependant que l'engagement soit présent par contrainte ou par choix personnel, il est expliqué que le sens que la personne y met est important. Selon Clark et al. être engagé dans des activités significatives aurait un effet positif sur la santé et le bien-être de la personne (28).

En science de l'occupation, nous observons également un lien entre l'engagement et la participation. En effet Sylvie Meyer décrit la participation comme « l'engagement, par l'occupation, dans des situation de vie contextualisées » (27). En effet, la personne va exister et avoir des interactions sociales en fonction de son engagement dans des activités ou occupations dans un environnement social donné. C'est alors ce qui construit une société. Nous pouvons alors faire un lien entre le fait d'être engagé dans une occupation et d'interagir avec la société (28).

On retrouve dans cette description de l'engagement occupationnel des aspects du modèle de l'occupation humaine développé par Gary Kielhofner. En effet on comprend que l'engagement occupationnel peut dépendre des valeurs de la personne qui correspond à l'Etre dans le MOH,

du contexte socio-culturel et de la participation occupationnelle qui correspondent à l'Agir dans le MOH (28,29). Mais alors lorsqu'il est question du Devenir, l'engagement dans une occupation pourrait-il être influencé par l'identité et la compétence occupationnelle de la personne ?

Selon Sylvie Meyer, les individus doivent maintenir un certain équilibre entre les différentes activités dans lesquels ils s'engagent que ce soit des activités de productivité, de loisir ou de soin personnel (27). Quelques années plus tard d'autres auteurs comme Bejerholm et Eklunf se sont basés sur la définition de l'engagement comme : « La mesure dans laquelle une personne a un rythme d'activité et de repos équilibré, une variété d'occupations et de routines significatives ainsi que la capacité de se déplacer dans la société et d'interagir socialement » (28).

L'engagement occupationnel étant un vecteur de santé et de bien-être, l'individu doit savoir trouver un équilibre (28). Nous pouvons alors penser que trop peu d'engagement peut être délétère pour la personne mais qu'un trop plein d'activités engagées peut l'être aussi. Nous pouvons alors nous demander comment pouvons-nous trouver cet équilibre afin de favoriser notre engagement occupationnel ? Le choix des occupations a-t-il alors un impact important sur cet équilibre ?

1.5.3 Synthèse du cadre théorique-conceptuel

Pour résumer, l'être humain est un être occupationnel. Ses occupations sont alors vectrices de santé et de bien-être pour lui. En quoi la thérapie par l'occupation réalisée par les ergothérapeutes pourrait alors favoriser ce bien être ?

Nous comprenons ici que l'engagement de la personne dans ces occupations peut dépendre de motivations internes qui seront ses valeurs, son identité, sa performance ou ses compétences. Mais cet engagement peut aussi dépendre de facteurs externes comme l'environnement social, familial, ou encore matériel.

L'engagement peut alors avoir différents degrés selon l'implication de la personne. En effet, la personne sera plus engagée dans une activité qui est signifiante pour elle. Cependant cela ne veut pas dire que l'occupation sera plaisante sur le moment mais il y a généralement un bénéfice derrière cette activité. En effet, tout est une question d'équilibre mais la compétence occupationnelle de la personne lui permet de s'engager équitablement dans ces activités et de soutenir un niveau d'engagement dans chacune d'entre elles. Nous pouvons alors nous demander si les activités de type occupationnelles, réalisées en institution et apportées par les

ergothérapeutes favorisent cet équilibre ? Sont-elles significantes pour les personnes qui les effectuent ?

Dans l'enquête exploratoire certains ergothérapeutes pratiquaient la thérapie par l'occupation pour diminuer les troubles du comportements de la personne présentant une maladie d'Alzheimer au stade sévère. Les aides-soignantes indiquaient que ces thérapies non médicamenteuses avaient un impact sur l'engagement de la personne dans sa prise en soin.

Il est alors question de savoir comment, en tant qu'ergothérapeute, pouvons-nous accompagner une personne à être engagée dans ses occupations pour favoriser sa santé et son bien être ?

En quoi cet accompagnement pourrait être bénéfique pour la prise en soin de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?

Ce questionnement nous amène alors à une question de recherche et à un objet de recherche.

1.6 Question et objet de recherche

Question de recherche : Quels sont les impacts de la thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin ?

Objet de recherche : Etude des impacts de la thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

2. Matériel et méthode

Dans cette partie sera présenté le dispositif de recherche permettant de répondre à l'objet de recherche présenté ci-dessus.

2.1 Choix de la méthode

Pour répondre à la question de recherche « Quels sont les impacts de la thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin ? », la méthode la plus appropriée serait la méthode différentielle. La méthode expérimentale, quant à elle, aurait été tout autant

intéressante car nous aurions pu observer directement cet impact sur le terrain. Cependant au vue de la situation sanitaire actuelle et de la temporalité de notre recherche, cette méthode semble infaisable.

La méthode différentielle correspond donc à notre objet de recherche. En effet, selon C.Eymard dans son ouvrage « Initiation à la recherche en soins et santé » (2003) cette méthode « s'intéresse aux facteurs de différenciation des individus. Elle étudie les variations de réponses des sujets sur un phénomène »(30).

Plusieurs travaux comme celui de Lautrey (1980) ont expliqué les aspects théoriques de cette méthode. Ce dernier ainsi que d'autres chercheurs ont observé une variation de réponse des sujets observés dans de mêmes situations de recherche. Les recherches en méthode différentielle s'intéressent alors à : « La description de l'interaction entre des caractéristiques du sujets, regroupés en variables individuelles, et un contexte social. Les variables individuelles se construisent, tout au long du processus de recherche. » ou « La description de l'interaction des variables chez un même sujet »(30).

De plus, dans la méthode différentielle, le chercheur peut partir d'une question théorique qui découle d'une ou plusieurs hypothèses. Il peut se centrer sur une hypothèse générale de départ ou encore confronter deux hypothèses contradictoires. En d'autres termes le chercheur peut étudier le comportement d'un sujet, comprendre les pratiques des sujets qui sont en opposition ou en corrélation à une hypothèse générale ou enfin les confronter (30).

Il sera donc effectivement intéressant pour répondre à notre question de recherche d'observer le lien de corrélation entre le type de thérapie utilisé par l'ergothérapeute et, l'engagement de la personne dans sa prise en soins. Nous pourrons alors regarder soit les variables stables entre les sujets pour comprendre le phénomène ou au contraire ce qui les différencie et ainsi comprendre les différentes pratiques des ergothérapeutes en EHPAD.

2.2 Identification des variables

La méthode différentielle étudie donc le lien de corrélation ou d'opposition entre deux variables. Il est alors important de définir les variables sur lequel le dispositif de recherche va se baser.

La méthode va se baser sur une variable dépendante et une variable indépendante. La variable dépendante est le phénomène que le chercheur tente d'expliquer, la variable indépendante est celle qui va avoir un impact sur la variable dépendante.

L'élaboration des variables est basée sur la matrice conceptuelle (Cf Annexe 5) afin de répondre à la question de recherche qui est « Quels sont les impacts de la thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin ? ».

Ici la variable dépendante est donc l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère avec comme critère les facteurs de l'engagement et les différents degrés d'engagement. La variable indépendante sera alors la thérapie par occupation avec comme critère la prise en compte des activités significatives, de l'identité, des habitudes de vie, des habiletés et de l'environnement. Cette variable est qualifiée d'invoquée car elle existe de fait (30).

Dans la méthode différentielle, on distingue trois types de variables :

- ❖ Les variables interindividuelles : elles correspondent aux variables qui seront observées sur chacun des sujets, on étudie ces variables en comparant les sujets les uns aux autres (30).
- ❖ Les variables intergroupes : elles correspondent aux variables observées d'une manière plus général. Ce sont des variables contextuelles et situationnelles (30).
- ❖ Les variables intra-individuelles : elles correspondent aux variations entre les individus, aux différentes manières de procéder des individus selon une situation donnée (30).

Dans cette recherche, les variables étudiées seront :

- Une variable inter-individuelle pour la thérapie par l'occupation qui nous permettra de comparer les pratiques individuelles des ergothérapeutes ;
- Une variable intra-individuelle pour l'engagement qui mettra en avant les différents facteurs et degrés d'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer selon la thérapie utilisée par l'ergothérapeute.

2.3 Hypothèses de recherche

Après avoir défini les variables, il est important d'élaborer une hypothèse générale de recherche. Cette dernière est donc :

H1 : La thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute a un impact sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

Cette hypothèse doit être réfutable, c'est pourquoi l'hypothèse nulle est formulée :

H0 : La thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute n'a pas un impact sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

Hypothèse opérationnelle : La thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute augmente le degré d'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

Des hypothèses secondaires pourront également être formulées au cours de l'analyse des statistiques.

2.4 Population

Au vue de l'objet de recherche, les personnes interrogées sont des ergothérapeutes travaillant en EHPAD auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. Les critères d'inclusions sont donc d'être ergothérapeute diplômé d'état, travaillant en EHPAD avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

En lien avec ces critères d'inclusions, les critères d'exclusions sont de ne pas avoir un diplôme d'état en ergothérapie, de ne pas travailler en EHPAD, de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

La population a été choisie à l'aide de la méthode d'échantillonnage « de convenance ». Dans cette méthode les individus sont choisis car ils sont faciles d'accès ou volontaires (31). Cela correspond à l'envoi du questionnaire par mail à un certain nombre d'ergothérapeutes dont nous avons recueilli le contact et à la mise en ligne de ce questionnaire sur les réseaux sociaux. Cette méthode non probabiliste peut cependant amener certains biais (31). Il est donc important de réaliser des critères de sélection en début de questionnaire avec des questions de type sociaux professionnelles pour bien cibler la population que nous voulons interroger.

2.5 Site d'exploration

Pour cibler la population décrite ci-dessus, la recherche sera effectuée dans différents sites d'explorations. Les sites d'explorations seront ici des EHPAD en France. Un groupe d'EHPAD sera ciblé pour contacter les ergothérapeutes dans toutes la France par mail. Puis Le questionnaire sera mis sur les réseaux sociaux dans un groupe d'ergothérapeute travaillant en EHPAD en France.

2.6 Choix et construction de l'outil de recueil de données

En lien avec le choix de la méthode différentielle, l'observation aurait été un très bon outil de recueil de données pour cette recherche. En effet, elle aurait permis au chercheur de voir directement l'effet de la thérapie par l'occupation sur l'engagement de la personne sans passer par le regard de l'ergothérapeute. Cependant au vue du contexte actuel, cet outil semble difficile à mettre en place. Le questionnaire est donc le recueil de données le plus approprié ici. En effet, le questionnaire a pour objectifs : d'estimer en collectant des données absolues ou relatives, de décrire des phénomènes subjectifs et/ou de vérifier une ou plusieurs hypothèses (32). Il nous permettra donc de voir le lien de corrélation entre nos différentes variables.

De plus le questionnaire est intéressant car il permet :

- D'interroger un grand nombre de sujets,
- De garder l'anonymat des personnes ce qui favorise la participation à l'enquête,
- D'éviter les biais liés à l'interlocuteur comme dans l'entretien,
- D'interroger des personnes n'étant pas dans la région,
- De permettre aux personnes de prendre le temps de réfléchir à leur réponses (20).

Il a cependant certains inconvénients qui sont :

- La difficulté dans la formulation des questions, dans la compréhension des interrogés,
- Nous ne pouvons être sûr que la personne interrogée répond seule,
- Le manque de spontanéité,
- Le manque d'observation direct (20).

Les objectifs de l'étude seront de :

- ❖ Identifier l'approche occupationnelle de l'ergothérapeute en EHPAD
- ❖ Mesurer l'impact de l'occupation sur les facteurs d'engagement de la PA dans ses activités
- ❖ Mesurer l'impact de l'occupation sur les degrés d'engagement de la PA dans ses activités
- ❖ Mettre en comparaison les différentes pratiques des ergothérapeutes en EHPAD
- ❖ Mesurer l'impact des thérapies non occupationnelles sur les facteurs et les degrés d'engagement de la PA dans ses activités

Le questionnaire sera réalisé à partir d'un GoogleForm®. Une matrice de questionnement (Cf Annexe 6 et 7) est réalisée en lien avec la matrice conceptuelle.

Pour la réalisation du questionnaire nous avons choisi de poser des questions de type :

- Fermées : notamment pour les questions de terme générale sur la profession des ergothérapeutes, leur lieu d'exercice, les personnes qu'ils accompagnent. Cela permettra de voir si les critères d'inclusions sont respectés.
- Avec échelle : pour l'ensemble du contenu du questionnaire. Cela me permettra en effet d'avoir des scores sur la thérapie par l'occupation ainsi que sur les facteurs et degrés d'engagement.
- Ouvertes : pour laisser les ergothérapeutes apporter d'autres informations qu'ils trouvent importantes à la fin du questionnaire

2.7 Anticipation des biais

Dans cette enquête, des biais liés à l'utilisation d'un recueil de données spécifique peuvent être observés. Il est important d'anticiper leur parvenue afin de trouver des moyens de les contrôler ou de les atténuer. Les biais sur lesquels une vigilance est mise en rapport avec le questionnaire sont les suivants :

- Le biais méthodologique : c'est un biais qui est principalement dû à la réalisation du questionnaire, cela comprend la formulation des questions et la cible des interrogés. Ce biais peut avoir comme conséquence une mauvaise compréhension des questions, une lassitude des interrogés ou une mauvaise cible des interrogés. Pour atténuer ce biais il est important de réaliser des questions courtes, claires et concises et sans orientation et de bien identifier les personnes interrogées (21) .
- Le biais de subjectivité : c'est le principal biais qui se retrouvera dans l'enquête, en effet dans l'enquête la variable du degré d'engagement de la personne PA sera exclusivement étudiée selon la perception des ergothérapeutes (21).
- Le biais de désirabilité sociale : ce biais est l'impact de la peur du jugement face aux questions, le fait que le questionnaire soit anonyme peut atténuer ce biais (21).
- Le biais de confirmation : ce biais touche plutôt le chercheur, c'est lorsque ce dernier

veut confirmer l'hypothèse sur laquelle il veut aller. Il est alors important de construire des questions qui ne vont pas dans le sens de notre hypothèse pour ne pas orienter les interrogés (21).

- L'effet de soumission au groupe : ce biais peut être dû à une réponse de questionnaire en groupe. Il est alors important de dire aux interrogés de répondre seul au questionnaire (21).

2.8 Test de faisabilité et de validité du questionnaire

Le test du questionnaire a été envoyé à des ergothérapeutes travaillant en EHPAD qui sont connus du chercheur. Cela a permis de réajuster certaines questions notamment pour éviter certains biais méthodiques. L'envoi de ce test a permis également de changer et rajouter des questions de type informatives sur la population telle que l'inclusion des ergothérapeutes ayant travaillé en EHPAD et la durée de travail dans la structure. En effet cette dernière information nous permettra d'observer s'il y a un lien entre l'ancienneté de la personne au sein de la structure et la pratique de l'ergothérapeute.

2.9 Déroulement de la recherche

Le questionnaire a été envoyé par mail à 150 ergothérapeutes puis déposé sur les réseaux sociaux. Il a été fermé au bout de deux semaines. 40 réponses ont été obtenues dont 36 ergothérapeutes rentrant dans les critères d'inclusions de l'étude.

La recherche a été réalisée dans le respect de la Loi Jardé pour la catégorie 3 : « recherches interventionnelles ne comportant pas de risques » (33). Nous avons donc informé les personnes sollicitées pour participer à l'étude sur les objectifs de cette dernière, la méthodologie, les bénéfices attendus et le droit de refuser et de retirer son consentement à tout moment. Nous avons ensuite recueilli leur accord par écrit pour la participation à cette recherche (33).

2.10 Choix des outils de traitements des données

Pour traiter les données qui découlent du questionnaire, nous utiliserons plusieurs outils. Dans un premier temps le logiciel Excel® sera utilisé pour traiter les données numériques et les statistiques descriptives. Nous utiliserons ensuite le logiciel SPSS® pour analyser la corrélation entre les deux variables avec le coefficient de corrélation de Spearman et le test du Khi 2.

3. Résultats

Les résultats seront présentés en deux parties. En effet, les statistiques se divisent en deux branches : les statistiques descriptives qui permettent de décrire les informations, et l'inférence statistique qui permet à partir des descriptions de tirer des conclusions générales sur l'étude (34). Les données brutes sont présentées en annexe.

3.1 Statistiques descriptives

Description de la population :

Dans la première partie du questionnaire, des questions de type sociaux-professionnelles ont été posées pour avoir des informations sur la population étudiée.

Dans un premier temps une question a été posée sur les années d'expériences en EHPAD des ergothérapeutes interrogés. Sur les 36 personnes ayant répondu au questionnaire, la moyenne des expériences est d'environ 5 ans (5,38) et la médiane est de 4 ans. Le minimum d'expérience étant de 5 mois et le maximum 21 ans.

Le diagramme ci-dessous représente les proportions d'ergothérapeutes en fonction du temps d'expériences en EHPAD.

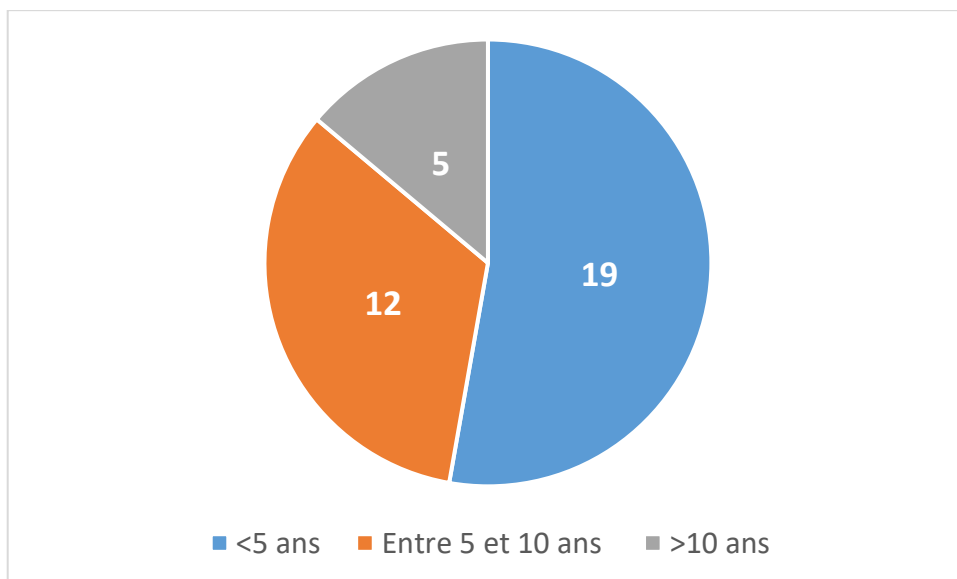


Figure 1 : Expérience professionnelle en EHPAD des ergothérapeutes

En deuxième temps, une seconde question a été posée pour savoir le temps de travail des ergothérapeutes au sein d'une même structure. Il en sort que 20 ergothérapeutes travaillent à temps plein et 16 travaillent à temps partiel.

Thérapie par l'occupation :

Les questions de 7 à 15 nous permettent d'avoir un regard sur la thérapie pratiquée par les ergothérapeutes auprès des personnes présentant une maladie d'Alzheimer au stade sévère. Le but ici étant donc de voir ceux qui pratiquent la thérapie par l'occupation et ceux qui ne la pratique pas. L'outil de réponse pour chaque question est une échelle de 0 à 10. Plus l'ergothérapeute est proche de 10 plus il entre dans le critère questionné, au contraire plus il est proche de 0 moins il rentre dans le critère. Nous allons faire la somme des résultats de chaque question par individu, cela nous donnera un score sur 90.

Nous décidons ensuite de diviser cette somme en quartile pour créer des intervalles qui correspondront à une pratique nulle, faible, moyenne ou élevée de la thérapie par l'occupation. Le tableau ci-dessous représente la proportion d'ergothérapeute dans chaque intervalle :

Catégorie de pratique de la thérapie par l'occupation	Fréquence
Non pratiquant	0
Pratique faible	2
Pratique moyenne	13
Pratique forte	21
Total	36

Figure 2 : Proportion des ergothérapeutes dans les différents intervalles de la thérapie par l'occupation

On peut en déduire que, selon leur dire, 2 ergothérapeutes pratiquent de manière faible la thérapie par l'occupation, 13 ont une pratique moyenne de cette thérapie et enfin 21 pratiquent la thérapie par l'occupation.

Engagement :

Les questions 16 à 21 portent sur les facteurs de l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer liés aux activités mises en place par l'ergothérapeute. Les réponses sont également traitées à partir d'échelle numérique. Nous en dégageons quels facteurs d'engagement sont observés par les ergothérapeutes : motivation interne (choix, interaction avec environnement, appartenance à un groupe) ou externe (récompense, valorisation, regard de la société/de l'entourage, pression externe) ou motivation mixte si la moyenne de chaque modalité est la même.

L'histogramme ci-dessous représente la distribution des données :

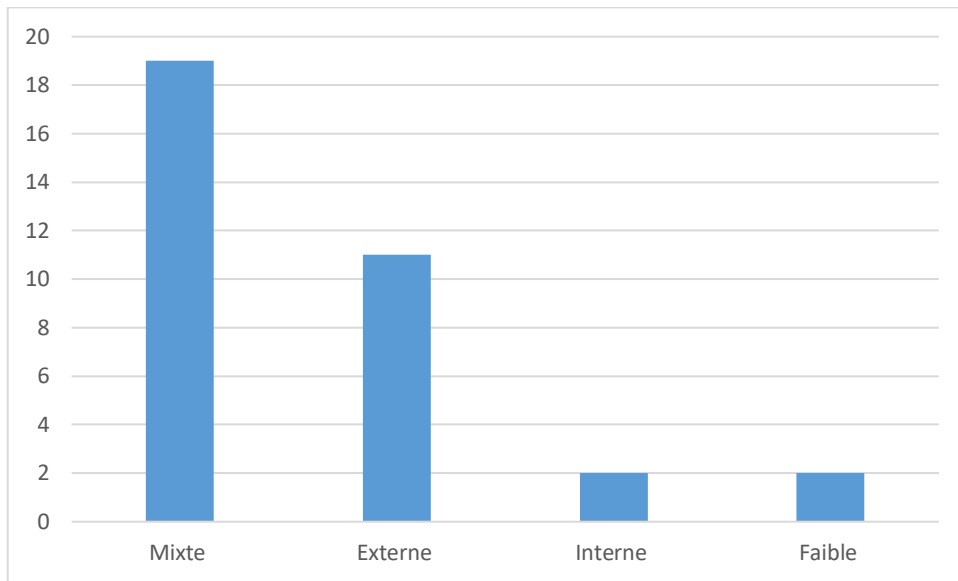


Figure 3 : Histogramme représentatif de la proportion d'ergothérapeute percevant de la motivation interne, externe, mixte ou faible dans leurs activités de la part des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

Nous pouvons observer que sur les 36 ergothérapeutes interrogés, 19 d'entre eux perçoivent une motivation mixte dans leurs activités présentées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. De plus 11 ergothérapeutes perçoivent principalement une motivation externe et 2 ergothérapeutes principalement une motivation interne. Enfin 2 ergothérapeutes perçoivent une motivation faible dans les deux modalités.

Les questions 22 à 29 portent sur les critères permettant d'observer les différents degrés d'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère lors des activités présentées par l'ergothérapeute. Les réponses sont traitées par échelle numérique. Pour chaque modalité le score 0 représente un indicateur faiblement perçu et le score 10 représente un indicateur fortement perçu. Pour observer les réponses des ergothérapeutes nous faisons la somme des questions qui portent sur le degré fort ainsi que la somme des questions qui portent sur le degré moyen. Des intervalles sont ensuite effectués pour situer les ergothérapeutes dans ces différents degrés.

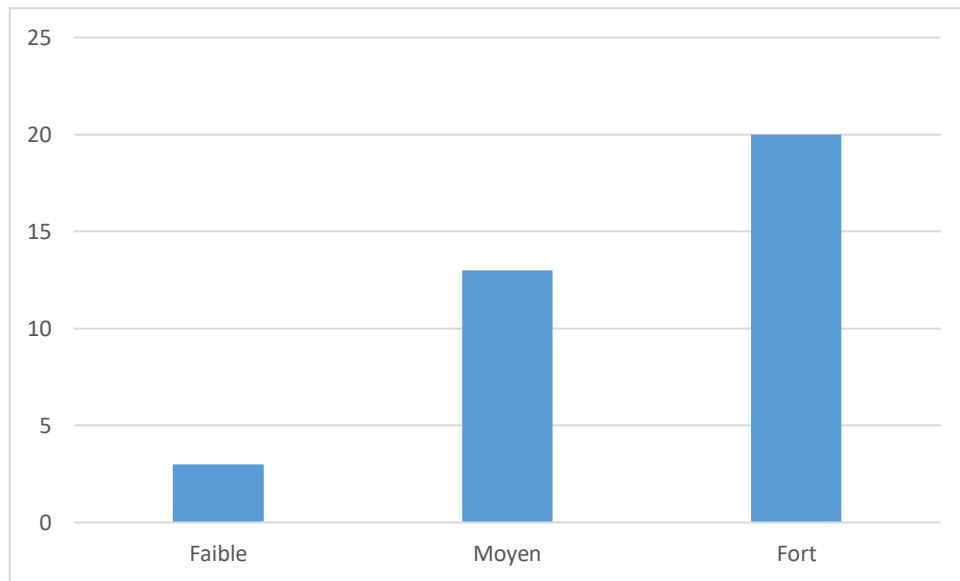


Figure 4 : Histogramme représentant la proportion d'ergothérapeute dans le critère engagement fort pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère

Pour la régulation autonome (degré fort d'engagement), on peut voir que sur les 36 ergothérapeutes interrogés, 20 d'entre eux perçoivent un engagement fort, 13 un engagement moyen et 3 perçoivent un engagement faible.

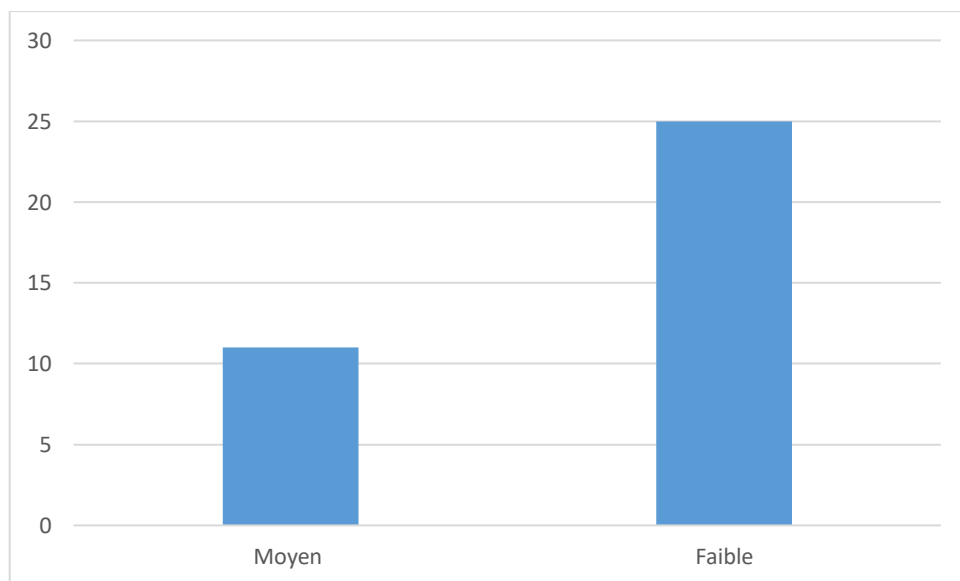


Figure 5 : Histogramme représentant la proportion d'ergothérapeute dans le critère engagement moyen pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère

Pour la régulation contrôlée (degré moyen d'engagement), on peut voir que 11 ergothérapeutes perçoivent un engagement moyen contre 25 percevant un engagement faible.

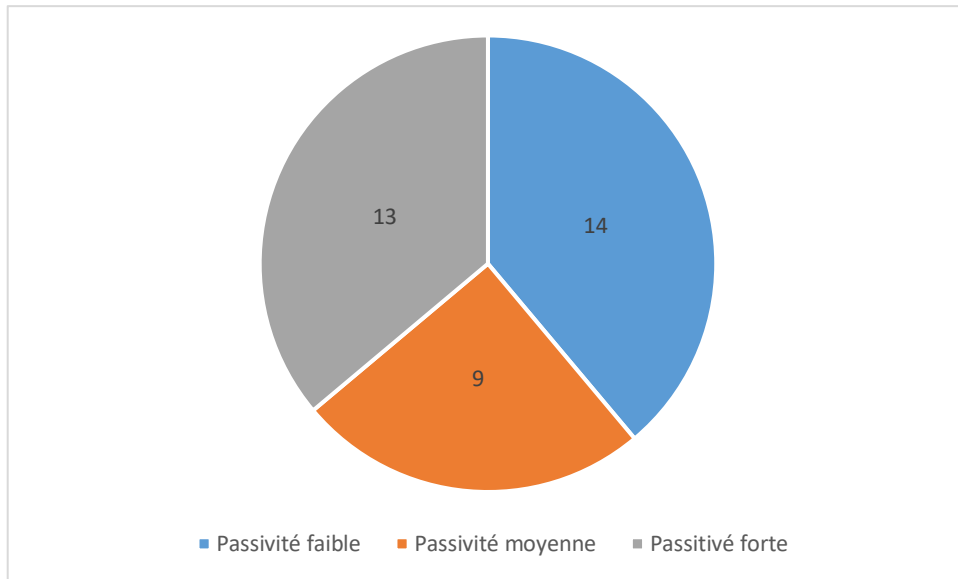


Figure 6 : Diagramme représentant la proportion d'ergothérapeute dans le critère engagement faible pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

Enfin pour l'amotivation (degré faible d'engagement), les ergothérapeutes étant dans un intervalle de 0 à 4 ne perçoivent pas de passivité dans les activités proposées, les ergothérapeutes étant dans un intervalle de 6 à 10 perçoivent beaucoup de passivité, les ergothérapeutes ayant un score de 5 perçoivent peu de passivité. Ici on peut voir que 14 ergothérapeutes ne perçoivent pas de passivité dans leurs activités contre 13 qui en perçoivent beaucoup et 9 qui en perçoivent faiblement.

3.2 Inférences statistiques

Après avoir tiré les données descriptives qui ressortent du questionnaire, nous pouvons maintenant en faire des inférences qui vont nous permettre de voir les différentes corrélations entre les variables et ainsi valider ou non nos hypothèses.

Pour rappel voici les hypothèses formulées au début du dispositif de recherche :

Hypothèse générale H1 : La thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute a un impact sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

Hypothèse nulle H01 : La thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute n'a pas un impact sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

Hypothèse opérationnelle H1 : La thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute augmente le degré d'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

Après l'analyse des statistiques descriptives nous pouvons formuler les hypothèses secondaires suivantes :

Hypothèse secondaire H2 : Il existe un lien de corrélation entre l'expérience professionnelle au sein de la structure et la pratique de l'ergothérapeute.

Hypothèse nulle H02 : Il n'existe pas de lien de corrélation entre l'expérience professionnelle au sein de la structure et la pratique de l'ergothérapeute.

Hypothèse opérationnelle H2 : Plus les ergothérapeutes sont expérimentés plus ils pratiquent une thérapie occupationnelle.

Hypothèse secondaire H3 : Il existe un lien de corrélation entre le temps de travail au sein d'une même structure et la pratique de l'ergothérapeute.

Hypothèse nulle H03 : Il n'existe pas de lien de corrélation entre le temps de travail au sein d'une même structure et la pratique de l'ergothérapeute.

Hypothèse opérationnelle H3 : Moins les ergothérapeutes passent de temps dans la structure moins ils pratiquent la thérapie par l'occupation.

Nous avons donc dans un premier temps croisé les données qui semblent le plus intéressantes pour valider ou non nos hypothèses et réalisé des nuages de points pour les croisements entre les données quantitatives et un tableau pour le croisement entre les données qualitatives et quantitatives (Cf Annexe 8). Nous pouvons voir une corrélation non linéaire entre les variables, les tests de corrélation sont donc choisis en conséquence.

3.2.1 Tests utilisés

Dans un premier temps nous utiliserons le coefficient de corrélation de Spearman. La corrélation de Spearman permet d'évaluer la relation entre deux variables nominales ou ordinales. Elle est identifiée par la lettre ρ_{xy} (rho) et sa valeur numérique varie entre -1 et +1. La valeur +1 représentant une corrélation positive parfaite et la valeur -1 une corrélation négative parfaite. Si la valeur est égale à 0, on parle alors de corrélation nulle ou absence de corrélation (34).

Une corrélation positive indique que plus les valeurs d'une variable sont grandes plus les valeurs de la seconde variable seront grandes. Une corrélation négative indique que plus les valeurs d'une variable sont grandes plus les valeurs de la seconde variable seront petites (34). La corrélation de Spearman évalue la corrélation de deux variables seulement si leur données sont en rang (34). Nous allons donc mettre nos données statistiques en rang et à calculer le lien de corrélation entre ces données à l'aide du logiciel SPSS®. Le logiciel nous permettra également d'avoir une valeur critique nommée « p ». Si cette dernière est inférieure à α ($\alpha = 0,05$), la corrélation est dite significative.

Dans un second temps nous utiliserons le test du khi 2. Ce test permet de voir si la corrélation entre les deux variables étudiées est significative ou non (34). Cela nous permettra de savoir la significativité de la corrélation lorsque que le test de Spearman n'aura pas conclu une corrélation totale entre les deux variables. Elle permet de réfuter ou non l'hypothèse nulle (34). Le test sera effectué également sur le logiciel SPSS®.

Pour interpréter ensuite la valeur du Khi 2 nous devons la comparer à un tableau des valeurs critiques du Khi2 (Cf Annexe 11). La valeur critique est choisie en fonction de la marge d'erreur qui est de 5% pour les sciences humaines et le degré de liberté des variables qui maintien la caractéristique aléatoire de l'échantillon (chaque valeur est indépendante d'une autre) (34). Les variables seront indépendantes si la valeur du Khi2 est inférieure à cette valeur critique. Cependant si la valeur du Khi2 est supérieure à la valeur critique on pourra alors dire que les variables ont une relation statistiquement significative à 95% (34).

3.2.2 Application

❖ Hypothèse générale H1 :

Pour cette hypothèse nous allons regarder la corrélation entre la thérapie par l'occupation et le degré d'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Ici la valeur de rho est égale à 0,250 et $p = 0,141 > \alpha$. Il existe une corrélation faible positive mais non significative entre les variables (Cf Annexe 9).

Cela veut dire qu'un individu pratiquant la thérapie par l'occupation aura plus de chance de percevoir un degré fort d'engagement dans l'activité de la part de la personne présentant une maladie d'Alzheimer au stade sévère qu'un individu ne pratiquant pas cette thérapie.

Le test de Khi2 montre qu'il existe une relation statistique entre les variables « thérapie par l'occupation » et « degré d'engagement de la PA » significative à 95% (Cf Annexe 10).

On peut en conclure que l'hypothèse générale est confirmée en partie avec le test du Khi2. Cependant la non-significativité du test de Spearman ne nous permet pas de confirmer totalement l'hypothèse générale.

❖ Hypothèse secondaire H2 :

Pour cette hypothèse, la valeur de rho est égale à 0,250 et $p = 0,493 > \alpha$. Cela veut dire qu'il existe une relation faible positive non significative entre les deux variables (Cf Annexe 9).

On peut dire alors que plus l'individu a d'expérience en EHPAD plus il y aura de chance qu'il pratique la thérapie par l'occupation.

De plus le Khi2 nous montre qu'il n'y a pas une relation statistique entre le nombre d'année d'expérience et la pratique de la thérapie par l'occupation (Cf Annexe 10).

On peut en conclure que l'hypothèse secondaire H2 est infirmée car la corrélation de Spearman est trop faible et que le test du Khi2 nous montre que cette corrélation est due au hasard.

❖ Hypothèse secondaire H3 :

Ici, nous voulions voir la corrélation entre le temps de travail dans la structure et la pratique de la thérapie par l'occupation.

Ici la valeur de rho est égale à 0,040 et $p = 0,815 > \alpha$. Cela veut dire qu'il existe une relation très faible voire nulle non significative entre les deux variables (Cf Annexe 9).

On peut dire alors qu'il n'y a pas d'impact entre le temps passé dans la structure et la pratique de la thérapie par l'occupation.

De plus le Khi2 montre qu'il n'y a pas de relation statistique entre le temps de travail dans la structure et la pratique de la thérapie par l'occupation significative (Cf Annexe 10).

On peut en conclure que l'hypothèse secondaire H3 est infirmée car la corrélation de Spearman est trop faible et que le test du Khi2 nous montre que cette corrélation est due au hasard.

4. Discussion

Dans cette partie nous allons discuter dans un premier temps les résultats au regard du dispositif de recherche puis au regard de la revue de littérature, de l'enquête exploratoire et du cadre conceptuel.

4.1 Discussion des résultats au regard du dispositif de recherche

Dans cette partie nous aborderons les critiques du dispositif de recherche. En effet ce dispositif est discutable et critiquable.

Dans un premier temps nous remarquons que le nombre de réponses est très faible par rapport à la population d'ergothérapeute en France. En effet seulement 40 personnes, dont 36 entrant dans les critères d'inclusion, ont répondu au questionnaire. Celui étant mis sur les réseaux sociaux, nous aurions pu avoir plus de réponses à ce niveau-là. Cependant le questionnaire n'étant resté que deux semaines ouvert, ceci peut être un point qui pourrait expliquer le faible nombre de réponses. De plus, il n'a été envoyé qu'à 154 personnes par mail. Si nous avions recueilli plus de contacts nous aurions sûrement eu plus de réponses.

De plus, de nombreux biais correspondants au choix de la méthode et du recueil de données ont été présents sans pouvoir être totalement atténués. Le biais le plus représenté dans cette recherche est le biais de subjectivité. En effet, comme expliqué précédemment dans la recherche, la variable « engagement » n'a été étudiée que par la perception des ergothérapeutes et non directement par observation. Une méthode expérimentale et un outil de recueil telle que l'observation auraient été beaucoup plus pertinents pour notre recherche.

Le biais méthodique a été également un grand biais dans notre recherche. En effet, les questions qui portaient notamment sur les différents degrés d'engagement ne nous ont pas permis d'avoir des données pertinentes. Pour expliquer plus en détail ce biais, il est nécessaire de comprendre qu'effectivement les questions posées permettaient aux ergothérapeutes de rentrer dans les trois degrés différents d'engagement et notamment nous avons pu remarquer que certains étaient inclus dans la catégorie degré fort et degré faible. Cela nous a mis en difficulté dans l'analyse statistique des données et notamment pour effectuer les corrélations. De plus, l'échelle de réponse à la question « Lors de votre intervention, percevez-vous une passivité des personnes MA dans la réalisation de vos activités ? » n'a pas été la plus adaptée. En effet il aurait fallu inverser l'échelle de mesure pour que cela soit en accord avec les critères précédents. Enfin, il aurait été plus pertinent de poser des questions évolutives sur les différents degrés. C'est-à-dire de commencer par les degrés faibles et d'aller au plus fort. Cela nous aurait permis de voir plus clairement les différents degrés que les ergothérapeutes perçoivent lors de leurs activités.

Le troisième biais ayant pu faire défaut à ce dispositif de recherche est le biais de désirabilité sociale. En effet, les questions sur la variable « thérapie par l'occupation » abordaient la pratique des ergothérapeutes. Le fait de les interroger directement aurait pu inciter les personnes à positiver la réalité.

4.2 Discussion des résultats au regard de la revue de littérature, de l'enquête exploratoire et du cadre conceptuel

Pour rappel, la revue de littérature nous avait démontré que de nombreuses thérapies non médicamenteuses existaient à ce jour. Nous avons également pu voir que selon le stade de la maladie la thérapie était différente. Cependant les différentes études ont démontré que ces thérapies avaient un effet à court terme sur la personne mais aucune études n'avaient mesuré les impacts sur le long terme. Nous nous demandions alors dans la pratique quelles seraient les thérapies non médicamenteuses mises en place pour un stade sévère de la maladie et comment favoriser cette mise en place sur long terme.

L'enquête exploratoire nous avait ensuite montrée que pour le stade sévère les thérapies les plus utilisées étaient, comme dans la revue de littérature, les thérapies sensorielles mais nous avons pu voir que d'autres thérapies existaient comme des thérapies comportementales, occupationnelles ou Montessori qui avait été citées par 6 ergothérapeutes. De plus, en interrogeant les aides-soignantes qui sont au cœur de la prise en charge de la personne prise en soin en institution, nous avons pu voir que les effets à court terme des thérapies non médicamenteuses était un bien être chez le patient et une prise en soin plus efficace.

Au vu des résultats de notre recherche nous pouvons déjà observer une forte pratique de la thérapie par l'occupation de la part des ergothérapeutes prenant en soin la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère, contrairement à ce que nous avons pu observer dans la revue de littérature ou dans l'enquête exploratoire. En effet, nous avons pu voir que sur les 36 ergothérapeutes interrogés, 21 ont une pratique forte de la thérapie par l'occupation et 13 une pratique moyenne. Cependant comme expliqué précédemment, ces résultats ne sont pas représentatifs de la population, de plus ils ne sont pas révélateurs de la pratique mais d'un discours sur la pratique, il peut donc exister ici un biais de désirabilité sociale.

Après la mise en avant de la pratique des ergothérapeutes et aides-soignantes dans l'enquête exploratoire, nous nous sommes donc demandé s'il pouvait y avoir un lien entre la pratique de la thérapie par l'occupation et l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

Nous avons donc développé le concept d'occupation et d'engagement dans notre cadre conceptuel. Dans notre concept d'occupation il a été retrouvé la signification de l'activité, l'identité de la personne, les habitudes de vie, les habiletés et l'environnement physique et sociale.

Ces critères ont donc pu être étudiés chez les ergothérapeutes pour définir s'ils se situaient dans la thérapie par l'occupation. Cependant nous avons pu voir lors de notre recherche que chaque individu pouvait entrer dans un critère et/ou non dans un autre. Cela nous a donc montré que 13 des 36 ergothérapeutes interrogés réalisaient une pratique moyenne de la thérapie par l'occupation. On voit donc que la pratique de la thérapie par l'occupation est une pratique assez subjective, elle n'a pas de critère fixe dans sa réalisation. Comme expliquée précédemment nous pouvons donc voir ici un biais de subjectivité qui pourrait expliquer ces résultats.

Nous avons également développé le concept d'engagement en sociologie, en psychologie puis en science de l'occupation. Nous avons pu voir que différentes motivations existent ainsi que différents degrés de motivation.

Dans notre recherche nous avons donc voulu évaluer les critères qui définissent les différents facteurs (motivations) et les différents degrés de motivation. Cependant, nous avons pu nous rendre compte que le lien entre la théorie et la pratique était assez compliqué. En effet, la première raison était que l'engagement de la personne était évalué par rapport au regard de l'ergothérapeute. La deuxième était qu'ils devaient faire une « moyenne » sur tous les patients qu'ils prennent en charge en sachant que chaque personne est différente, ce point est effectivement revenu plusieurs fois en commentaire (Cf Annexe 7). Enfin nous avons remarqué que les ergothérapeutes pouvaient se retrouver dans tous les critères de degré d'engagement ce qui ne nous permettait pas de voir clairement les différents degrés identifiés. On peut ici se demander si cette difficulté était plus due à la théorie ou à la construction du recueil de données.

Après avoir détaillé nos concepts, nous avons élaboré l'objet de recherche suivant : Etude des impacts de la thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

Nous avons donc élaboré une première hypothèse générale qui, si elle était confirmée, affirmait que la thérapie par l'occupation favorise l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

Au vue des scores du test de corrélation de Spearman et du test du Khi2 (Cf Annexes 9 et 10) nous avons pu confirmer l'hypothèse générale en partie.

Pour répondre à notre objet de recherche nous pouvons donc conclure que plus la personne réalise une thérapie par l'occupation plus il y a une chance que la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère soit engagée dans sa prise en soin. Comme expliqué dans la partie critique du dispositif de recherche, ces résultats sont critiquables et discutables au vue des biais de la recherche.

Enfin une dernière question ressort de cette recherche d'un point de vue plus éthique. Nous nous demandons, dans un environnement institutionnel tel que l'EHPAD, est-il possible d'apporter des activités significatives pour la personne alors qu'elle n'est pas dans son environnement intime ? En effet, dans des pays étrangers notamment anglophones, il a été développé des maisons ou village Alzheimer. Deux villages Alzheimer ont également vu le jour il y a peu en France. Le principe étant de favoriser un environnement qui peut être maîtrisé par la personne et où elle peut faire ses propres choix (35). En EHPAD, même si nous avons vu que les ergothérapeutes essayent de tendre vers une thérapie occupationnelle, la personne n'est pas totalement autonome dans ses choix. Cela peut être dû notamment aux obligations institutionnelles en termes d'organisation, d'hygiène et de sécurité (36). Il pourrait alors être intéressant de faire un comparatif de l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer lorsqu'elle vit dans une institution fermée tel que l'EHPAD et lorsqu'elle vit dans un environnement plus intime et ouvert tel que les villages Alzheimer.

5. Conclusion

Dans cette partie nous allons développer les apports, intérêts et limites pour la pratique professionnelle, la transférabilité pour la pratique et nos perspectives de recherche.

5.1 Apports, intérêts et limites pour la pratique professionnelle

Cette recherche a permis de mettre en avant de nouveaux savoirs. Tout d'abord, elle apporte de nouvelles informations sur la pratique de l'ergothérapeute en EHPAD auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. Les concepts de thérapie par l'occupation et d'engagement ont été développés et pourront être utiles pour les ergothérapeutes travaillant ou voulant travailler en EHPAD.

Cette recherche pourra également être transférable auprès de patients atteints de maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer ou encore pour des patients atteints de cette maladie au stade léger ou modéré. En effet, il serait intéressant de transférer cette recherche aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant encore à leur domicile par exemple. Cela pourra alors intéresser également les ergothérapeutes travaillant en ESA².

² Equipe Spécialisé Alzheimer

Dans cette recherche nous pouvons cependant observer certaines limites qui sont le faible nombre de réponses obtenues, les différents biais ne pouvant être atténués ainsi que la durée de la recherche et la situation sanitaire actuelle qui ne nous ont pas permis de réaliser une méthode pertinente.

5.2 Proposition et transférabilité pour la pratique professionnelle

Cette étude a permis au chercheur d'avoir une connaissance importante sur le travail de l'ergothérapeute auprès de la personne présentant une maladie d'Alzheimer.

Nous pouvons observer de nombreux acquis au niveau de la connaissance de la pratique de l'ergothérapie en EHPAD, de la maladie d'Alzheimer en générale, de la pratique auprès des personnes atteintes de cette maladie au stade sévère mais aussi de manière moins poussée pour les stades léger et modéré.

Cet échange avec les ergothérapeutes nous a également permis de voir les difficultés qui peuvent être rencontrées dans la mise en place d'activité auprès de ce public comme les freins institutionnels ou encore les freins liés directement à la maladie.

Ces différentes connaissances ont permis au chercheur de savoir ce qu'il voudrait effectuer ou au contraire ce qu'il ne ferait pas dans sa future pratique auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Cet apport de connaissances lui permettra également d'avoir une bonne argumentation dans sa future pratique auprès de ses supérieurs ou collègues pour mettre en place certaines activités.

De plus, l'occupation étant un concept fondamental en ergothérapie, le chercheur a pu augmenter ses acquis sur le sujet et le transférer auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

5.3 Perspectives de recherche

La recherche a amené différentes questions et perspectives au chercheur.

Dans un premier temps, au vue des résultats obtenus, il est intéressant de se demander si les résultats auraient été plus pertinents avec une méthode de recherche différente de celle effectuée

ici ? En effet comme dit précédemment il serait intéressant de voir les impacts de la thérapie par l'occupation sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer par une étude expérimentale. Nous pourrions alors observer les pratiques des ergothérapeutes et l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère en réel et avoir des résultats probants.

Dans un second temps nous pouvons nous demander si la thérapie par l'occupation est une pratique utilisée par les ergothérapeutes lorsque la personne vit encore à son domicile. En effet un public d'ergothérapeute travaillant en ESA pourrait être interrogé pour voir notamment si la thérapie par l'occupation pourrait aider au maintien de la personne à son domicile et ralentir l'arrivée en institution.

Pour finir, nous espérons évidemment que cette recherche suscitera un intérêt aux lecteurs et qu'ils pourront transférer ces savoirs dans leur pratique. Nous espérons également que cette recherche puisse amener à d'autres recherches sur le sujet de la maladie d'Alzheimer qui est aujourd'hui un enjeu de santé public.

Cette recherche aura permis au chercheur de confirmer ses choix d'orientation concernant sa pratique de l'ergothérapie. Il espère pouvoir s'épanouir dans des structures prenant en soin des personnes âgées.

Bibliographie

1. Rousseau A, Rybarczyk-Vigouret MC, Vogel T, Lang P-O, Michel B. Prescriptions et administrations inappropriées de médicaments dans dix établissements alsaciens d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. avr 2016;64(2):95-101.
2. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Haute Autorité de Santé. 2009.
3. France, Premier ministre, Gimbert V, Godot C, France, Centre d'analyse stratégique. Vivre ensemble plus longtemps enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Paris: La Documentation française; 2010.
4. Prise en charge médicamenteuse en Ehpad. Haute Autorité de Santé. 2017.
5. Guillemaud C, Faucounau V, Greffard S, Verny M. Prise en charge thérapeutique de la démence. 2020;10.
6. Ninot G. Intervention non-médicamenteuse INM : un concept pour lever les ambiguïtés sur les médecines douces et complémentaires. HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale [Internet]. 2018 [cité 12 juin 2020];(1). Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2042/65110>
7. Pahin A, Haffen E, Sechter D, Vandel P. Stratégies thérapeutiques des troubles psychocomportementaux dans la démence. *Wwwem-Premiumcomdatatraitesps37-57930* [Internet]. 25 mai 2011 [cité 5 juin 2020]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/287668/resultatrecherche/59>
8. Petit A-E, Mangeard H, Chazard E, Puisieux F. Évolution de la prise en charge médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer en EHPAD : impact de la campagne médiatique contre les médicaments spécifiques de la maladie d'Alzheimer. *L'Encéphale*. févr 2017;43(1):21-6.
9. Vandel P, Haffen E, Sechter D. Traitements pharmacologiques des troubles psychocomportementaux dans la maladie d'Alzheimer. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2009;167(3):219-23.
10. Saint Jean O, Somme D, Lahjibi-Paulet H, Lazarovici C. Traitements médicamenteux symptomatiques dans le déclin cognitif : problèmes méthodologiques et pertinence clinique en population. *Presse Médicale*. 1 sept 2008;37(9):1261-7.
11. Olazarán J, Reisberg B, Clare L. Approches thérapeutiques non pharmacologiques dans la démence d'Alzheimer et troubles associés [Internet]. Minerva Website. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/108>
12. Desrousseaux F. Thérapies non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer. *Soins Gériatrie*. juill 2014;19(108):22-5.
13. Wenisch E, Stoker A, Bourrellis C, Pasquet C, Gauthier E, Corcos E, et al. Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés. *Rev Neurol (Paris)*. 1 mars 2005;161(3):290-8.
14. Zucchella C, Sinforiani E, Tamburin S, Federico A, Mantovani E, Bernini S, et al. The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Front Neurol* [Internet]. 2018 [cité 28 mai 2020];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2018.01058/full>
15. Lapre É, Postal V, Bourdel-Marchasson I, Boisson C, Mathey S. Stimulation cognitive et fonctions exécutives dans la maladie d'Alzheimer : une étude pilote. *Rev Neuropsychol*. 15 nov 2012;Volume 4(2):123-30.
16. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4).

17. Pimouguet C, Sitta R, Wittwer J, Hayes N, Petit-Monéger A, Dartigues J-F, et al. Maintenance of occupational therapy (OT) for dementia: protocol of a multi-center, randomized controlled and pragmatic trial. *BMC Geriatr.* déc 2019;19(1):35.
18. Matilla-Mora R, Martínez-Piédrola RM, Fernández Huete J. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 1 nov 2016;51(6):349-56.
19. Duchossoy M, Roosen C, Maranzana N, Trivalle C, Buisine S. Conception de tableaux interactifs pour patients atteints de troubles sévères de la maladie d'Alzheimer (Tipatsma). *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 oct 2015;15(89):281-9.
20. Singly F de. Le questionnaire. 4e édition. Malakoff: Armand Colin; 2016. (128).
21. CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Les fiches en ligne; 2014.
22. Pierce D, Morel-Bracq M-C. La science de l'occupation pour l'ergothérapie. Bruxelles: De Boeck supérieur; 2016. (Ergothérapie).
23. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. 2e édition. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017.
24. Meyer S. L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *Ergothérapies.* 22 mai 2020;77:37-44.
25. Becker HS. Sur le concept d'engagement. *SociologieS* [Internet]. 22 oct 2006 [cité 18 févr 2021]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sociologies/642>
26. Csillik A, Fenouillet F. Chapitre 13. Edward Deci, Richard Ryan et la théorie de l'autodétermination [Internet]. *Psychologies pour la formation.* Dunod; 2019 [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/psychologies-pour-la-formation--9782100788026-page-223.htm>
27. Meyer S. De l'activité à la participation. Paris: De Boeck Solal; 2013. (Ergothérapie).
28. Caire J-M, Schabaille A. Engagement, occupation et santé: une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie. Paris: Association nationale française des ergothérapeutes; 2018. (Actualités en ergothérapie).
29. Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie, introduction aux concepts fondamentaux. 2ème. Paris; 2017. 261 p.
30. Eymard C. Initiation à la recherche en soins. 2003.
31. 2. Comment définir et composer l'échantillon d'une enquête? - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/51764993-2-comment-definir-et-composer-l-echantillon-d-une-enquete.html>
32. Vilatte J-C. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. 2007;56.
33. Pouplin S, Chaillot F, Chavoix C. Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France: la loi Jardé et son évolution [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://revue.anfe.fr/2019/01/29/reglementation-encadrant-les-recherches-en-ergotherapie-en-france%E2%80%89la-loi-jarde-et-son-evolution/?fbclid=IwAR1tkYT0TYB0Oma3jVLnvxgBu9JnWV4kkoJIFxVyerLKTEnrZ4ciCxF8vEc>
34. Haccoun R. Statistiques, concepts et applications. 2ème édition. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2007. 462 p.
35. Poirier N. Alzheimer : de carpe diem à la neuropsychologie.
36. Gzil F, Hirsch E, Cordier A. Alzheimer, éthique et société. Toulouse: Erès; 2012. (Espace éthique).

Annexes

Annexe 1 : Bases de données

Articles nationales :

Total à partir des mots clés	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
13	Cairn	4099	35	10	2
	Science direct	556	/	/	4
	EM premium	3973	517	75	5

Articles internationales :

Total à partir des mots clés	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
6	PubMed	179	48	0	4
	Canadian Journal of occupational therapy	/	/	/	1
	Cochrane	432	148	92	1

Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature

Source	Thème / objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champs disciplinaires d'étude	Principaux résultats	Question, dimension qui n'est pas abordée
Source nationale							
Traitements médicamenteux symptomatiques dans le déclin cognitif : problèmes méthodologiques et pertinence clinique en population. Saint Jean O, Somme D, Lahjibi-Paulet H, Lazarovici C. 2008 EM Premium	Quelle est l'efficacité des traitements médicamenteux dans la démence ?	Quantitative	Adultes souffrant d'une des formes de démence telles que maladie d'Alzheimer, démence vasculaire ou démence liée à la maladie de Parkinson ou une forme légère de troubles cognitifs.		Santé Médical	Pas d'amélioration cliniquement pertinente. Beaucoup d'effets indésirables	Pourquoi le traitement médicamenteux reste pourtant très présent pour la personne âgée pour traiter les symptômes dus à la démence ?
Prise en charge thérapeutique de la démence C.Guillemaud 2013 EM Premium	Explication pratique de la prise en charge de la démence du diagnostic au traitement	Littérature professionnelle	Alzheimer et maladie apparentées		Social Santé Médical	Pas de traitement curatif Prise en charge pluridisciplinaire importante, TNM recommandées par l'HAS en première intention Prise de médicaments importante Ergothérapie : aménagement du domicile et aide technique pour maintenir une sécurité.	Efficacité de la prise en soin non médicamenteuse ? Ergothérapie en institution ?
Stimulation cognitive et fonctions exécutives dans la maladie	Evaluer l'effet de la stimulation cognitive sur des processus	Etude quantitative	Alzheimer à un stade léger à modéré	Basé sur le MMSE Répartition aléatoire en deux groupes	Santé Médical	Les résultats ont montré une amélioration des	Quand est-il du stade de cette thérapie pour le stade sévère ?

<p>d'Alzheimer : une étude pilote. Lapre É, Postal V, Bourdel-Marchasson I, Boisson C, Mathey S. 2012</p> <p>CAIRN</p>	<p>cognitifs de base et les principales fonctions exécutives Evaluer les bénéfices de l'intervention sur l'état thymique des patients</p>			<p>« stimulation cognitive » et « témoin »</p>		<p>performances aux mesures d'alternance, de mémoire à court terme et de vitesse de traitement, ainsi que de la dépression, pour le groupe stimulation cognitive, comparé au groupe témoin. Les résultats de cette étude soulignent l'intérêt de la stimulation cognitive dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle la plasticité cérébrale reste possible chez les patients Alzheimer durant les premières phases de la maladie.</p>	<p>L'ergothérapeute a-t-il un rôle à jouer dans cette thérapie ?</p>
<p>Stratégie thérapeutique des troubles psycho comportementaux de la démence Pahin A, Haffen E, Sechter D, Vandel P. 2011</p> <p>EM Premium</p>	<p>Prise en soin des troubles psycho comportementaux De L'évaluation au traitement Intérêt de la médication</p>	<p>Littérature professionnelle</p>	<p>Démence</p>		<p>Social Médical Santé</p>	<p>Recommandation de l'HAS TNM Deuxième intention médicamenteuse si troubles sévères Prise en soin de l'aidant important</p>	<p>Rôle des thérapies non médicamenteuses dans le stade sévère de la maladie ? Prise en soin après l'institutionnalisation ?</p>
<p>Thérapies non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer Desrousseaux F. 2014</p> <p>EM Premium</p>	<p>Etat des lieux des différentes approches non médicamenteuses proposées auprès de sujet atteint de la maladie d'Alzheimer</p>	<p>Littérature professionnelle</p>	<p>Maladie d'Alzheimer</p>		<p>Santé Médical Social</p>	<p>Approche cognitives, psychosociales, technique de la validation, approches orthophoniques, approches sensorielles, approches motrices (ergo), optimisation de l'environnement. Permettent une entrée en institutionnalisation plus tardive.</p>	<p>Rôle de l'ergothérapeute autre que dans l'approche motrice ? Thérapie non médicamenteuse au stade sévère ?</p>

Conception de tableaux interactifs pour patients atteints de troubles sévères de la maladie d'Alzheimer Duchossoy M, Roosen C, Maranzana N, Trivalle C, Buisine S. 2015 Science direct	Moyen de prise en charge des troubles moteurs aberrants des personnes ayant la maladie d'Alzheimer	Etude qualitative	Maladie d'Alzheimer en phase sévère	Approche itérative et constructiviste : Mise en place basée sur l'expérience clinique puis affinement du cahier des charges en fonction des résultats du premier prototype.		Amélioration QDV patients et entourage à voir dans le temps.	Rôle de l'ergothérapeute dans les troubles sévère ? Mise en place de ce dispositif à long terme ?
Méthode de prise en charge globale non médicamenteuse des patients déments institutionnalisés Wenisch E, Stoker A, Bourrellis C, Pasquet C, Gauthier E, Corcos E, et al. 2005 Science direct	Programme de prise en soin non médicamenteux dans un EHPAD sur 3 mois.	Qualitative	Personne ayant une démence avec des troubles comportementaux sévère	L'approche psychosociale, l'approche cognitive et l'approche sensorielle et motrice.	Santé Ergothérapie Social	L'ergothérapeute adapte si nécessaire l'environnement et l'emploi du temps du patient + conseils aides-soignants Amélioration cognitive, baisse des troubles du comportement. Pas de résultats à long terme et sevrage compliqué.	Comment mettre en place ce genre de programme à long terme ? Est-ce possible ? Sinon comment l'adapter ?
Prescriptions et administrations inappropriées de médicaments dans dix établissements alsaciens d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – France Rousseau A, Rybarczyk-Vigouret MC, Vogel T, Lang P-O, Michel B 2016 EM Premium	Exploration du taux de prescription de médicament inapproprié et du coût qui en découle	Etude prospective multicentrique	Tirage au sort de personnes âgées de plus de 75 ans au sein des EHPAD ayant un traitement médicamenteux	Recherche auprès des médecins et lien avec la pharmacie distributrice	Médical Social	Les médicaments potentiellement inappropriés représentaient 74% des résidents, cout journalier => 0,49/0,76 €.	Il y a-t-il eu une baisse de la prise de ses médicaments à la suite de cette étude en France ?
Evolution de la prise en charge médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer en EHPAD : impact de	Evaluer l'évolution de la consommation des traitements spécifique de la maladie d'Alzheimer ainsi que	Etude rétrospective, descriptive et transversale à trois temps	Personne âgée en EHPAD avec troubles cognitifs ou démence		Médical Santé Social	Pas de forte diminution de la prise de médicament après les recommandations en 2011 mais observation	La collaboration médecin/ergothérapeute est-elle envisageable pour apporter deux approches différentes

la campagne médiatique contre les médicaments spécifiques de la maladie d'Alzheimer Petit A-E, Mangeard H, Chazard E, Puisieux F. 2017 Science direct	l'évolution de la qualité de suivi en consultation mémoire.					d'un intérêt par les médecins pour faire plus attention aux prescriptions.	de prise en soin ? (médicamenteuses et non médicamenteuses)
Prise en charge médicamenteuse en EHPAD 2017 HAS	Fiche de renseignement pour les professionnels travaillant en EHPAD pour faciliter la prise en charge médicamenteuse des résidents	Littérature professionnelle	Résidents en EHPAD ayant une prise en charge médicamenteuse		Santé Médical	Accidents iatrogènes : une hospitalisation sur dix en France Dus aux effets secondaires du médicaments, ou à des erreurs au niveau de la prise ou de la prescription. Mise en place de bonne pratique pour éviter ces accidents.	L'ergothérapeute a-t-il un rôle à jouer dans ses recommandations ?
Traitements pharmacologiques des troubles psychocomportementaux dans la maladie d'Alzheimer Vandel P, Haffen E, Sechter D. 2009 Science direct	Etat des lieux de la prise en soin médicamenteuse des troubles psychocomportementaux	Littérature professionnelle	Personne ayant des troubles psychocomportementaux dans la maladie d'Alzheimer		Santé Médical	Approche non médicamenteuse à privilégier Traitement médicamenteux prescrits après une évaluation du bénéfice risque Traitements spé et autres psychotropes. Effets sur l'apathie, l'anxiété et la dépression. Neuroleptiques non-conseillé.	Quelle type d'approche non médicamenteuse ?
Intervention non-médicamenteuse INM : un concept pour lever les ambiguïtés sur les médecines douces et complémentaires Ninot G.	Présenté les différentes intervention non médicamenteuses existantes	Littérature professionnelle	Toute population		Santé Médical	« Une INM est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou	Quel type d'INM est présenté pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ?

2018						guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur... »	
CAIRN						Cinq catégories d'INM	

Source internationale						
Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer Matilla-Mora R, Martínez-Piédrola RM, Fernández Huete J. 2015 PubMed	Examiner l'efficacité de l'ergothérapie Quelles procédures sont les plus efficaces	Revue de littérature	Personnes démentes institutionnalisées ou non	Santé Ergothérapie	Les programmes d'ergothérapie combinant stimulation cognitive, exercice physique, loisirs et activités fonctionnelles chez les personnes atteintes de démence modérée et sévère améliorent la qualité de vie physiquement et psychologiquement. Formation des soignants importantes.	Quel rôle l'ergothérapeute a-t-il à jouer dans la formation des soignants ? Est-ce réalisable dans les établissements français ?
Maintenance of occupational therapy (OT) for dementia: protocol of a multi-center, randomized controlled and pragmatic trial. Pimouguet C, Sitta R, Wittwer J, Hayes N, Petit-Monéger A, Dartigues J-F, et al. 2019 Cochrane	L'objectif principal de l'étude MathéoAlz est de mesurer l'impact du maintien de l'OT sur 4 mois supplémentaires sur les symptômes neuropsychiatriques des patients.	Essai contrôlé randomisé multicentrique pragmatique	Patient ayant une démence (MMSE sup à 15) légère à modérée, vivant à domicile, soutient d'un soignant informel et prescription d'OT systématique	Santé Social Ergothérapie	Le maintien de séance d'ergothérapie à long terme à domicile montre un déclin moins rapide des symptômes de la maladie et donc une institutionnalisation moins précoce.	Prise en soin ergo au stade sévère de la maladie en établissement ?
The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment.	Examiner, avec une approche narrative, les preuves actuelles sur les principaux TNM pour la MA et la démence	Revue de littérature			Exercice physique, intervention cognitive, prise en soin non médicamenteuse des troubles comportementaux et ergothérapie permettent	Pour tous les stades ?

Zucchella C, Sinforiani E, Tamburin S, Federico A, Mantovani E, Bernini S, et al. 2018 PubMed					à la personne de maintenir une autonomie dans les AVQ, d'avoir une meilleure qualité de vie ainsi que ces aidants, amélioration mémoire et baisse des troubles de l'humeur.	
« Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy» 2013 PubMed	Effets des TNM dans la MA et les troubles apparentés	Quantitative	Patients souffrant de démence de type Alzheimer et troubles associés patients exclus : patients souffrant de démence vasculaire et autre démence non dégénérative avec cause clairement identifiée.	Santé, médecine.	Amélioration des capacités cognitives, activité de la vie quotidienne, comportement, humeur et qualité de vie. Amélioration pour les soignants au niveau de leur bien être psychologique et leur qualité de vie.	Rôle de l'ergothérapeute ? Quel stade de la maladie ?
Prise en charge cognitive de la mémoire dans le vieillissement normal, les troubles cognitifs légers et la démence de type Alzheimer 2006 Canadian Journal of occupational therapy	Etat des lieux de différentes méthodes de prise en soin de la maladie d'Alzheimer au stade léger	Littérature professionnelle	Troubles de la mémoire et cognitif léger et début de maladie d'Alzheimer	Santé Sociale	Méthode de récupération espacée Méthode d'estompage Méthode sans erreur pour favoriser le maintien de la mémoire	Pourquoi les thérapies non médicamenteuses utilisées dans le stage léger de la maladie d'Alzheimer ne sont pas continuées ensuite par une adaptation ?
Exercise programs for people with dementia Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S. 2015 PubMed	Bénéfice d'un programme d'exercice sur le cognitif, les AVQ, troubles du comportement et sur les aidants.	Revue de littérature	Démence	Santé Médecine Social	Bénéfice sur l'autonomie de la personne dans ses AVQ Aucun bénéfice concret sur le cognitif, la dépression et les symptômes neuropsychiatriques	Quel autre thérapie peuvent être recommandé pour travailler sur les différents aspects n'ayant pas eu de résultats ?

Annexe 3 : Matrice de questionnement de l'enquête exploratoire

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalités de réponse	Objectif
Consentement	Accord		Acceptez-vous de participer à cette enquête ?	Réponse binaire : Oui / Non	S'assurer de l'accord des participants pour l'enquête.
Connaissance sur les professionnels			Quelle profession exercez-vous ?	Réponse à choix unique : Ergothérapeute Aide-soignant(e)	Savoir quelle profession exerce la personne interrogée pour orienter ensuite le questionnaire.
			Vous occupez vous de patient étant au stade sévère de la maladie d'Alzheimer ?	Réponse binaire : Oui/ Non	S'assurer que les soignants interrogés soient impliqués dans le sujet de l'enquête.
			Quels types de troubles retrouvez-vous principalement chez ces personnes ?	Question ouverte	Savoir quels troubles principaux ont les patients pris en soin par les soignants.
Généralité TNM	Connaissance		Connaissez-vous les thérapies non médicamenteuses dans la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?	Réponse binaire : Oui / Non	Savoir les connaissances de l'ergothérapeute sur le sujet de l'enquête.
Pratique du soignant			Y'a-t-il eu une mise en place de thérapies non médicamenteuses dans votre service ?	Réponse binaire : Oui/ Non	S'assurer que le service où travaillent les soignants soit impliqué dans le sujet de l'enquête.
			Si, oui quelle(s) thérapie(s) a(ont) été mise(s) en place ?	Question ouverte	Savoir quelles thérapies sont mises en place dans les services.
Pratique de l'ergothérapeute			Pratiquez-vous ces thérapies ?	Réponse binaire : Oui / Non	Savoir si l'ergothérapeute est concerné par cette enquête.
	Thérapies utilisées	Type	Quels types de TNM utilisez-vous ?	Question semi-ouverte : Fonctionnelles / Cognitives / Sensorielles / Autres.	Connaitre quel type de thérapies est le plus utilisé par les ergothérapeutes.

		Stade	A quel stade de la maladie les utilisez-vous ?	Question à choix multiple : * Thérapies fonctionnelles : Léger / Modéré / Sévère (plusieurs réponses possibles). * Thérapies cognitives : Léger / Modéré / Sévère (plusieurs réponses possibles). * Thérapies sensorielles : Léger / Modéré / Sévère (plusieurs réponses possibles).	Connaitre le type de thérapies utilisées selon le stade de la maladie.
	Au stade sévère de la maladie	Mise en place TNM	Actuellement, mettez-vous en place ces thérapies au stade sévère de la maladie ?	Réponse binaire : Oui/ Non.	Savoir si les thérapies non médicamenteuses sont utilisées au stade sévère de la maladie.
			Quelle thérapie utilisez-vous le plus à ce stade ?	Question ouverte.	Savoir les thérapies mises en place à ce stade.
	Prise en soin patient	Troubles observés	Pour la prise en soin de quels troubles utilisez-vous cette thérapie ?	Question ouverte.	Connaitre pour quel type de troubles les TNM sont utilisées.
		Temps	Sur combien de mois environ la mise en place de cette thérapie est-elle réalisée ?	Echelle : De 1 mois à 12 mois ou + (Si plus possibilité de mettre un commentaire)	Savoir si la mise en place de la thérapie se fait sur le long terme.
		Evaluation	Pendant la période de traitements réalisez-vous une (ou plusieurs) évaluation ? A quelle fréquence ?	Réponse binaire : Oui/ Non Question semi ouverte : Une fois par mois/ Par trimestre/ Par an, Autre.	Savoir l'impact sur le trouble du patient de la thérapie est évaluée.
			Mettez-vous en place des TNM à but préventif ?	Réponse binaire : Oui/Non	Savoir si les TNM sont utilisées dans un but préventif.
Effets/ Intérêts des TNM			Quels intérêts trouvez-vous à la mise en place de ces thérapies ?	Réponse ouverte	Comprendre les effets des TNM sur les troubles des patients.

			Il y a-t-il un intérêt à la mise en place de ces thérapies à long terme ?	Réponse binaire : Oui/Non	Savoir si la mise en place à long terme est pertinente.
			Si oui, en quoi cela a un intérêt dans la prise en soin des résidents ?	Réponse ouverte	Savoir les intérêts de la mise en place de la thérapie à long terme.
			Quels effets la thérapie a-t-elle sur les troubles observés ?	Question semi-ouverte : Arrêt complet des troubles à l'instant T/ Diminution à l'instant T/Anticipation de la survenue du trouble/ Autre (plusieurs réponses possibles).	Comprendre les effets des TNM sur les troubles des patients.
			Quels sont les intérêts à mettre en place des TNM de manière préventive ?	Question ouverte	Savoir les intérêts de la mise en place des TBM en prévention.
			Y'a-t-il eu des changements après la mise en place de ces thérapies ?	Question à choix multiple : Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Pas vraiment d'accord Pas du tout d'accord	Savoir si les soignants ont pu observer des changements grâce à ces thérapies.
			Quels changements avez-vous pu observer principalement ?	Question ouverte	Comprendre les changements qui ont pu être observés à la suite de la mise en place de ces thérapies.
			Ces changements ont-ils eu un impact sur votre travail ?	Question à choix multiple : Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Pas vraiment d'accord Pas du tout d'accord	Connaitre l'impact de ces thérapies sur le travail des soignants.
			Quels sont-ils ?	Question ouverte	Savoir quels sont les principaux changements sur le travail des aides-soignants.

			Ces changements perdurent-t-ils sur le long terme ?	Réponse à choix unique : Absolument / En Partie / Pas du tout	Savoir si les thérapies ont une efficacité sur le long terme.
			Si non, pour quelle(s) raison(s) pensez-vous que ces changements ne perdurent pas ?	Question ouverte	Savoir pourquoi les changements observés ne perdurent pas dans le temps selon les soignants.
Freins			Avez-vous des freins à la mise en place de ces thérapies ? Quels sont-ils ?	Réponse binaire : Oui/ Non Question ouverte	Savoir s'il y a des freins qui pourraient empêcher la mise en place de ces thérapies.
Autres remarques			Autres remarques, suggestions qui n'ont pas été abordées dans ce questionnaire.	Question ouverte	Recueillir d'autres informations qui pourraient être pertinentes.

Légende : ■ Ensemble des interrogés

■ Ergothérapeutes

■ Aide soignants

Annexe 4 : Questionnaire enquête exploratoire

Présentation

Bonjour,

Je me présente, je m'appelle Lise et je suis en 3ème année d'ergothérapie à l'institut de formation en ergothérapie de Marseille.

Je réalise actuellement un mémoire d'initiation à la recherche sur la mise en place des thérapies non médicamenteuses chez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

C'est pour cela que je fais appel à vous pour répondre à certaines de mes questions sur le sujet.

L'objectif de cette enquête est de comprendre la mise en place des Thérapies Non Médicamenteuses (TNM) par l'ergothérapeute et notamment d'en faire ressortir les effets qu'elles ont sur les patients ainsi que leur intérêts pour les soignants qui les pratiquent au quotidien.

Ce questionnaire comporte 20 questions au maximum, il est d'une durée de 15 minutes environ.

Il s'adresse aux ergothérapeutes et aides-soignants travaillant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Merci pour vos réponses !

Consentement

Description (facultative)

Acceptez-vous de participer à cette enquête ? *

☐ Oui

☐ Non

+

📄

Tt

🖼️

▶️

☰

Généralité 1

Description (facultative)

Vous occupez-vous de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade sévère ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Généralité 2

Description (facultative)

Quels types de troubles retrouvez-vous principalement chez ses personnes ? *

Réponse courte

Connaissez-vous les thérapies non médicamenteuses dans la prise en soin des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Généralité 3

Description (facultative)

Quel profession exercez-vous ? *

- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Aide-soignant(e)

Thérapies non médicamenteuses (Ergo)

Description (facultative)

Pratiquez-vous ces thérapies ? *

☐ Oui

☐ Non

Thérapies non médicamenteuses (Ergo)

Description (facultative)

Quels types de TNM utilisez-vous ? (Plusieurs réponses possibles) *

☐ Fonctionnelles

☐ Cognitives

☐ Sensorielles

☐ Autre...

A quel stade de la maladie les utilisez-vous ?

Léger

Modéré

Sévère

Fonctionnelles

Cognitives

Sensorielles

Autre...

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Thérapies non médicamenteuses (Ergo)

Description (facultative)

Actuellement, mettez-vous en place ces thérapies au stade sévère de la maladie ? *

☐ Oui

☐ Non

Thérapies non médicamenteuses (Ergo)

Description (facultative)

Quelle(s) thérapie(s) utilisez-vous le plus à ce stade ? (Citez une ou deux thérapies particulières. *)
Ex : Jardinage, musicothérapie, gym douce...

Réponse courte

Pour la prise en soin de quel(s) trouble(s) utilisez-vous cette thérapie ? *

Réponse longue

Sur combien de mois environ la mise en place de cette thérapie est-elle réalisée ? *

☐ 1 à 6 mois

☐ 6 à 12 mois

☐ 12 mois et +

Pendant la période de traitements réalisez-vous une (ou plusieurs) évaluation(s) ? *

☐ Oui

☐ Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- ☐ Une fois par mois
- ☐ Une fois par trimestre
- ☐ Une fois par an
- ☐ Autre...



Thérapies non médicamenteuses (AS)



Description (facultative)



Y'a-t-il eu une mise en place de thérapies non médicamenteuses dans votre service ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, quelle(s) thérapie(s) a(ont) été mise(s) en place ?

Réponse longue

Effets/Intérêts des TNM (Ergo)

Description (facultative)

Quels intérêts trouvez-vous à la mise en place de ces thérapies ? *

Réponse longue

Il y a-t-il un intérêt à la mise en place de ces thérapies à long terme ? *

☐ Oui

☐ Non

Si oui, en quoi cela a un intérêt dans la prise en soin des résidents ?

Réponse longue

Quels effets la thérapie a-t-elle sur les troubles observés ? (Plusieurs réponses possibles) *

☐ Arrêt complet du trouble à l'instant T

☐ Diminution du trouble à l'instant T

☐ Anticipation de la parvenue du trouble

☐ Autre...

Mettez vous en place des thérapies non médicamenteuse de manière préventive ? *

☐ Oui

☐ Non

Si oui, quel(s) intérêt(s) trouvez vous à cette intervention ?

Réponse longue

Effets/ intérêts des TNM (AS)

Description (facultative)

Y'a-t-il eu des changements après la mise en place de ces thérapies ? *

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

Ces changements ont-ils eu un impact sur votre travail ? *

	1	2	3	4	5	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

Si oui, quel impact ont-ils eu sur votre travail ?

Réponse longue

Quels changements avez-vous pu observer principalement ?

Réponse longue

Ces changements perdurent-t-ils sur le long terme ?

- ☐ Absolument
- ☐ En partie
- ☐ Pas du tout

Si non, pour quelle(s) raison(s) pensez-vous que ces changements ne perdurent pas ?

Réponse longue

Freins

Description (facultative)

Avez vous des freins à la mise en place des ces thérapies ? *

☐ Oui

☐ Non

Si oui, quels sont-ils ?

Réponse longue

Remarques

Merci de votre participation !

Autres remarques, suggestions qui n'ont pas été abordées dans ce questionnaire.

Réponse longue

Annexe 5 : Matrice conceptuelle

Variables	Critères	Indicateurs
Thérapie par l'occupation	Prendre en compte les activités signifiantes de la personne	Utilisation des activités de la vie quotidienne de la personne.
	Prendre en compte l'identité de la personne	Les activités prennent en compte l'âge, le sexe, l'origine, les valeurs de la personne.
	Prendre en compte les habitudes de vie de la personne	Les habitudes de la personne ne sont pas bousculées.
	Prendre en compte les habiletés de la personne	Connaissance et utilisation des capacités actuelles de la personne dans la mise en place de l'activité.
	Prendre en compte l'environnement physique et social de la personne	Environnement physique sécurisant et sécurisé pour la personne. L'activité est mise en place dans l'environnement écologique de la personne. L'ergothérapeute prend en compte le rôle de la personne et son entourage.

Engagement	Facteurs de l'engagement	Motivation interne	Les besoins fondamentaux : La personne fait ses propres choix, La personne interagit avec son environnement de manière efficace, La personne appartient à un groupe.
		Motivation externe	Récompense, valorisation, regard de la société, regard de l'entourage, pression.
		Motivation mixte	Valeurs, récompense et plaisir.
	Degré de l'engagement	Régulation autonome : la personne est seule décisionnaire de son action, plus la régulation est autonome plus l'engagement est fort.	Réalisation de l'activité par choix de la personne, correspond à ses valeurs prend du plaisir, a une satisfaction. Fort engagement.
		Régulation contrôlée : les actions de la personne sont contrôlées par des facteurs externes, plus la régulation est contrôlée moins l'engagement est fort.	Réalisation de l'activité par contrainte, pression externe, changement de comportement pour autrui. Peu d'engagement.
		Pas de régulation : amotivation	Non-engagement dans les activités, passivité.

Annexe 6 : Matrice de questionnement de la recherche

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Intitulé	Mobilités de réponse	Objectifs
1. Consentement	Accord	Acceptez vous de participer à cette étude ?	Réponse binaire : Oui/Non	S'assurer de l'accord des participants pour participer à cette étude.
2. Caractéristique de la population	Diplôme	Etes-vous diplômé d'Etat en ergothérapie ?	Réponse binaire : Oui/Non	Vérifier les critères d'inclusion de la population interrogée Avoir un aperçu de l'expérience et du temps de travail des ergothérapeutes dans la structure
	Lieu d'exercice	Travaillez-vous ou avez-vous travaillé en EHPAD ?	Réponse binaire : Oui/Non	
	Expérience professionnelle	Si oui, depuis combien de temps exercez-vous en EHPAD ?	Réponse ouverte	
	Temps de travail	Travaillez-vous à temps partiel ou à temps plein au sein d'une même structure ? (si vous êtes à temps partiel dans des structures différentes mettez temps partiel)	Réponse binaire : Temps plein/ Temps partiel	
	Public pris en soin	Prenez-vous en soin des personnes présentant la maladie d'Alzheimer au stade sévère ?	Réponse binaire : Oui/ Non	

3. Thérapie par l'occupation	Activité signifiante	Lors de votre intervention auprès de ces personnes, vous basez vous sur les activités signifiantes de la personne (qu'elle réalise au quotidien, qui ont du sens pour elle) ?	Réponse binaire : Oui/Non	Connaitre les pratiques des ergothérapeutes. Mesurer à quel degré la thérapie par l'occupation est utilisée par les ergothérapeutes.
		A quelle fréquence utilisez-vous ces dernières comme base de votre thérapie ?	Echelle : 0 = Jamais 10 = Toujours	
	Identité	Lors de votre intervention, prenez-vous en compte la personne dans sa globalité ?	Echelle : 0 = Jamais 10 = Toujours	
	Habitudes de vie	Lors de votre intervention, à quelle fréquence prenez-vous en compte les habitudes de vie de la personne MA ? Ex : la personne à l'habitude de faire sa toilette d'une certaine manière qui ne correspond pas forcément à la norme, prenez-vous en compte cette habitude ?	Echelle : 0 = Jamais 10 = Toujours	

	Habiletés	Lors de votre intervention, vous basez vous sur les capacités actuelles de la personne pour mettre en place vos activités ?	Echelle : 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesurer à quel degré la thérapie par l'occupation est utilisée par les ergothérapeutes.
		Vous basez vous sur les incapacités de la personne MA pour mettre en place des activités ? Notez la fréquence de 0 à 5.	Echelle : 0 = Jamais 10 = Toujours	
	Environnement	Lors de votre intervention, à quelle fréquence réalisez-vous des activités dans l'environnement écologique de la personne MA ? (Chambre du résident)	Echelle : 0 = Jamais 10 = Toujours	
		Lors de votre intervention, prenez-vous en compte les demandes de l'entourage de la personne ?	Echelle : 0 = Jamais 10 = Toujours	
		Lors de votre intervention, vous basez vous sur le rôle que peut détenir la personne au sein de son environnement familial, professionnel ou social (avec autres résidents de la structure) ?	Echelle : 0 = Jamais 10 = Toujours	

1. Engagement	Facteurs d'engagement	Au sein de la structure, à quelle fréquence les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère font-elles des choix de manière autonome ?	Echelle : 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesurer à quelle fréquence la personne MA réalise ses propres choix au sein de la structure.
		Lors des activités que vous proposez, percevez-vous un investissement de l'environnement par les personnes MA ? Notez cet investissement de 0 à 5.	Echelle numérique : 0 = Aucun investissement 10 = Investissement total	Mesurer à quel degré la personne MA investit leur environnement lors de la réalisation des activités.
		Les personnes MA que vous prenez en charge arrivent-elles à s'identifier à un groupe au sein d'une activité ?	Echelle numérique : 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesurer à quelle fréquence la personne MA s'identifie à un groupe au sein d'une activité.
		Lors de vos activités, l'apport d'une récompense, qu'elle soit physique ou morale, joue-t-il un rôle dans l'investissement de la personne MA dans l'activité ?	Echelle numérique : 0 = Aucun rôle 10 = Rôle important	Mesurer à quel degré la récompense joue un rôle dans la motivation de la personne MA au sein d'une activité.

		Observez-vous un changement de motivation lorsque la personne MA est valorisée dans la réalisation des activités que vous lui proposez ?	Echelle : 0 = Aucun changement 5 = Changement important	Mesurer à quel degré la valorisation joue un rôle dans la motivation de la personne MA au sein d'une activité.
		Le regard de l'entourage familial, professionnel ou social des personnes MA a-t-il un effet sur la réalisations des activités que vous leur proposez ? Notez l'importance de cet effet de 0 à 5.	Echelle : 0 = Aucun effet 5 = Effet important	Mesurer à quel degré le regard de l'entourage à un impact sur la réalisations des activités de la personne MA.
	Degré d'engagement	Percevez-vous du plaisir chez les personnes MA lors de la réalisation de vos activités ? Notez ce plaisir de 0 à 5.	Echelle : 0 = Aucun plaisir 5 = Plaisir total	Mesurer à quel degré le plaisir est perçu lors de la réalisation des activités par la personne MA.
		Percevez-vous une satisfaction des personnes MA dans la réalisation des activités ? Notez cette satisfaction de 0 à 5.	Echelle : 0 = Aucune satisfaction 10 = Satisfaction totale	Mesurer à quel degré la personne MA trouve un satisfaction dans la réalisation des activités.

		A quelle fréquence percevez-vous une prise de décision des personnes MA concernant le choix des activités que vous leur proposez ?	Echelle numérique : 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesurer à quelle fréquence la personne MA prend des décisions concernant le choix des activités proposées.
		Percevez-vous que les personnes MA s'engagent dans les activités que vous leur proposez car elles correspondent à leurs valeurs ?	Echelle numérique : 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesurer à quelle fréquence les valeurs de la personne ont un impact sur l'engagement de cette dernière dans les activités.
		Percevez-vous un engagement des personnes MA dans les activités que vous leur proposez car elles retrouvent un rôle social dans celles-ci ?	Echelle numérique : 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesurer à quelle fréquence le rôle social de la personne a un impact sur l'engagement de la personne dans les activités.
		Lors de votre intervention, à quelle fréquence percevez-vous une réalisation de l'activité pour « faire plaisir » à autrui par les personnes MA ?	Echelle numérique : 0 = Jamais 10 = Toujours	Mesurer à quelle fréquence la personne réalise les activités pour « faire plaisir » à autrui.

		Percevez-vous que les personnes MA se mettent une certaine « pression » dans la réalisation de vos activités ? Notez cette pression de 0 à 5.	Echelle numérique : 0 = Aucune pression 10 = Pression totale	Mesurer à quel degré les personnes réalisent les activités car elles ont une pression sur elles.
		Lors de votre intervention, percevez-vous une passivité des personnes MA dans la réalisation de vos activités ? Notez cette passivité de 0 à 5.	Echelle numérique : 0 = Aucune passivité 10 = Passivité totale	Mesurer à quel degré la réalisation des activités se fait de manière passive par la PA.
1. Autres		Avez-vous d'autres remarques, suggestions qui n'ont pas été abordées dans ce questionnaire ?	Réponse ouverte	Savoir si les ergothérapeutes ont d'autres remarques sur des sujets non abordés.

Annexe 7 : Questionnaire de la recherche

Etude de l'impact de la thérapie par l'occupation réalisée par l'ergothérapeute sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

Bonjour,

Je me présente je m'appelle Lise et je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie.

Je réalise une recherche sur la mise en place des thérapies non médicamenteuses par les ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère et plus particulièrement sur la thérapie par l'occupation.

Ma recherche m'a amené à me demander : Quels sont les impacts de la thérapie par l'occupation sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin ?

C'est pour cela que je fais appelle à vous, ergothérapeutes exerçants en EHPAD, pour comprendre quels effets vous percevez sur l'engagement de vos patients dans votre prise en soin selon vos pratiques.

Il n'est donc pas obligatoire que vous pratiquiez la thérapie par l'occupation, au contraire cela me permettra de comparer vos pratiques.

Je rappelle que ce questionnaire est anonyme et qu'il n'y aura aucun jugement de valeur.

Merci pour vos réponses !

Consentement

Description (facultative)

Acceptez-vous de participer à cette enquête ? *

☐ Oui

☐ Non

Généralités



Description (facultative)

Etes-vous diplômé d'Etat en ergothérapie ? *

☐ Oui

☐ Non

Généralités



Description (facultative)

Travaillez-vous ou avez-vous travaillé en EHPAD ? *

☐ Oui

☐ Non

Si oui, combien d'années avez-vous travaillé en EHPAD ?

Réponse courte

Généralités



Description (facultative)

Travaillez-vous ou avez-vous travaillé à temps partiel ou à temps plein au sein d'une même structure ? (si vous êtes à temps partiel dans des structures différentes mettez temps partiel) *

☐ Temps partiel

☐ Temps plein

☐ Non[illegible][illegible][illegible]

Lors de votre intervention, à quelle fréquence réalisez-vous des activités dans l'environnement
écologique de la personne MA? (Chambre du résident)

[illegible]

Lors de votre intervention, vous basez vous sur le rôle que peut détenir la personne MA au sein de son environnement familial, professionnel ou social (avec d'autres résidents de la structure par exemple) ? *

[illegible]

A combien noteriez vous votre prise en compte des demandes de l'entourage de la personne MA ?

[illegible]

⌂
⋮

Facteurs d'engagement

Au sein de la structure, à quelle fréquence les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade sévère font-elles des choix de manière autonome ? *

[illegible]

Lors des activités que vous proposez, percevez-vous un investissement de l'environnement par les personnes MA ? Notez cette investissement de 0 à 10.

Aucun investissement 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Investissement total

Les personnes MA que vous prenez en charge arrivent-elles à s'identifier à un groupe au sein de vos activités ? *

[illegible]

Lors de vos activités, l'apport d'une récompense, qu'elle soit physique ou morale, joue-t-il un rôle dans l'investissement de la personne MA dans l'activité ? Notez l'importance de ce rôle de 0 à 10. *

Aucun rôle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rôle important

Observez-vous un changement de motivation lorsque la personne MA est valorisée dans la réalisation des activités que vous lui proposez ? Notez ce changement de 0 à 10. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucun changement

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Changement important

Le regard de l'entourage familial, professionnel ou social des personnes MA a-t-il un effet sur la réalisations des activités que vous leur proposez ? Notez l'importance de cet effet de 0 à 10. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucun effet

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Effet important

Engagement



Degrés d'engagement

Percevez-vous du plaisir chez les personnes MA lors de la réalisation de vos activités ? Notez ce plaisir de 0 à 10. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucun plaisir

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Plaisir total

Percevez-vous une satisfaction des personnes MA dans la réalisation de vos activités ? Notez cette satisfaction de 0 à 10. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune satisfaction

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Satisfaction totale

[illegible][illegible][illegible][illegible]



Percevez-vous que les personnes MA se mettent une certaine « pression » dans la réalisation de vos activités ? Notez cette pression de 0 à 10. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune pression

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Pression totale

Lors de votre intervention, percevez-vous une passivité des personnes MA dans la réalisation de vos activités ? Notez cette passivité de 0 à 10. *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune passivité

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Passivité totale

Remarques



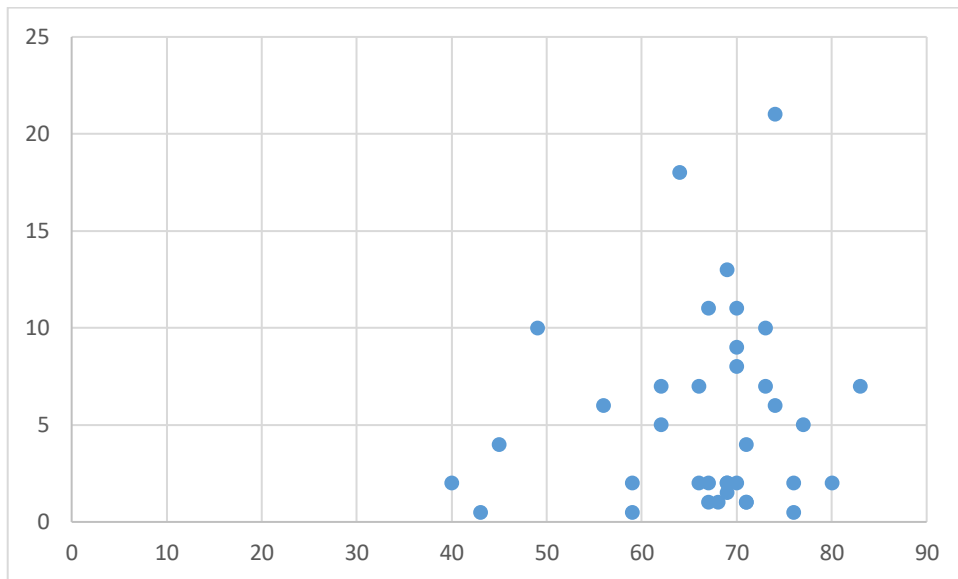
Merci pour vos réponses ! N'hésitez pas à me laisser un commentaire.

Avez vous d'autres remarques, suggestions qui n'ont pas été abordées dans ce questionnaire ?

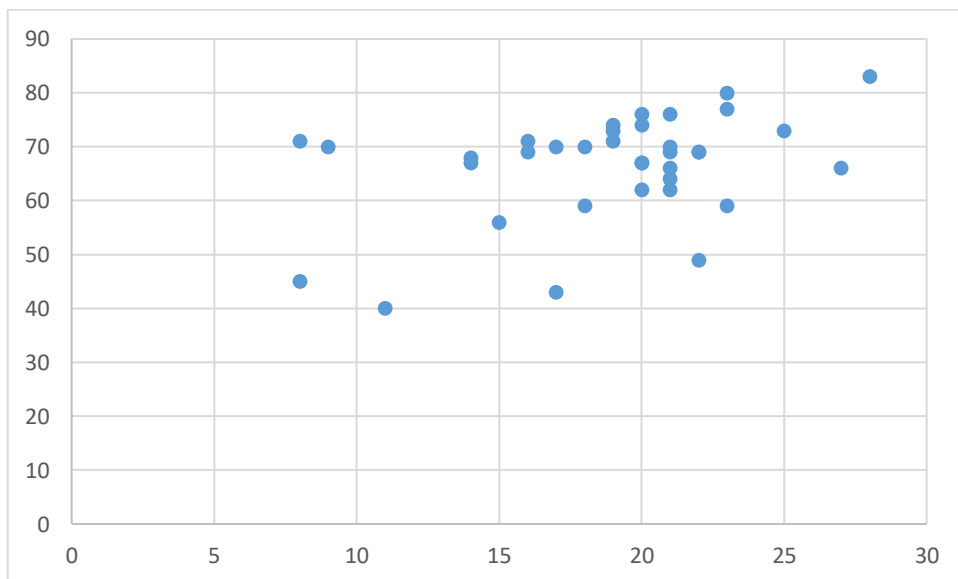
Réponse longue

.....

Annexe 8 : Nuages de points



Nuage de point entre la variable thérapie par l'occupation et la variable année d'expérience



Nuage de point entre la variable thérapie par l'occupation et le degré d'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère

Étiquettes de colonnes																						
Nombre de Temps	Étiquettes de lignes	40	43	45	49	56	59	62	64	66	67	68	69	70	71	73	74	76	77	80	83	Total général
	Temps partiel	1	1		1	1				1	2	1		1	1	1		2	1	1		16
	Temps plein			1			2	2			2	1	3	3	2	1	2				1	20
	Total général	1	1	1	1	1	2	2	1	2	3	1	4	4	3	2	2	2	1	1	1	36

Tableau de croisement de la variable thérapie par l'occupation et temps plein/temps partiel

Annexe 9 : Tableau de corrélation de Spearman

Hypothèse générale H1 :

			THERAPIE	DEGRE
Rho de Spearman	THERAPIE	Coefficient de corrélation	1,000	,250
		Sig. (bilatérale)	.	,141
		N	36	36
	DEGRE	Coefficient de corrélation	,250	1,000
		Sig. (bilatérale)	,141	.
		N	36	36

Hypothèse secondaire H2 :

			THERAPIE	ANNEE
Rho de Spearman	THERAPIE	Coefficient de corrélation	1,000	,088
		Sig. (bilatérale)	.	,609
		N	36	36
	ANNEE	Coefficient de corrélation	,088	1,000
		Sig. (bilatérale)	,609	.
		N	36	36

Hypothèse secondaire H3 :

			THERAPIE	TEMPS1
Rho de Spearman	THERAPIE	Coefficient de corrélation	1,000	,040
		Sig. (bilatérale)	.	,815
		N	36	36
	TEMPS1	Coefficient de corrélation	,040	1,000
		Sig. (bilatérale)	,815	.
		N	36	36

Annexe 10 : Tableau du test de Khi2

Hypothèse générale H1 :

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	45,635 ^a	30	,034
Rapport de vraisemblance	33,820	30	,288
N d'observations valides	36		

a. 48 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.
L'effectif théorique minimum est de ,06.

Ici on voit que le Khi2 est de 45,63 avec un degré de liberté de 30 pour une marge d'erreur de 5%. La valeur critique est donc de 43,77, elle est inférieure à notre valeur du Khi 2 (Cf Annexe 13). Nous pouvons alors conclure que la corrélation est significative à 95%.

Hypothèse secondaire H2 :

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	18,942 ^a	28	,900
Rapport de vraisemblance	20,637	28	,840
N d'observations valides	36		

a. 44 cellules (97,8%) ont un effectif théorique inférieur à 5.
L'effectif théorique minimum est de ,06.

Ici on voit que le Khi2 est de 18,94 avec un degré de liberté de 28 pour une marge d'erreur de 5%. La valeur critique est donc de 41,34 elle est supérieure à notre valeur du Khi 2 (Cf Annexe 13). Nous pouvons alors conclure que la corrélation n'est pas significative. Nos variables sont indépendantes.

Hypothèse secondaire H3 :

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	22,500 ^a	19	,260
Rapport de vraisemblance	30,053	19	,051
N d'observations valides	36		

a. 40 cellules (100,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.
L'effectif théorique minimum est de ,44.

Ici on voit que le Khi2 est de 22,50 avec un degré de liberté de 19 pour une marge d'erreur de 5%. La valeur critique est donc de 30,40, elle est supérieure à notre valeur du Khi 2 (Cf Annexe 13). Nous pouvons alors conclure que la corrélation n'est pas significative. Les variables sont indépendantes.

Annexe 11 : Table du Khi2

v	$\alpha = 0.05$	$\alpha = 0.01$	$\alpha = 0.001$
19	30.14	36.19	43.82
20	31.41	37.57	45.32
21	32.67	38.93	46.80
22	33.92	40.29	48.27
23	35.17	41.64	49.73
24	36.42	42.98	51.18
25	37.65	44.31	52.62
26	38.89	45.64	54.05
27	40.11	46.96	55.48
28	41.34	48.28	56.89
29	42.56	49.59	58.30
30	43.77	50.89	59.70
31	44.99	52.19	61.10
32	46.19	53.49	62.49
33	47.40	54.78	63.87
34	48.60	56.06	65.25
35	49.80	57.34	66.62
36	51.00	58.62	67.99
37	52.19	59.89	69.35
38	53.38	61.16	70.71
39	54.57	62.43	72.06
40	55.76	63.69	73.41

H3

H2

H1

Résumé et mots clés

En France, il est recommandé de pratiquer en première intention les thérapies non médicamenteuses dans la prise en soin de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère. Elles auraient un effet sur le bien-être de la personne et sur son engagement dans sa prise en soin en EHPAD. L'objectif de cette étude est de mesurer les impacts de la thérapie occupationnelle sur l'engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin.

Un questionnaire menant à une étude quantitative est réalisé auprès de 36 ergothérapeutes exerçant en EHPAD en France. Il nous permet de savoir les pratiques des ergothérapeutes et leur perception de l'engagement des personnes qu'ils prennent en soin.

Il existe une corrélation faible positive ($\rho_{xy} = 0,250$) significative entre la pratique de la thérapie par l'occupation et l'engagement de la personne dans sa prise en soin. La pratique de la thérapie par l'occupation pourrait permettre un meilleur engagement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère dans sa prise en soin. Cependant la population étudiée n'étant pas représentative nous ne pouvons pas totalement l'affirmer.

Mots Clés : Ergothérapie - Alzheimer - stade sévère - EHPAD - Thérapie par l'occupation - Engagement

Abstract and keywords

In France, good practices recommend applying first non-pharmacological approaches to working for individuals with AD at severe stage. In nursing homes, well-being and engagement in care procedures have shown to be increased. The aim of this study is to measure impact of occupational-based therapy on the engagement of the person with severe Alzheimer's disease in its care. A questionnaire was conduct to a quantitative study to collect how OTs working in NH and to learn their perception of the engagement of the people they take care of. 36 participants provided a response to this questionnaire.

There is a low positive correlation ($\rho = 0,250$) between the practice of occupational-based therapy and the engagement of the person in his care.

The practice of occupational-based therapy could allow a better engagement of the person with Alzheimer's disease in the severe stage in its care. However, since the population studied is not representative, we cannot fully assert this.

Keywords : Occupational Therapy – Alzheimer -Severe stage – Nursing Homes – Occupational-based therapy – Engagement