



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2022-2023

**Les moyens d'interventions en ergothérapie
auprès des personnes âgées souffrant de
démence**

Soutenu par : Marion EYCHENNE

12019895

Tuteur de mémoire : Denis JACQUEMOT



Université Claude Bernard Lyon 1

Président

FLEURY Frédéric

Président du Conseil Académique

BEN HADID Hamda

Vice-président CA

REVEL Didier

Vice-président CFVU

BROCHIER Céline

Directeur Général des Services

ROLLAND Pierre

Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyenne **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. MAURIN Jean-Christophe**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. DUSSART Claude**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Présidente **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Pr. LUAUTE Jacques**

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences
ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. Biosciences
GIESELER Kathrin

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Education (I.N.S.P.E.)
Administrateur provisoire

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur **BODET Guillaume**

Pierre CHAREYRON

POLYTECH LYON

Directeur **PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **LEBOISNE Nicolas**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **MASSENZIO Michel**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION

Directeur ISTR : **Pr. LUAUTE Jacques**

DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE

Directeur du département

LIONNARD-RETY Sabine

Coordinateurs pédagogiques

BODIN Jean-François

FEBVRE Marine

IBANEZ Amandine

LIONNARD-RETY Sabine

Responsables des stages

LIONNARD-RETY Sabine et IBANEZ Amandine

Responsable des mémoires

IBANEZ Amandine

Secrétariat de scolarité

PASSE Cindy



Remerciements

Je remercie Denis JACQUEMOT ses conseils et son expertise tout au long de cette année, ainsi qu'à mon groupe de tutorat pour le soutien apporté.

Je tiens également à remercier le corps enseignant qui a su nous guider pendant ces trois années.

Un grand merci à ma famille pour son soutien pendant les moments difficiles, pour les rires et bons moments partagés malgré la distance.

Un merci plus particulier pour Timothé et Patrick et leurs relectures assidues et leurs remarques constructives.

Et bien entendu un grand merci à Sophie pour son aide et nos séances de travail tout au long de la formation.

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	3
GLOSSAIRE	4
PREAMBULE.....	5
INTRODUCTION	6
PARTIE THEORIQUE.....	8
I. MALADIES NEURODEGENERATIVES DE TYPE DEMENCE LIEES AU VIEILLISSEMENT.....	8
1. <i>Définition</i>	8
2. <i>Symptômes</i>	9
3. <i>Vécu de l'aidant.....</i>	9
4. <i>Vécu de la personne souffrant de démence.....</i>	11
II. MAINTIEN A DOMICILE.....	12
1. <i>Définition</i>	12
2. <i>Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA).....</i>	13
III. MOYENS D'INTERVENTION EN ERGOTHERAPIE POUR LE MAINTIEN A DOMICILE	14
1. <i>Point sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....</i>	14
2. <i>Processus d'intervention général : Modèle du Processus d'Intervention en Ergothérapie (OTIPM) 15</i>	
3. <i>Les différents programmes spécifiques à la démence.....</i>	17
3.1. Community Occupational Therapy Programme (COTP).....	17
3.2. Community Occupational Therapy In Older people with Dementia (COTID).....	17
3.3. Community Occupational Therapy Consultation (COTC)	19
3.4. Stimulation cognitive.....	19
3.5. Dementia Early Stage: Cognitive Aids – New Trial (DESCANT).....	20
3. <i>Comparaison des différents programmes :</i>	20
3.1. Comparaison de l'efficacité sur la qualité de vie.....	20
3.2. Comparaison médico-économique.....	24
4. <i>Problématique et objectifs de recherche.....</i>	25
PARTIE METHODOLOGIE	26
I. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	26
II. TYPE DE RECHERCHE.....	26
III. POPULATION.....	26
1. <i>Critères d'inclusion.....</i>	26
2. <i>Méthode de recherche.....</i>	26
IV. CHOIX ET ELABORATION DE L'OUTIL D'INVESTIGATION.....	27
1. <i>Type d'outil.....</i>	27
2. <i>Construction de l'outil.....</i>	27
3. <i>Respect des règles éthiques.....</i>	28
4. <i>Méthode de traitement et analyse des données</i>	29
4.1. Gestion des données.....	29
4.2. Méthode d'analyse.....	29
V. LIMITES PREVISIONNELLES.....	30
RESULTATS ET ANALYSE.....	31
I. CARACTERISTIQUES DES PERSONNES INTERVIEWEES.....	31
II. L'EFFICACITE DE LA METHODE COMME INTERET POUR LES ERGOTHERAPEUTES.....	31
III. RESPECT DES VALEURS ERGOTHERAPEUTIQUES PAR LA METHODE	32
1. <i>COTID en tant que processus d'intervention</i>	34
2. <i>Adaptation de COTID en France</i>	35
DISCUSSION.....	37
I. L'INTERET PORTE PAR LES ERGOTHERAPEUTES SUR COTID EN FONCTION DE LEUR ORIENTATION PROFESSIONNELLE.....	37
1. <i>L'efficacité des soins de la méthode COTID.....</i>	37

2.	<i>Philosophie de la méthode</i>	37
3.	<i>Processus d'intervention</i>	38
II.	MISE EN PRATIQUE DE LA METHODE COTID.....	39
1.	<i>Organisation des soins en France</i>	39
2.	<i>Implémentation de la méthode COTID</i>	40
III.	LIMITES ET CONTRAINTES RENCONTREES PENDANT L'ETUDE.....	41
IV.	PERSPECTIVES DE POURSUITE DE L'ETUDE.....	41
	CONCLUSION	42
	BIBLIOGRAPHIE	43
	ANNEXE A : SCHEMA DU MODELE CONCEPTUEL DE L'OCCUPATION HUMAINE (UNIVERSITE LAVAL, 2021)	II
	ANNEXE B : SCHEMA DU MODELE DU PROCESSUS D'INTERVENTION EN ERGOTHERAPIE (FISHER & MARTERELLA, 2019)	III
	ANNEXE C : GUIDE D'ENTRETIEN	IV
	ANNEXE D : FICHE DE CONSENTEMENT	VII
	ANNEXE E : GRILLE D'ANALYSE VIERGE	VIII

Table des illustrations

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DES PERSONNES INTERROGEES..... 31

Glossaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

BADLS : Bristol Activities of Daily Living Scale

CES-D : Center for Epidemiologic Depression Scale

COTC : Community Occupational Therapy Consultation

COTID : Community Occupational Therapy In Older people with Dementia

COTP : Community Occupational Therapy Programme

CSD : Cornell Scale for Depression

CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia

DEMQOL : Dementia Quality of Life Scale

DESCANT : Dementia Early Stage : Cognitive Aids – New Trial

Dqol : Dementia Quality Of Life Instrument

ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer

IDDD : interview of deterioration of daily activities in dementia

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MMSE : Mini Mental State Examination

MOH : Modèle de l'occupation humaine

MOHO : Model Of Human Occupation

OPHI-II : Occupational Performance History Interview-II

OTIPM : Modèle du processus d'intervention en ergothérapie

PRPP : Perceive, Recall, Plan and Perform system of task analysis

RMBPC : Revised Memory and Behavioural Problems Checklist

SCQ : Sens of Competence Questionnaire

Préambule

Les maladies neurodégénératives liées au vieillissement touchent de plus en plus d'individus. De ce fait, beaucoup de personnes connaissent un homme ou une femme touchée de près ou de loin par celles-ci. C'est le cas de ma propriétaire d'appartement. En effet, sa voisine a été diagnostiquée de la maladie d'Alzheimer il y a plusieurs années. Actuellement, Madame est à un stade modéré de la maladie. Son mari, qui est son aidant principal, m'a interpellé plusieurs fois afin d'avoir des conseils ou simplement pour garder sa femme pendant qu'il prenait un peu de temps pour lui.

Leur situation m'a interpellée. Madame n'a jamais fait partie d'une prise en charge ergothérapeutique et Monsieur semblait avoir beaucoup de difficultés à trouver de l'aide. Ayant effectué un stage en ESAD (Equipe de soins Alzheimer à Domicile), je savais que des dispositifs étaient mis en place.

Je me suis alors demandé quels étaient les moyens d'intervention existants pour favoriser le maintien à domicile des personnes présentant des maladies neurodégénératives liées au vieillissement de type démence.

Introduction

A la suite des avancées scientifiques et à l'amélioration de l'accès aux soins, l'espérance de vie des êtres humains a augmenté. En effet, celle-ci est arrivée, en France, à 85 ans pour les femmes et 78,9 ans pour les hommes. C'est le vieillissement de la population. En conséquence, la population des plus de 60 ans dans la population mondiale va doubler d'ici 2050 (Organisation mondiale de la santé, 2022b).

Du fait de ce vieillissement de la population mondiale, l'émergence et l'incidence des pathologies et maladies liées à l'âge augmentent. C'est notamment le cas des maladies neurodégénératives de type démence. En effet, de nos jours 50 millions de personnes seraient touchées, dans le monde, par la démence (Organisation mondiale de la santé, 2022b). En France, en 2016, 1,2 millions de personnes étaient atteintes de démence (Santé publique France, 2022). Avec une incidence mondiale de 10 millions chaque année. Cela équivaut à environ 5 à 8% des personnes de plus de 60 ans. Ce nombre devrait augmenter, du fait du vieillissement de la population mais aussi de l'augmentation de l'incidence dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les personnes souffrant de démence devraient atteindre 82 millions en 2050 (Organisation mondiale de la santé, 2022a). Soit une augmentation de 75% en 30 ans.

L'ergothérapie a adapté ses missions afin d'accompagner au mieux les personnes souffrant de maladies neurodégénératives de type démence. Différents programmes ont vu le jour en Europe. Ces programmes ont tous pour objectif de retarder l'institutionnalisation de ces personnes en favorisant le maintien à domicile. Ils diffèrent, cependant, sur la durée d'intervention, la façon d'intervenir ainsi que sur les moyens mis en place pour favoriser ce maintien à domicile.

Ainsi la question posée est la suivante : quels sont les moyens d'intervention existants pour favoriser le maintien à domicile des personnes présentant des maladies neurodégénératives liées au vieillissement de type démence.

Dans la première partie il sera question des maladies neurodégénératives de type démence liées au vieillissement avec leurs définitions, leurs symptômes, le vécu de l'aidant ainsi que celui de la personne souffrant de démence. Ensuite, sera abordé le maintien à domicile. En Troisième partie, seront décrits les différents programmes d'intervention existants en ergothérapie en fonction du modèle du processus d'intervention. À la suite de la revue de littérature, une ambivalence concernant une méthode émergente en France est apparue. Il s'agit de la méthode Community Occupational Therapy In Older people with Dementia. Une recherche qualitative, exploratoire et non interventionnelle a été menée afin d'identifier les raisons poussant les ergothérapeutes français à l'utiliser. Cette méthodologie de recherche sera ensuite exposée, avec ses résultats et leur analyse.

Partie Théorique

I. Maladies neurodégénératives de type démence liées au vieillissement

1. Définition

Les maladies neurodégénératives de type démence liées au vieillissement sont des pathologies à évolution progressive. Ces maladies présentent un syndrome démentiel : « Syndrome qui se caractérise par le *déclin progressif du fonctionnement cognitif*, remettant en cause l'indépendance et le sentiment de bien-être de la personne. » (GRAFF et al., 2013, p. 87). C'est-à-dire qu'il va y avoir un retentissement des troubles cognitifs sur la vie quotidienne de la personne souffrant de ces maladies, et que suite à ce retentissement, elle aura une perte d'autonomie (*Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées*, 2011).

Ces troubles cognitifs ne vont pas toucher que la mémoire, ils affectent également d'autres fonctions comme : le raisonnement, la compréhension, le langage, le jugement, la capacité d'apprentissage et l'orientation. En plus des troubles cognitifs, il peut y avoir des troubles du comportement (contrôle émotionnel, comportement social et motivation) pouvant apparaître avant les troubles cognitifs (Organisation mondiale de la santé, 2022a).

Dans les maladies neurodégénératives de type démence liées au vieillissement, plusieurs en sont répertoriées :

Maladie d'Alzheimer : Elle représente deux tiers des maladies neurodégénératives liées au vieillissement. Elle correspond à une amnésie hippocampique (déficit des capacités de stockage de mémoire épisodique) couplée à des troubles cognitifs.

La démence vasculaire : Cette démence est la conséquence d'une atteinte vasculaire. Cette atteinte vasculaire peut être de différents types : Accident Vasculaire Cérébral, Infarctus corticaux... (Bousser & Chabriat, 2019)

La démence à corps de Lewy : Maladie touchant les corps de Lewy présents dans les neurones du tronc cérébral. Elle entraîne des troubles moteurs et cognitifs. Elle est caractérisée par des fluctuations de l'état cognitif, des hallucinations visuelles diurnes, précises et récidivantes ainsi que d'un syndrome parkinsonien. (Sayette et al., 2012)

La dégénérescence lobaire fronto-temporale : Cette démence est due à l'atrophie des lobes frontaux.

2. Symptômes

Les symptômes de la démence varient d'un individu à l'autre et d'un type de démence à l'autre. Cependant, les signes peuvent être catégorisés en fonction de l'évolution de la maladie. Celle-ci est découpée en 3 stades (Organisation mondiale de la santé, 2022a) :

- *Le stade initial* : Ce stade correspond aux prémices de la maladie. De ce fait, le diagnostic se fait généralement au stade suivant. Toutefois des symptômes peuvent déjà être présents. Comme par exemple la perte des repères spatio-temporels (« perdre conscience du temps ; se perdre dans des endroits familiers. ») et perte de la mémoire (« avoir tendance à oublier ») (Organisation mondiale de la santé, 2022a).

- *Le stade intermédiaire* : C'est dans ce stade que les symptômes deviennent visibles pour les personnes. Les symptômes présents lors du stade initial prennent plus d'ampleur. La perte de repères spatio-temporels se remarque même dans la maison. La perte de mémoire va concerner les événements plus récents ainsi que le nom des personnes. Le comportement et la communication vont également être impactés. Les individus souffrant de démence à ce stade, vont commencer à devenir dépendant, notamment pour les soins corporels.

- *Le dernier stade* : A ce stade la dépendance est quasiment totale. Les troubles mnésiques sont importants et des troubles moteurs, physiques sont présents, avec notamment une grande inactivité et des troubles de la marche.

3. Vécu de l'aidant

Le terme « aidant » a été défini dans la loi suite à la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1), 2015). Celle-ci dit :

« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. » (Collectif inter-associatif des aidants familiaux, 2022).

On parle alors de « Proche aidant », « d'aidant familiaux » ou encore « d'aidants informels ». Ceux-ci vivent en général dans le même domicile que la personne touchée par la maladie. Si c'est un parent qui souffre de démence, il va souvent emménager dans la maison de son enfant pour que celui-ci puisse veiller sur lui à tout moment. (Pitaud & Valarcher, 2007).

Depuis plusieurs années, le vécu des aidants, leur santé et leur bien-être sont au centre des politiques, abordé notamment lors du plan Alzheimer 2001-2005 (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et al., 2001), et de nombreuses études. Il en est ressorti que devenir « aidant » entraînait des répercussions considérables sur la vie quotidienne de ceux-ci, notamment sur leur santé, leurs activités, leurs occupations, leur vie sociale... « Des conséquences sur leur santé peuvent en résulter mais également une diminution des activités et la disparition des moments de répit. » (Samitca, 2004, p. 87). De ce fait, les aidants sont souvent désignés comme « victimes cachées » ou « secondes victimes », cependant cette dénomination enferme « les aidants dans une situation unique, identique pour tous et, qui plus est, négative » (Samitca, 2004, p. 75). Devant cette situation, les aidants peuvent réagir de différentes façons : (Samitca, 2004)

Tout d'abord, les proches de la personne malade peuvent décider de ne pas aider, de ne pas être présents. Il y a soit un désir d'éloigner la maladie de son quotidien, par peur ou juste parce que l'entente avec la personne n'est pas bonne, soit après avoir porté les soins pendant un certain temps, l'aidant est fatigué et prend la décision d'arrêter.

La deuxième possibilité est de se sentir submergé par la situation, que la maladie soit le centre de la vie de l'aidant. Toutes les journées, présentes et futures, sont organisées en fonction de la personne malade. « Les aidants repoussent leurs propres soins du fait de la maladie de l'autre. » (Tebbani, 2017, p. 201). Au début, les aidants sont pleins de ressources mais ils finissent par tout épuiser en faisant passer l'aidé au premier rang. C'est à ce moment-là que l'on va rencontrer « la fatigue de l'aidant ». « Les aidants sont soumis à une charge physique et morale devenant de plus en plus lourde avec le temps et l'évolution de la maladie aboutissant à un véritable fardeau (« burn-out ») s'exprimant à travers des troubles somatiques et psychiques. » (Tebbani, 2017, p. 201). Face aux changements (durables) de comportement de leur proche et l'impossibilité, petit à petit, de tenir des liens sociaux, les aidants se retrouvent avec « une charge considérable, tant matérielle que psychologique et

morale. » (Samitca, 2004, p. 77). Tout cela va avoir un retentissement sur la relation que l'aidant a avec l'aidé et même avec tout l'entourage. En plus de l'épuisement et de la dépression, il peut se développer une agressivité de la part de l'aidant ainsi que de la culpabilité face à ses réactions (Samitca, 2004, p. 79). Cette situation peut engendrer du stress et une peur de partir avant la personne aidée, de ne pas tenir jusqu'au bout (Tebbani, 2017, p. 201).

Une dernière façon de réagir face à la maladie, est de réussir à garder du temps pour soi, de concilier la prise en charge de la personne souffrant de démence avec ses propres occupations. De ne pas mettre les soins au centre de son organisation. Pour ces personnes, ce temps de « répit », sans l'aidé, est essentiel pour pouvoir tenir, pour que la relation reste saine.

Dans ces trois réactions possibles, il faut noter que « S'occuper d'un parent souffrant de la maladie d'Alzheimer ne relève pas d'une situation « naturelle » mais nécessite, pour l'aidant, de développer un savoir-faire qui s'acquiert au cours de la prise en charge et en lien avec l'évolution de la maladie. » (Samitca, 2004, p. 83). D'après Pitaud et Valarcher, il va y avoir une inversion des rôles entre l'aidant et l'aidé, notamment lorsque c'est un des parents qui est touché : l'enfant devient alors le parent et le parent l'enfant. (2007). Ce renversement de rôle est une nouvelle source de mal-être pour les aidants.

4. Vécu de la personne souffrant de démence

« Plus la maladie avance, plus elle engouffre malades et aidants dans une spirale de désespoir et d'exclusion. » (Pitaud & Valarcher, 2007, p. 117). Il est vrai que la maladie atteint profondément l'aidant de la personne touchée par la démence. Cependant, le ressenti du malade importe également.

Au cours de la maladie et tout au long de son évolution, la personne souffrant de démence va passer par de nombreuses émotions. De la joie d'être toujours entouré par son entourage et d'être respecté malgré la maladie au sentiment de trahison ou d'abandon lorsque les contacts se font rares. Face aux différents examens que ces personnes doivent passer, notamment les tests mnésiques chez le neurologue, elles peuvent ressentir de

l'angoisse (Pitaud & Valarcher, 2007, p. 122). Le malade va devoir en premier lieu accepter la maladie, accepter son état. Cependant,

« Cela est d'autant plus difficile que ce type de démence touche à ce qu'il y a de plus précieux, sa dignité d'homme ou de femme. Se voir diminuer dans sa capacité à penser, à se souvenir, à agir et interagir avec le monde et les autres est excessivement douloureux. » (Pitaud & Valarcher, 2007, p. 117).

La vie autour de lui va s'organiser, changer pour faire front face à la maladie, mais ces changements ne sont pas forcément ceux qu'il souhaiterait. La personne malade va prendre sur elle et faire ce qu'on lui demande. Son entourage va intervenir pour l'aider dans son quotidien : « Le malade se sent désinvesti de son quotidien. » (Pitaud & Valarcher, 2007, p. 119). Tous les sacrifices que font les personnes atteintes de démence face à cette nouvelle organisation (déménagement, intervention au domicile, inversion des rôles...) va impacter négativement leur fierté personnelle et leur dignité. Malgré cela la présence de l'aidant va être rassurante. « L'estime et l'amour que les personnes touchées par la maladie ont envers leur proche deviennent plus grands. La maladie amène souvent à une prise de conscience sur sa vie et sa famille. » (Pitaud & Valarcher, 2007, p. 121).

II. Maintien à domicile

1. Définition

Le « maintien à domicile » est une expression souvent utilisée, mais que veut-elle vraiment dire ? Si on se réfère aux racines des mots la constituant :

- « Maintenir signifie protéger, défendre, tenir avec la main, avec comme premier sens conserver dans le même état, faire ou laisser durer » (Ennuyer, 2014, p. 27-32).
- Domicile : « Lieu où quelqu'un habite en permanence ou de façon habituelle. »

Donc le maintien à domicile serait simplement le fait de rester « chez soi en dépit de l'âge, pour y mener sa vie, avec tous les risques inhérents à ce choix. » (Ennuyer, 2014, p. 27-32). Les personnes voulant rester chez elles, expriment leur souhait de pouvoir y rester le plus longtemps possible, voire d'y mourir. Ce « maintien » permet à ces personnes de garder leurs habitudes de vie et leurs relations sociales, notamment avec leur entourage.

« Il s'agit donc bien que la personne reste chez elle, sur le *long terme* avec ses *habitudes de vie* et ses *relations avec les autres générations* en conservant autant qu'elle le peut et qu'elle le souhaite, sa place dans le milieu qui a été le sien, milieu familial, milieu géographique, milieu de voisinage, etc. » (Ennuyer, 2014, p. 32).

Cependant, le maintien à domicile n'est pas que cela. En effet, afin de le rendre possible, il est parfois nécessaire de mettre en place des aides à domicile, obligeant le passage de professionnels mais aussi de membres de la famille. Si on prend cette notion en compte, le maintien à domicile comprend aussi tous les actes qu'un tiers va réaliser dans le but qu'une personne en perte d'autonomie puisse rester chez elle, à son domicile (Olejnik Binier, 2018).

2. Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA)

Les Equipes Spécialisées Alzheimer ont été mises en place à la suite du plan Alzheimer de 2008-2012, afin de permettre aux personnes souffrant de démence, à un stade léger à modéré, de rester le plus longtemps possible au domicile. Ces équipes interviennent sur 12 à 15 séances par an, à raison d'une séance par semaine. Il est nécessaire que la personne ait une prescription médicale pour que l'intervention puisse avoir lieu.

Elles sont rattachées à un Service de Soins Infirmier A Domicile (SSIAD) et sont composées (Lebee et al., 2013):

- D'un infirmier coordinateur.
- D'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien qui vont évaluer les capacités des malades et réaliser le bilan adressé au médecin traitant.
- D'assistants de soins en gérontologie effectuant les séances de réhabilitation basées sur l'évaluation réalisée par le psychomotricien et/ou l'ergothérapeute.

Les ESA mènent des actions auprès des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, mais également auprès de leurs aidants. Elles visent à maintenir les capacités restantes des malades ainsi qu'un apprentissage de stratégies permettant de compenser les difficultés que ces personnes rencontrent (Lebee et al., 2013). Des actions sont également menées auprès des aidants pour permettre le « développement des performances de l'entourage dans la prise en charge et l'accompagnement du patient. » (Haute Autorité de Santé, 2010, p. 4).

III. Moyens d'intervention en ergothérapie pour le maintien à domicile

1. Point sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le Modèle de l'Occupation Humaine a été créé en 1980 par Kielhofner (GRAFF et al., 2013). C'est un modèle conceptuel qui met la personne au centre en interaction constante avec l'occupation humaine et son environnement. Kielhofner définit l'occupation comme « Des activités comprenant le travail, les loisirs et les activités quotidiennes qui ont une valeur temporelle, physique et socioculturelle et qui caractérisent en grande partie la vie de l'homme. » (2002, p. 1). Le MOH peut être divisé en 4 parties (GRAFF et al., 2013) :

- **La personne** qui est considérée comme « constituée de trois composantes interdépendantes : la volition, l'habituatation et la capacité de performance. » (Kielhofner, 2002, p. 14).

La Volition correspond aux choix que va faire la personne pour agir en fonction de ce qu'elle considère comme important pour elle. La volition va évoluer et se transformer au fur-et-à-mesure que la personne va anticiper, choisir et vivre des expériences. « La volition peut être définie comme un schéma de pensée et de sentiments sur soi-même en tant qu'acteur dans son monde qui se produit lorsque l'on anticipe, choisit, expérimente et interprète ce que l'on fait. » (Kielhofner, 2002, p. 19)

« *L'habituatation* fait que les personnes manifestent des patrons de comportements systématiques. » (GRAFF et al., 2013, p. 35).

La capacité de performance correspond à l'aptitude de la personne à « réaliser ce qu'elle veut faire grâce au « composantes objectives » et à « l'expérience subjective ». » (GRAFF et al., 2013, p. 36)

- **L'agir** composée de trois niveaux qui sont : La participation, la performance et l'habileté.

La participation est « la personne en action, ses occupations au niveau du travail, des loisirs et des activités de la vie quotidienne. » (GRAFF et al., 2013, p. 37). Elle va dépendre de la volition, la capacité de performance, l'habituatation ainsi que des conditions environnementales.

La performance se situe au niveau des tâches et activités qui découlent de participation occupationnelle. Elle va être « fortement influencée par l'habitude, ainsi que par l'environnement. » (GRAFF et al., 2013, p. 37)

L'habileté correspond aux « actions observables et pertinentes utilisées par une personne pendant l'exécution d'une occupation. » (GRAFF et al., 2013, p. 38). Elles peuvent être motrices, procédurales ou de communication et d'interaction.

- **L'environnement occupationnel** comprend l'environnement physique et socioculturel influençant la participation occupationnelle.

- **L'identité, la compétence et les situations occupationnelles**

L'identité occupationnelle correspond à l'être que la personne est et celui qu'elle souhaiterait devenir. Celle-ci est composée notamment des rôles, des habitudes de vie générées par les expériences vécues et le passé de la personne.

La compétence occupationnelle « renvoie à la capacité de la personne de maintenir sa participation afin que celle-ci reflète son identité occupationnelle. » (GRAFF et al., 2013, p. 38)

L'adaptation occupationnelle est définie comme la construction d'une « identité occupationnelle positive » dans le temps due à l'interaction constante de l'environnement et les compétences occupationnelles.

Le MOH ne se concentre pas sur les dysfonctions ou encore les maladies des personnes, mais ses besoins, ses souhaits ainsi que ses perceptions. « Il part de l'engagement actif de la personne » (GRAFF et al., 2013, p. 31). C'est sur ce modèle que certaines méthodes d'intervention développées ci-après se sont basées.

2. Processus d'intervention général : Modèle du Processus d'Intervention en Ergothérapie (OTIPM)

L'OTIPM est un modèle développé par A. FISHER (2013), une ergothérapeute suédoise, en se basant sur le MOH. Ce modèle se découpe en trois phases :

- La phase d'évaluation et d'établissement des objectifs
- Phase d'intervention
- Phase de réévaluation

La phase d'évaluation commence par le recueil d'informations concernant le client (pouvant être un individu, un groupe de personnes, une organisation, une communauté ou alors une constellation de personnes) afin de mieux comprendre le lien entre ses occupations et leurs contextes situationnels. L'occupation est définie par Fisher comme « une activité qui est à la fois utile et significative pour la personne qui s'y engage » (1998, p. 509). Le client va identifier ses occupations qu'il considère comme une force et celles qu'il va considérer comme des freins, des problèmes. Il va ensuite remettre les occupations dans leurs contextes puis évaluer son niveau de participation. Il va décider du niveau de résultats qu'il souhaiterait atteindre et prioriser ses performances occupationnelles. Après la phase de recueil d'informations, l'ergothérapeute va réaliser une analyse de la performance du client. Pour ce faire, il va observer la qualité de performance occupationnelle de la personne, recueillir son point de vue sur la performance qu'il aura effectué, l'évaluer et déterminer l'écart mesuré entre le niveau observé par l'ergothérapeute et le niveau rapporté par le client. Vient ensuite la finalisation de l'évaluation. Celle-ci consiste en une synthèse des résultats de l'analyse de performance du client. L'ergothérapeute va ensuite finaliser les objectifs qui vont cibler les occupations définies dans les étapes précédentes et émettre une hypothèse sur les raisons des problèmes occupationnels de la personne. Toute cette phase se fait en s'appuyant sur les modèles conceptuels, et plus particulièrement sur le Model Of Human Occupation (MOHO) (Fisher, 2013, p. 8).

La phase d'intervention va permettre à l'ergothérapeute de sélectionner le ou les modèles de pratique, planifier et mettre en place celle-ci. L'ergothérapeute va pouvoir choisir parmi quatre modèles (Fisher, 2013) :

- *Le modèle de compensation* : Ce modèle, basé sur l'occupation va compenser les habiletés occupationnelles réduites du client à travers une occupation dite adaptative et ciblant l'occupation. Ces adaptations peuvent être des stratégies compensatrices, de la technologie d'assistance ou encore l'aménagement de l'environnement.

- *Le modèle d'éducation et d'enseignement* : Ce modèle va concerner les programmes éducatifs qui ciblent l'occupation. Ces programmes sont utilisés pour des groupes de personnes.

- *Le modèle d'acquisition pour l'entraînement des habiletés occupationnelles* : « les clients sont engagés dans une activité professionnelle et l'objectif proximal est l'amélioration

de la performance occupationnelle. » (Fisher, 2013, p. 11). Ce modèle vise l'occupation du client pour acquérir ou retrouver des habiletés de performance. (Fisher & Marterella, 2019)

- *Le modèle de récupération pour améliorer les fonctions corporelles et autres éléments du client* : Ce modèle vise la récupération de fonctions corporelles du client.

La dernière phase du modèle consiste à réévaluer l'intervention et vérifier les résultats, déterminer s'il y a eu un changement et si les objectifs du client ont été atteints ou bien voir si d'autres objectifs ont été identifiés (Fisher, 2013).

3. Les différents programmes spécifiques à la démence

3.1. Community Occupational Therapy Programme (COTP)

Ce programme a été développé en Allemagne. Il consiste en dix séances d'ergothérapie étalées sur 5 semaines (donc deux séances par semaine). L'intervention a pour objectif d'améliorer le fonctionnement quotidien des patients et de leurs aidants. Pour ce faire, elle est décomposée en 2 sessions (Voigt-Radloff et al., 2009) :

Session 1 : L'ergothérapeute va explorer toutes les activités quotidiennes significatives de la personne, tout en mettant l'accent sur la réussite de leur exécution.

Session 2 : celle-ci va consister à observer les capacités de performance de la personne dans les activités quotidiennes définies lors de la session une. Les stratégies compensatrices mises en place dans l'environnement familial de la personne vont également être observées. Une visite de l'environnement va être effectuée afin de voir les possibilités d'aménagement du domicile. (Voigt-Radloff et al., 2009)

3.2. Community Occupational Therapy In Older people with Dementia (COTID)

Le programme COTID est la traduction du programme développé par Graff, EDOMAH « Ergotherapie bij Dementerende Ouderen en hun Mantelzorgers An Huis » en 2008 (GRAFF et al., 2013). Il a été créé dans le but de maintenir les personnes souffrant de démence à un stade léger à modéré, au domicile le plus longtemps possible. Il est nécessaire que ces personnes vivent à domicile et aient des capacités de communication. En effet, ce programme est basé sur l'entretien avec celles-ci. « La totalité du processus ergothérapeutique de ce programme EDOMAH repose sur deux cadres théoriques : le *Modèle de l'Occupation Humaine*

(MOH) centré sur le patient et le *Cadre ethnographique systémique*. De plus la mise en pratique de cette intervention ergothérapique est fondée sur le « *Cognitive Disabilities Model* et le *Consultmodel* ». L'intervention ergothérapique selon le programme EDOMAH utilise également des *méthodes de récits de vie* et des *soins centrés sur la perception*. » (GRAFF et al., 2013, p. 29).

L'intervention se déroule sur 15 séances d'ergothérapie à domicile et est découpée en plusieurs phases :

1. Définition et analyse des problèmes
2. Formulation des objectifs et du plan de traitement
3. Exécution du plan de traitement et évaluation

La première phase est répartie sur 4 à 5 séances. L'ergothérapeute va recueillir le récit de la personne atteinte de démence grâce à l'outil OPHI-II « Occupational Performance History Interview » (GRAFF et al., 2013, p. 40). L'OPHI-II va permettre de se faire une idée de l'emploi du temps de la personne, l'importance et du sens que celle-ci donne à ses activités et dont elle va percevoir ses occupations. L'ergothérapeute va ensuite recueillir le récit de l'aidant par un entretien ethnographique. Il est important de noter que pour l'ergothérapeute, l'aidant est aussi son patient, c'est pour cela que son récit est aussi récolté. Par une analyse et une interprétation des récits de l'aidant et de l'aidé, une observation des activités de la personne atteinte de démence et de son aidant, l'ergothérapeute va analyser les problèmes et déterminer une approche. Il va ensuite présenter les trois récits (celui de l'aidé, de l'aidant et le sien) au couple aidé/aidant. On passa alors à la deuxième phase.

La deuxième phase correspond à la définition des objectifs. L'aidé va formuler un objectif, l'aidant également, puis les deux vont déterminer un objectif pour le couple.

Puis commence la troisième phase, celle de la réalisation des séances pour atteindre les objectifs définis précédemment. Pour se faire l'ergothérapeute va pouvoir : Former aux stratégies de compensation, adapter l'environnement physique et social, informer, instruire, accompagner et éduquer la personne atteinte de démence, mais également conseiller, informer, accompagner et éduquer l'aidant. (GRAFF et al., 2013)

En France, le programme COTID ne peut être mis en place tel quel au sein des ESA (Blonda-Fraineau, 2022). En effet, comme expliqué précédemment, l'ergothérapeute

travaillant dans les ESA, délègue plusieurs tâches, notamment celle de réaliser les séances aux assistants de soins en gérontologie. Son application nécessiterait une adaptation.

3.3. Community Occupational Therapy Consultation (COTC)

Le programme COTC a été développé afin de diminuer les coûts engendrés par les soins dispensés et les séances d'ergothérapie à domicile. Le nombre de visites à domicile a été baissé à une séance d'une heure : 30 minutes d'explication d'un dépliant de 10 pages (remis aux personnes) et 30 minutes d'information et de conseils. Parmi ces conseils, il y a notamment le fait de rester actif dans la vie quotidienne, de maintenir les contacts sociaux et d'utiliser les services de lutte contre la démence. (Voigt-Radloff et al., 2009, 2011)

3.4. Stimulation cognitive

La stimulation cognitive est une intervention développée pour améliorer l'information et la communication auprès des personnes souffrant de démence et de son entourage, mais également pour augmenter le soutien social et développer l'acquisition de compétences de ces personnes en termes de cognition dans le quotidien et de compétences langagières. (Collins et al., 2022, p. 2). « Les applications sont toujours en rapport avec la vie quotidienne, les besoins et les centres d'intérêt des patients. » (de Rotrou et al., 2006, p. 18). « La mise en œuvre de programmes communautaires de Thérapie Stimulation Cognitive a démontré des avantages cliniques (cognition, autonomie fonctionnelle, humeur, comportement, etc.) et psychosociaux (bien-être, inclusion sociale, qualité de vie, retardement de l'institutionnalisation et coûts globaux) pour les individus et les communautés en général. » (Collins et al., 2022, p. 2). Pour ce faire l'ergothérapeute va pouvoir utiliser différentes techniques (Wojtasik et al., 2009) :

- *La facilitation des performances* : « Mettre en place des conditions optimales pour que les composantes de traitement défectueuses puissent encore fonctionner. » (Wojtasik et al., 2009, p. 195)

- *La technique de récupération espacée* : Demander au patient de se rappeler d'un geste, d'une consigne, d'une stratégie à différents temps qui vont augmenter au fur-et-à-mesure que le patient réussira.

- *Le principe d'apprentissage sans erreur* : Utiliser la mémoire épisodique du patient pour permettre un apprentissage sans erreur.

- *L'aménagement de l'environnement ainsi que le recours à des aides techniques* (Wojtasik et al., 2009, p. 195).

Les séances peuvent se faire en groupe ou en individuel. Ce sont des séances d'une heure une à deux fois par semaine. En France, la stimulation cognitive est très utilisée par les ergothérapeutes travaillant en ESA.

3.5. Dementia Early Stage: Cognitive Aids – New Trial (DESCANT)

Ce programme a été développé afin de maintenir les capacités des personnes avec démence à un stade précoce de la maladie et les aider à améliorer leur bien-être ainsi que celui de leur aidant. Pour ce faire, l'intervenant (qui n'est pas forcément un ergothérapeute) va proposer des aides mnésiques et entraîner la personne à les utiliser. (Chester et al., s. d.) Le programme se décompose en 4 séances étalées sur 4 semaines :

La première séance se déroule au domicile de la personne. Elle sert à identifier les aides à la mémoire habituellement utilisées par le couple aidant/aidé. Elle va permettre de définir les objectifs que la personne veut atteindre grâce à la mise en place d'aides supplémentaires.

La deuxième et troisième séance se passent par appel téléphonique. Il est essentiel de parler à l'aidé et à l'aidant, que cela soit séparément ou ensemble, mais les deux points de vue sont importants. Ces appels vont permettre au couple aidant/aidé d'évaluer les aides mises en place.

La quatrième séance se fait au domicile. C'est la dernière séance du programme servant à faire une évaluation finale de l'utilisation des aides et répondre aux questions (Chester et al., s. d.).

3. Comparaison des différents programmes :

3.1. Comparaison de l'efficacité sur la qualité de vie

L'équipe de Graff a réalisé plusieurs études (qualitatives, contrôlée randomisée, de mise en œuvre) permettant de mettre en place le programme COTID (GRAFF et al., 2013, p. 17). « La phase d'étude contrôlée et randomisée définitive a permis d'étudier les effets et de vérifier l'efficacité-coût (et de répondre par la même occasion à la question de l'efficacité et de l'efficacité-coût). » (GRAFF et al., 2013, p. 18). Deux groupes ont été formés : un recevant

de l'ergothérapie à domicile et un groupe n'en recevant pas. Pour mesurer l'efficacité de cette intervention, plusieurs critères de jugement étaient relevés :

- *Les habilités dans les activités* mesurées à l'aide du « process scale of the assessment of motor and process skills » allant d'un score de -3 (moins bonnes compétences de processus) à un score de 4 (meilleures compétences de processus). Ces données ont été mesurées également avec l'interview de la détérioration dans les activités de la vie quotidienne dans la démence : « interview of deterioration of daily activities in dementia » (IDDD).

- *Le sentiment de contrôle des aidants* à l'aide de la « Mastery Scale ».

- *La qualité de vie* mesuré grâce « Dementia Quality Of Life Instrument (Dqol) » (M. Graff, 2008, p. 95).

- *L'humeur du patient* qui a été relevé grâce l'échelle de Cornell pour la dépression (CSD)

- *L'humeur des aidants* ont été mesuré à l'aide « Center for Epidemiologic Depression Scale (CES-D) » (M. Graff, 2008, p. 96).

- L'état de santé

- *La cognition* grâce au Mini-Mental State Examination

- *Le comportement* avec le « Revised Memory and Behavioral Problems Checklist » (RMBPC).

Les résultats montrent que 84% des patients atteints de démence faisant partie du groupe avec de l'ergothérapie, ont vu tous ces critères augmenter (M. J. L. Graff et al., 2006). « Les patients bénéficiaires de l'ergothérapie avaient amélioré leurs habilités et avaient besoin de moins d'assistance pour effectuer les activités de la vie quotidienne, par comparaison aux personnes âgées atteintes de démence du groupe de contrôle. » (GRAFF et al., 2013, p. 21).

Les résultats obtenus dans les études réalisées par l'équipe de Graff en 2006 ne coïncident pas avec les résultats obtenus par Voigt-Radloff en 2011. Celui-ci a effectué une étude, contrôlée et randomisée en simple aveugle, similaire en Allemagne (Voigt-Radloff et al., 2011). Il a formé deux groupes : 1 recevant 10 séances d'ergothérapie du programme COTID et un groupe recevant une séance de 30 minutes d'informations et conseils COTC. Leurs critères de jugements étaient similaires à ceux de Graff :

- *L'initiative du patient dans les activités quotidiennes* : IDDD et « Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis » (PRPP)
- *Le changement observé dans la vie quotidienne par rapport au début* : en comparant, à l'aide du logiciel de statistique ANCOVA, les résultats obtenus par l'IDDD et PRPP avant et après l'intervention.
- *La qualité de vie* relevée grâce à Dqol.
- *L'humeur des patients* mesurée à l'aide de l'échelle de Cornell pour la dépression dans la démence (CSDD)
- *L'humeur des aidants* mesurés par la CES-D
- *Le placement du patient en maison de retraite* en utilisant les ressources disponibles dans la démence et le nombre de nuits passées en maison de retraite (sans compter les soins de répit).
- *La comorbidité* à l'aide de « Cumulative Illness Rating Scale »
- *Les interactions entre l'aidant et l'aidé* mesurées grâce au « Sense of Competence Questionnaire » (SCQ)

Les personnes incluses dans l'étude devaient répondre à différents critères d'inclusion, dont avoir une maladie d'Alzheimer ou apparentée au stade léger à modéré, avoir un score au MMSE compris entre 14 et 24 et devaient vivre à domicile avec un aidant leur fournissant des soins au moins 2 fois par semaine.

Les résultats ne montrent pas de différences significatives entre les groupes. Il n'y a pas eu d'amélioration plus marquée dans le groupe recevant l'intervention COTID, dans les différents critères mesurés, par rapport au groupe recevant l'intervention COTC.

En 2021, Wenborn réalise également une étude afin de comparer le programme COTID sur le territoire anglais avec le programme usuellement utilisé. Le programme habituellement utilisé varie d'une structure à une autre et peut contenir ou pas de l'ergothérapie. Le programme COTID a été développé et adapté à l'organisation des soins et à la culture anglaise : COTID UK. Wenborn a également mesuré

- *Les soins personnels et le rendement dans les activités de la vie quotidienne* à l'aide de l'outil BADLS « Bristol Activities of Daily Living Scale ».
- *L'humeur* mesurée grâce à la CSDD.

- *Le sentiment de compétence des aidants* mesuré avec l'IDDD.
- *La cognition* à l'aide du MMSE « Mini Mental State Examination ».
- *La qualité de vie* grâce à l'échelle de qualité de vie des démences « Dementia Quality of Life Scale », la DEMQOL.

Son équipe et elle ont trouvé que COTID-UK n'était pas significativement différent du programme utilisé usuellement. Pour expliquer cette différence, Wenborn dit « Les soins habituels étaient très différents aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, ce qui a peut-être eu une incidence sur les résultats. Lorsque l'étude néerlandaise a été menée, l'ergothérapie communautaire pour les personnes atteintes de démence aux Pays-Bas en était à ses balbutiements » (2021, p. 13). De plus, il s'agit d'un programme intervenant auprès de personnes souffrant de maladies progressives. Mesurer l'efficacité à long terme ou moyen terme, d'après elle, paraît être difficile.

Une autre étude a comparé le programme habituellement utilisé en Angleterre et au Pays de Galles pour les personnes présentant une démence aux stades légers et modérés à un nouveau programme : Dementia Early Stage Cognitive Aids New Trial (DESCANT). Cette étude visait à savoir si DESCANT permettait d'améliorer les capacités, le fonctionnement et l'autonomie des personnes atteintes de démence ainsi que leurs aidants. Il s'est avéré que le programme DESCANT n'était pas significativement différent du programme habituellement utilisé.

« Nous avons mis en œuvre l'intervention comme prévu, et les personnes atteintes de démence et leurs aidants l'ont bien accueillie. Mais cela ne s'est pas traduit par une amélioration de l'autonomie des activités de la vie quotidienne, de la qualité de vie ou des résultats des aidants. » (Clarkson et al., 2022, p. 1006)

Des études menées en Afrique Sub-saharienne (Paddick et al., 2017) et en Angleterre (Spector et al., 2018), ont comparé l'utilisation de la thérapie de stimulation cognitive et l'utilisation de la thérapie habituellement utilisée afin de voir s'il y avait une amélioration significative de la cognition et de la qualité de vie des personnes avec démence. Ces deux études ont montré que « des améliorations significatives ont été dans la performance cognitive, la qualité de vie physique, et de la charge symptomatique neuropsychiatrique. » (Paddick et al., 2017, p. 9) ; « Lors du suivi, le groupe d'intervention s'était amélioré de

manière significative par rapport au groupe témoin sur le Mini-Mental State Examination (P=0,044), l'échelle d'évaluation de la maladie d'Alzheimer - Cognition (ADAS-Cog) (P=0,014) et les échelles de qualité de vie - maladie d'Alzheimer. » (Spector et al., 2018, p. 248). Cependant la stimulation cognitive ne joue pas sur la dépendance fonctionnelle dans les soins personnels et les activités de la vie quotidienne, ni sur les symptômes comportementaux (Spector et al., 2018).

Ainsi, il semble qu'aucun des programmes cités précédemment ne se démarque de manière significative sur le plan de l'efficacité si on prend l'amélioration de l'autonomie des personnes dans les activités de la vie quotidienne. Cependant, la stimulation cognitive montre une efficacité significative sur les capacités cognitives et la qualité de vie des personnes souffrant de démence. DESCANT, quant à lui, permet une amélioration de l'information et des conseils donnés aux aidants concernant les besoins non satisfaits.

3.2. Comparaison médico-économique

Une étude menée par Graff en 2008 a été réalisée afin de savoir si 10 séances d'ergothérapie communautaire, permettait de diminuer les coûts des traitements habituellement utilisés aux Pays-Bas pour les personnes souffrant de démence. Cette étude a analysé tous les coûts engendrés par les soins pour le couple aidant-aidé avec ou sans l'intervention d'un ergothérapeute communautaire. Ces coûts comprennent : les visites du patient chez un soignant (médecin généraliste, physiothérapeute ou autres soins liés à la démence), l'exercice des soignants à domicile, le temps que les aidants ont passé à prendre soin de leur proche, ainsi que les soins reçus par les aidants en cas de plaintes physiques ou émotionnelles. (M. J. L. Graff et al., 2008). Il en est ressorti que l'ergothérapie communautaire permettait de faire une économie moyenne de 1748€.

Pizzo et son équipe ont réalisé une étude en 2022 au Royaume-Uni afin de voir si COTID-UK était économiquement plus intéressant que le traitement habituellement utilisé. A la différence de l'étude de Graff, le traitement habituellement utilisé pouvait comprendre des séances d'ergothérapie. Leurs résultats montrent que COTID est significativement plus coûteux. (Pizzo et al., 2022)

Comme le montre ces deux études, il n'y a pas de consensus clair par rapport à l'intérêt économique qu'apporte l'utilisation de COTID par rapport aux traitements habituellement utilisés.

4. Problématique et objectifs de recherche

À la suite des comparaisons effectuées entre les différents programmes, il en est ressorti que la stimulation cognitive aurait un effet significatif sur les capacités cognitives des personnes souffrant de démence ainsi que sur leur qualité de vie. Le programme COTID montrerait des bénéfices économiques en réduisant les coûts du couple aidant-aidé en matière de soins si le traitement habituellement utilisé ne comporte pas de séances d'ergothérapie. Cependant, aucun des programmes ne permet d'améliorer l'autonomie et diminuer la dépendance fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne.

En quoi la méthode COTID intéresse-t-elle les ergothérapeutes français intervenant auprès des personnes âgées souffrant de démences, travaillant en ESA ?

Partie Méthodologie

I. Objectif de l'étude

L'objectif de cette recherche est d'identifier les raisons qui poussent les ergothérapeutes à utiliser la méthode COTID au sein de leur pratique professionnelle.

II. Type de recherche

Après avoir choisi l'objectif de l'étude, le type de recherche à effectuer a dû être défini afin d'explorer la problématique qui a été posée. Pour ce faire une démarche de recherche non interventionnelle, qualitative exploratoire a été conduite. En effet, la méthodologie qualitative permet de « développer la compréhension des phénomènes au départ des patterns de données plutôt que de recueillir des données pour évaluer un modèle théorique préconçu ou des hypothèses a priori. » (Mucchielli, 2009, p. 73). Ce type de recherche est donc cohérent avec la problématique et l'objectif formulé, à savoir identifier les raisons poussant les ergothérapeutes à utiliser la méthode COTID.

III. Population

1. Critères d'inclusion

Une fois l'objectif de l'étude établi et le type de recherche choisi, il a fallu déterminer quelles seraient les personnes à inclure dans l'étude. Pour ce faire, des critères d'inclusion ont été décidés. L'objectif étant d'identifier les raisons poussant les ergothérapeutes à utiliser COTID, il est logique d'interviewer des ergothérapeutes diplômés d'état exerçant dans des ESA. En effet, les ESA sont les structures prenant en charges les personnes âgées souffrant de démence vivant à domicile. Ces ergothérapeutes devront avoir été formés à la méthode COTID et devront l'inclure dans leur pratique professionnelle depuis au moins trois ans. Ce délai est établi afin que les ergothérapeutes puissent avoir eu le temps de l'utiliser, de s'être familiarisé avec et de s'être fait une opinion sur cette méthode.

2. Méthode de recherche

Lors de l'élaboration de la partie théorique, plusieurs articles ont été lus. Certains de ces auteurs correspondaient aux critères d'inclusion. Après avoir relevé l'adresse électronique ou un numéro de téléphone, un premier contact a été effectué.

Des intervenants au sein de l'institut de formation de Lyon ont travaillé avec des ergothérapeutes formés et utilisant la méthode COTID. Leur adresse électronique a donc été communiqué afin de prendre un premier contact. Après un échange de mail avec ces personnes, certaines d'entre elles ont transmis des contacts de connaissances correspondant aux critères recherchés.

En parallèle, un démarchage a été réalisé en appelant différents ESA de France dont les coordonnées ont été récoltées sur internet.

IV.Choix et élaboration de l'outil d'investigation

1. Type d'outil

L'outil choisi pour répondre à la question de recherche est l'entretien semi-directif. « L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie. » (Tétreault & Guillez, 2014, p. 215). C'est un outil d'investigation inhérent à la méthodologie qualitative. « L'intérêt d'utiliser l'entretien comme méthode de collecte de données est lié à l'intention du chercheur d'explorer des expériences humaines, de découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire. » (Tétreault & Guillez, 2014, p. 215-216).

2. Construction de l'outil

Le guide d'entretien (Annexe C) a été construit en se basant sur la méthode de Tétreault et est composé de quatre parties :

La première et deuxième partie sont constituées par l'introduction de la recherche précisant les objectifs et les thèmes de celle-ci ainsi que des considérations éthiques.

La troisième partie concerne les questions en lien avec la recherche. Celle-ci va être découpée en plusieurs thèmes afin que l'entretien soit le plus fluide possible. Ces différents thèmes ont été élaborés en essayant de répondre à la question à la suite des lectures effectuées sur le sujet. Ceux-ci sont : « Efficacité », « Approche standardisée/structurée », « Valeurs de l'ergothérapie » et « choix de la méthode ». Pour chacun des thèmes, deux à trois questions seront posées afin de les explorer de manière proportionnée. Des relances et des questions intermédiaires sont prévues car « il importe d'inclure des questions qui favorisent l'approfondissement et la réflexion sur la thématique. Elles doivent être introduites une fois

que les éléments principaux ont été mentionnés et que la personne semble prête à explorer d'avantage le sujet. » (Tétreault & Guillez, 2014, p. 227)

La dernière et quatrième partie correspond à la conclusion de l'entretien. Celle-ci comprend la vérification auprès de la personne d'un dernier ajout de sa part, d'un dernier mot ainsi que les remerciements.

Ce guide d'entretien a été élaboré et utilisé pour toutes les personnes interrogées. Cela permet d'éviter un biais dans la réalisation de l'enquête.

3. Respect des règles éthiques

La loi Jardé du 05 mars 2012 relate les règles éthiques à respecter lors d'une recherche impliquant une personne humaine (LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), 2012). Cette loi précise la forme que doit prendre le consentement : « Aucune recherche mentionnée au 1° de l'article L. 1121-1 ne peut être pratiquée sur une personne sans son consentement libre et éclairé, recueilli par écrit, après que lui a été délivrée l'information prévue à l'article L. 1122-1. » (LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), 2012).

La notion de confidentialité des données est mentionnée dans la loi du 20 juin 2018 faisant référence aux données personnelles et à leur protection. « Lorsque ces données permettent l'identification des personnes, leur transmission doit être effectuée dans des conditions de nature à garantir leur confidentialité. [...] Lorsque le résultat du traitement de données est rendu public, l'identification directe ou indirecte des personnes concernées doit être impossible. » (LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (1), 2018).

En ce qui concerne la confidentialité de l'étude : les entretiens seront enregistrés afin d'être retranscrits et analysés de manière plus appropriée. Les données obtenues seront anonymisées, c'est-à-dire que le noms des lieux, des personnes et des institutions seront retirés. Chaque ergothérapeute se verra attribué la lettre « E » suivi d'un chiffre donné au hasard.

Toute personne interrogée à la possibilité de se retirer de la recherche à tout moment, de ne répondre qu'à une partie des questions ou de ne pas y répondre du tout. De plus elles auront le libre accès aux données de l'étude.

Concernant le consentement des personnes interviewées, un formulaire (Annexe D) leur sera distribué qu'elles devront signer afin de montrer qu'elles sont en accord avec ce qui a été dit précédemment.

4. Méthode de traitement et analyse des données

4.1. Gestion des données

Une fois l'entretien réalisé, enregistré et retranscrit, les données (audios et écrites) seront stockées sur l'ordinateur dans un dossier créé à cet effet et ce jusqu'à leur analyse et la passation de la soutenance, à la suite de laquelle elles seront supprimées.

4.2. Méthode d'analyse

La méthode de traitement et d'analyse des données choisie est la méthode d'analyse thématique comparative. Celle-ci « consiste à identifier dans chaque récit les passages touchant à différents thèmes afin de comparer ensuite les contenus de ces passages d'un récit à l'autre » (Sanséau, 2005, p. 50) mais aussi « à élaborer progressivement un modèle de plus en plus précis et riche faisant apparaître des récurrences entre différentes situations. » (Sanséau, 2005, p. 50). Grâce à cette méthode les différents thèmes du guide seront repris puis analysés. Cela va se dérouler en 7 étapes :

- **Retranscription** de l'enregistrement en l'anonymisant.
- **Numérotation** des lignes afin de rendre l'analyse et citation plus facile.
- **Thématisation** : Cette étape consiste à catégoriser des parties du verbatim de la personne en fonction des thèmes définis dans le guide d'entretien et de ceux définis par la personne.
- **Découpage et classement thématique** du verbatim dans un tableau d'analyse (Annexe E). Ce tableau se compose de plusieurs colonnes : la première reprend les différents thèmes et les suivantes correspondent au verbatim des personnes interviewées.
- **Comparaison** des verbatims des différentes personnes interrogées : similitudes, différences, divergences, convergences, identification des éléments pertinents faisant sens pour l'analyse...

- **Analyse et confrontation** des données à l'objectif de l'étude, au cadre théorique, à la problématique et aux données théoriques trouvées lors de l'état de l'art.
- **Discussion** reprenant les éléments importants en lien avec les aspects recherchés, les apports nouveaux trouvés, les limites et apports de l'étude, les bonnes pratiques...

V. Limites prévisionnelles

Dans le cadre de l'étude, une des premières limites potentielles sera le nombre d'entretiens réalisés. En effet, le peu de temps disponible à la réalisation de cette étude pousse à prendre un nombre réduit de personnes à interviewer.

Une autre limite potentielle : les critères d'inclusions qui sont assez précis. En effet, il risque d'y avoir peu d'ergothérapeutes formés à la méthode COTID et l'ayant utilisé depuis plus de 3 ans en ESA. En effet, la formation COTID existe depuis 2014. En conséquence, il existe un faible taux d'ergothérapeutes formés à la méthode COTID.

Pour une question de logistique, les différents entretiens seront réalisés en distanciel, pouvant rendre les interactions plus distantes et limitant les échanges.

Résultats et Analyse

I. Caractéristiques des personnes interviewées

Ergothérapeutes interviewés	E1	E2	E3
Orientation professionnelle lors de l'exercice en ESA	Clinique	Recherche	Clinique
Année de formation COTID	2014	2014	2017
Lieu de pratique actuel	Ecole d'ergothérapie	Ecole d'ergothérapie	ESA

Tableau 1 : Caractéristiques des personnes interrogées

II. L'efficacité de la méthode comme intérêt pour les ergothérapeutes

Pour les trois ergothérapeutes interviewés, COTID est une méthode qui a fait ses preuves. E3 sait que la méthode a été validée aux Pays-Bas : « Au moment où on le faisait, je pense qu'aux Pays-Bas, ça avait porté ses fruits » (E3). E1 apporte un peu plus de renseignements en précisant l'auteur de l'étude « le gouvernement français s'était appuyé sur les résultats du programme COTID, sur les résultats de l'étude de Maud GRAFF pour mettre en place les ESA en France ». Mais les deux ne se sont pas trop intéressés à la littérature scientifique. Seul E2 est capable de décrire les différents articles et pays concernés par la méthode et s'est intéressé à la veille bibliographique. « Ben je vous ai dit en Italie [...] Des articles sont sortis en Espagne aussi. En Angleterre, ils ont testé la méthode. La différence n'était pas aussi significative parce que l'Angleterre est depuis un certain temps dans l'occupation centrée, donc il y avait déjà des éléments qui étaient préexistants. En Allemagne, la méthode a été non validée [...]. En Irlande, elle a été validée aussi. Et au Canada, ils sont plus partis sur une adaptation du CO-OP pour les personnes âgées. [...]. Voilà en Australie aussi, je crois qu'il y a des études qui sont en train de se faire et les Japonais aussi investissent énormément le COTID. »

E1 et E2 précisent les critères de jugement de l'efficacité de la méthode. COTID a fait ses « preuves sur l'amélioration des habiletés de la personne atteinte de maladie d'Alzheimer et

ça a fait ses preuves aussi sur l'augmentation du sentiment de compétence du Proche aidant » (E1). De plus « la personne qui a la maladie d'Alzheimer, a retrouvé des activités du quotidien qu'elle ne faisait plus ou qu'elle faisait mal » (E2). Un autre avantage de cette méthode pour E2 se trouve « au niveau financier. Il y a une diminution de la dépense publique lorsqu'on utilise la méthode COTID. ». E1 ajoute également « Et en plus ça permettait le maintien à domicile, une amélioration de la qualité de vie du Binôme [aidant-aidé] ».

Pour E1, utiliser cette méthode permet de favoriser le maintien à domicile des personnes accompagnées « permettre à des gens de continuer à rester vivre à leur domicile le plus longtemps possible. Et d'avoir amélioré leur qualité de vie. » (E1).

Les trois ergothérapeutes interrogés émettent comme point important, les retours positifs des personnes ayant bénéficié de la méthode COTID. « J'ai beaucoup entendu de retours positifs sur, ne serait-ce que d'abord, accorder une heure d'entretien. » (E1). Cependant pour E3 ces retours sont à prendre avec des pincettes « On fait remplir des questionnaires à des gens avec des troubles cognitifs qui nous aiment bien et qui veulent nous faire plaisir, ça n'a pas grand-chose d'objectif. » (E3).

III. Respect des valeurs ergothérapeutiques par la méthode

E1 et E3 expliquent que c'est aussi en lien avec les valeurs de l'ergothérapie « ce qui m'a plu dans le programme COTID, c'est que ça correspondait aussi à un moment de mon activité professionnelle où ma pratique rentrait aussi dans ce troisième paradigme centré sur la personne, sur l'occupation, sur l'environnement, donc dans leur contexte de vie. Voilà, ça m'a permis d'accorder une place aussi importante à chacun. » (E1). Mais également à leurs propres croyances « Bah c'est en accord avec mes valeurs, avec ma façon de voir l'ergothérapie » (E3).

La méthode permet de placer la personne, l'occupation et l'environnement physique et social de la personne au centre de la prise en soin. « On va vraiment s'intéresser à qui elle est, à ses valeurs, à ce qu'elle a fait comme travail, ce qu'elle a fait comme activité dans le passé, actuel » (E1) ; « Là, c'est très centré sur l'occupation hein, nos accompagnements tournent autour de ça. » (E3) ; « on utilise évidemment un environnement physique facilitant » (E2) ; « On s'intéresse autant à la personne avec des troubles cognitifs qu'à son proche » (E1).

Ces valeurs se retrouvent dans la façon d'intervenir, dans ce qu'on appelle les cibles du traitement. En effet, lorsque tous trois utilisent la méthode COTID, leurs cibles sont : « c'était

vraiment exclusivement occupation centrée » (E1) ; « on fait ce qu'on appelle de la cognition du quotidien. C'est à dire on se base principalement sur l'occupation. » (E2) ; « Moi je pense que quand je l'utilise c'est très clients centrés » (E3).

Lorsqu'ils n'utilisent pas la méthode COTID, quelques divergences émergent. En effet, pour E2 « c'est principalement de la stimulation cognitive. » alors que pour E1 et E3 les avis sont différents. « Je n'ai jamais été très convaincu de de la remédiation cognitive. On est sur de la relation à l'autre, sur la communication adaptée, les comportements à privilégier donc plutôt aussi sur de l'information du Proche aidant. Et puis. J'étais quand même intéressée sur les problématiques occupationnelles quand même, donc d'essayer de trouver des moyens pour les aider à être quand même efficace sur les occupations qui avaient du sens pour eux [...]. On est sur les occupations sociales. » (E1). « On fait de la réhabilitation, un peu d'éducation thérapeutique [...]. Pas du tout de stimulation cognitive. » (E3).

Pour E1 et E2 un autre point est apparu, c'est la place que permet de donner COTID à l'ergothérapeute. « Je leur fais un retour à chacun de ce que j'ai compris aux deux. Et ça, c'est assez magique aussi parce que l'on fait très peu ça habituellement. [...] Voilà, on donne notre expertise aussi en tant qu'ergothérapeute. » (E1). « Le petit plus encore de cette méthode qu'on retrouve, à ma connaissance, dans aucune méthode, c'est le récit de l'ergothérapeute. C'est à dire que dans cette méthode, on s'appuie énormément sur la narration, le récit. Et ce que je trouve intéressant, c'est que l'ergothérapeute fait aussi son récit pour comprendre la situation et partage le récit avec la personne qui a la maladie d'Alzheimer, et le proche aidant. Donc il y a vraiment un travail approfondi, réflexif sur la pratique que l'on va donner, ce sont des côtés positifs » (E2). Ainsi, pour ces deux ergothérapeutes, COTID permet de leur donner une place importante grâce à leur récit. C'est-à-dire « qu'il va raconter, à sa manière tout ce qu'il a récupéré comme analyse [...] pour faire une présentation aux couples [aidant-aidé]. » (E2).

IV. Standardisation et adaptation de la méthode en France

1. COTID en tant que processus d'intervention

Pour E1 et E2 COTID est un processus d'intervention, « on est sur un programme d'intervention. » (E1) ; « c'est un processus d'intervention complet donc ça c'est un avantage au niveau du raisonnement clinique qui va de l'exploration, l'évaluation, l'analyse de ces retours. » (E2).

Les trois ergothérapeutes questionnés connaissent les différentes phases de la méthode telle qu'elle a été validée. « On a vraiment 4 phases : une phase d'exploration des problématiques, une phase d'analyse et négociation des objectifs, une phase de mise en place du plan d'intervention coordonné et une phase de réévaluation » (E2).

Cependant lorsque E1 et E3 parlent de sa mise en place sur le terrain, il y a quelques divergences observées. En effet, pour E1 le relais aux ASG se faisait à partir de la sixième séance, après la négociation des objectifs « Ça représentait en fait 5 séances. La première séance c'est la séance de présentation d'explication et cetera. La deuxième séance, c'est vraiment l'entretien avec la personne atteinte de maladie d'Alzheimer. La troisième séance, c'était l'entretien avec le proche aidant. La quatrième, c'était la mise en situation sur une activité. Et la cinquième séance, c'était la formulation des objectifs. Et à la formulation des objectifs ce qu'on essayait, ce n'est pas toujours été possible, mais c'est que l'ASG soit présente. Comme ça après elle prenait le relais. » (E1). Tandis que pour E3 le relais se fait après la quatrième séance. De plus E3 intervient après une visite de l'infirmière coordinatrice « Normalement, l'infirmière coordinatrice présente un peu ce qu'est l'ergothérapie au sein de l'ESA et Comment vont se dérouler les séances. Et donc j'interviens après que j'ai une idée de la situation et de l'urgence de la souffrance de l'aidant pour savoir si je commence plutôt par mon entretien ethnographique ou plutôt par mon OPHI-II (Occupational Performance History Interview-II). Donc ça c'est en général mes deux premières séances avec la visite du domicile et ma mise en situation, je la réalise sur une troisième séance en général et après j'y retourne du coup avec mon diagnostic ergo, mon récit de l'ergothérapeute et puis on commence la séance de négociation des objectifs. » (E3)

Cette disparité est expliquée par E2 « Là, vous touchez un sujet qui est, en fait, l'adaptation de la méthode COTID à la française. Et donc cette adaptation, aujourd'hui, elle est encore très en lien avec les ESA, c'est à dire très en lien avec les équipes. » (E2).

2. Adaptation de COTID en France

Cette adaptation à la française passe tout d'abord par une délégation de certaines missions de l'ergothérapeute. Celle-ci possède des avantages : « j'étais contente aussi de partager des situations qui sont quand même complexes au domicile, et de d'avoir aussi de profiter de leurs regards parce que les ASG nous apportent aussi beaucoup. » (E1). Mais aussi des inconvénients : « mais le fait de déléguer, on perd forcément un peu de contrôle et on travaille avec des humains qui n'ont pas forcément la même façon de faire que nous, elles ont une certaine liberté [...]. Elles n'ont pas de culture ergo, elles ont pas d'études ergo et elles peuvent faire des actes d'ergothérapie. » (E3).

D'autres adaptations ont été mises en place afin d'essayer de prouver l'efficacité de la méthode en France. Notamment de faire passer une Mesure Canadienne du rendement occupationnel (MCRO) « Quand moi j'étais en formation, on nous proposait de faire une MCRO. Et j'ai essayé et en fait globalement c'est un échec. » (E3).

Ces différences entre la France et les Pays-Bas où la méthode a été validée, sont considérés comme des limites par E2 et E3. « Surtout avec l'organisation des équipes spécialisées Alzheimer et une approche beaucoup plus pluridisciplinaire au niveau de l'organisation, puisqu'au Danemark, ce sont uniquement les ergothérapeutes qui font les 15 séances alors qu'en France on est sur un partage des tâches dans le cadre du plan Alzheimer qui a fixé cette proposition, donc ça c'est une limite » (E2).

V. Limites de la méthode selon les ergothérapeutes

Une des premières limites relevées par E2 et E3 est cette pluridisciplinarité et la délégation des actes ergothérapeutiques. « D'abord parce qu'en tant qu'ergo on ne fait pas forcément les séances, donc ça veut dire que c'est des ASG, des assistantes de soins en gérontologie, à qui on va déléguer des actes d'ergothérapie. C'est déjà une étape en plus. » (E3).

Une autre limite relevée par E2 et E3 est la population cible. « Avec une personne qui a la maladie d'Alzheimer, il va falloir adapter le discours, adapter le récit de vie, l'OPHII-II adapté, pour permettre la compréhension et parfois, c'est un peu la limite » (E2). « Parce que l'anosognosie, c'est quand même une grosse limite d'utilisation dans le programme client centré et que je dirais qu'on a au moins la moitié des gens qu'on accompagne qui sont anosognosiques. [...] Mais évaluer la satisfaction et le rendement, ce n'est pas possible chez des gens qui ont des troubles. En tout cas ça rajoute 2-3 séances et on ne peut pas se le permettre. » (E3).

E3 fait observer que pour utiliser la méthode, il est nécessaire qu'un aidant soit présent. « Il faut aussi un aidant relativement présent. Et encore une limite que je rencontre quand même pas mal, c'est qu'il faut un niveau cognitif [de l'aidant], je ne sais pas si on peut dire normal, mais en tout cas correct, des gens qui ont des déficiences cognitives depuis toujours, c'est un programme qu'ils vont avoir du mal à comprendre qu'il va avoir du mal à adhérer, je trouve. » (E3).

Le contexte français ne facilite pas la mise en place du programme et provoque quelques inconvénients. « Il n'est pas facile en fait d'en mettre en place dans notre pratique, exactement tel qu'il a été fait par Maud GRAFF » (E3). « C'est que c'est une méthode qui n'a pas été encore validée scientifiquement en France. C'est-à-dire, il n'y a pas d'approche culturelle du COTID. [...] On n'est pas encore tout à fait sur une approche occupation centrée » (E2).

Discussion

I. L'intérêt porté par les ergothérapeutes sur COTID en fonction de leur orientation professionnelle

1. L'efficacité des soins de la méthode COTID

L'intérêt porté par les ergothérapeutes, travaillant en ESA, sur la méthode COTID diffère en fonction de l'orientation professionnelle. En effet, pour l'ergothérapeute travaillant dans la recherche, son intérêt pour la méthode est principalement dû à l'efficacité de COTID. C'est une méthode qui a fait ses preuves aux Pays-Bas, d'après l'étude de Graff en 2006. Les différents critères de jugements étaient connus et à chaque fois ces dires étaient appuyés par des auteurs de littérature scientifique. Pour cet ergothérapeute, l'étude menée par Voigt-Radloff en 2011 était biaisée et celle menée par Wenborn montrait simplement qu'en Angleterre leur pratique n'était pas différente de celle apportée par COTID. Cependant, sans plus d'éléments sur le sujet, l'affirmation selon laquelle l'article de Voigt-Radloff est biaisée est à considérer avec précaution.

2. Philosophie de la méthode

Pour les ergothérapeutes ayant une orientation professionnelle clinique, leur intérêt pour la méthode était principalement axé sur les valeurs de l'ergothérapie et leurs croyances. En effet, COTID s'appuie sur différents modèles conceptuels comme le MOH qui place l'occupation humaine ainsi que la personne au centre de l'intervention, la MCREO qui donne à la personne une place centrale, le cadre ethnographique qui accorde une importance centrale à l'aidant. Le mélange de tous ces modèles permet de placer l'aidant, l'aidé, leurs occupations au centre de la prise en soin ergothérapique. Cela reflète les valeurs inculquées pendant les études d'ergothérapie, à savoir, baser les interventions sur trois domaines : la Personne, l'Environnement et l'Occupation. Cela repose sur la théorie formulée par Bronfenbrenner : Ces trois domaines sont en relation les uns avec les autres, s'influencent (Bronfenbrenner, 1975).

Tous les ergothérapeutes interrogés lors de l'étude ont mentionné les retours positifs des bénéficiaires de la méthode.

3. Processus d'intervention

COTID se présente comme un programme efficace respectant la philosophie de l'ergothérapie, même si de récentes études nuancent le caractère efficace. COTID est également un programme structuré. Cela permet à toutes les personnes l'utilisant d'avoir une trame d'intervention et aux personnes en bénéficiant d'avoir les mêmes services. Comme le décrivent les trois ergothérapeutes interrogés ainsi que Graff, COTID est composé de quatre phases allant de l'exploration des problématiques à la réévaluation. Pour E1, E2 et E3 c'est un des points positifs de la méthode. Même lorsque les patients ne rentrent pas dans les critères de COTID, ils appuient leur pratique sur ce programme. C'est en cela que COTID est un processus d'intervention.

Cette structuration de l'intervention se retrouve dans un autre modèle : l'OTIPM. Celui-ci est également découpé en plusieurs phases détaillant l'intervention des ergothérapeutes. La première phase de l'OTIPM correspond aux deux premières de COTID : Phase d'évaluation et d'établissement des objectifs. Les deux autres phases sont identiques à celles de COTID : phase d'intervention puis de réévaluation. Tout comme pour COTID, les différentes phases sont décrites avec précision afin de guider l'ergothérapeute dans son intervention. Tous deux se ressemblent énormément. Cependant, COTID a été créé spécifiquement pour des personnes âgées souffrant de démence au stade léger ou modéré et vivant à domicile avec la présence d'un aidant. Tandis que l'OTIPM est valide pour toutes personnes. Une autre différence entre les deux est le cœur de l'intervention : pour l'OTIPM la place centrale est donnée à l'occupation du « client » tandis que pour COTID cette place est donnée au couple aidant-aidé ainsi qu'à leurs occupations. Les grandes similitudes entre ces deux programmes, décrivent la nécessité pour les ergothérapeutes d'avoir une structuration et une planification de l'intervention communes. Avec le triptyque de la philosophie de l'ergothérapie au centre de cette pratique : Personne, Environnement et Occupation.

II. Mise en pratique de la méthode COTID

1. Organisation des soins en France

En France l'organisation des ESA rend difficile l'adaptation de COTID. En effet, la structure offre une prise en soins pluridisciplinaire : ergothérapeute, ASG et parfois psychomotricien. Au départ COTID est un programme pensé pour des ergothérapeutes intervenant auprès des personnes âgées avec démence à leur domicile (GRAFF et al., 2013). Le contexte français implique donc une première adaptation, difficile à mettre en place, la délégation d'actes ergothérapiques aux ASG. Cette délégation diffère d'un établissement à un autre et aucun consensus n'a été décidé. Par exemple pour E1 tous les actes étaient délégués aux ASG. Une fois les objectifs et le plan d'intervention définis, E1 n'intervenait plus (sauf si les ASG le demandaient). Tandis que E3, réalisait toujours la mise en place d'une aide technique technologique.

Là où les ergothérapeutes ont trois ans de formation pour comprendre les subtilités de l'approche centrée sur l'occupation, les ASG réalisent une formation de cent quarante heures après une expérience en tant qu'aide-soignante ou aide médico-psychologique (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2012). L'ASG « contribue à l'évaluation des besoins de personnes âgées présentant des déficiences sensorielles, physiques ou psychiques ou des troubles du comportement. Il participe à la surveillance, à la prévention des complications et au soutien de ces personnes et de leurs aidants. » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2012). COTID se veut centré sur les occupations, sur la personne et sur l'environnement de celle-ci, mais ces valeurs-là ne se retrouvent pas dans la formation des ASG. Cela renforce la complexité de délégation des actes. En effet, des problèmes de compréhension de la part des deux parties peuvent exister. E3 parle de cette difficulté, notamment concernant la mise en place du plan d'intervention.

De plus la culture de la pratique ergothérapique en ESA ne coïncide pas avec les valeurs portées par le programme. En ESA, la remédiation cognitive est le plus souvent utilisée, sans imposer une pratique forcément centrée sur l'occupation, au contraire du programme qui garantit cela.

2. Implémentation de la méthode COTID

A la suite des propos de E2 sur les différents pays où la méthode COTID avait été testée et validée, des recherches plus approfondies ont été conduites. Plusieurs études menées dans différents pays pointent des difficultés d'adaptation de la méthode à leur contexte. C'est notamment le cas de l'étude menée par Van't Leuven aux Pays-Bas. Ils ont trouvé 4 catégories d'obstacles (2011) :

- Sentiment d'incompétence des ergothérapeutes (manque de connaissances sur la démence) pour pouvoir utiliser et mettre en place le guide. De plus ils ne pouvaient pas s'appuyer sur des expériences précédentes et n'avaient pas de retours sur leurs performances.
- Traitement intensif conduisant à un nombre trop fréquent de séances pouvant surcharger le patient et son aidant. Cette fréquence élevée de séance ne permettait pas de se consacrer aux exigences du guide.
- Adhésion à la ligne directrice et sa faisabilité : certains ergothérapeutes ont trouvé qu'il y avait beaucoup de formulaires et de documents, peu clairs et difficiles à utiliser. Ce grand nombre de documents rendait difficile la vue d'ensemble.
- Les facteurs institutionnels : les départements n'ont pas permis le développement de ce service car il ne correspondait pas à l'objectif stratégique de ceux-ci.

Laver et son équipe ont réalisé une étude en 2017 en Australie sur la mise en place de COTID sur le territoire Australien. Plusieurs problématiques ont été rencontrées. La première difficulté éprouvée concerne la traduction du programme au contexte de pays. Les autres difficultés viennent corroborer celles trouvées par Van-t Leuven en 2011, à savoir : un manque de temps de la part des professionnels pour réaliser toutes les séances, un manque de confiance de la part des ergothérapeutes dû à un manque de connaissance du guide et de formation et beaucoup de documents et de formulaires (Laver et al., 2017).

Toutes ces difficultés d'adaptation lié au contexte (culture et organisation des soins) du pays représentent un frein dans la mise en place de COTID. Cependant l'utilisation de cette méthode permet, d'après les ergothérapeutes interrogés, un cadre commun de réflexion de travail et d'échanger plus facilement sur des situations rencontrées.

III. Limites et contraintes rencontrées pendant l'étude

Comme annoncé lors des limites prévisionnelles, peu de personnes répondaient aux critères d'inclusion. Comme évoqué par E2, depuis l'ouverture de la formation COTID une centaine d'ergothérapeutes seulement ont été formés. Et seule la moitié d'entre eux l'ont potentiellement utilisée pendant au moins trois ans. Parmi ceux-ci une plus petite fraction travaille en ESA. Ainsi, peu de personnes correspondait au profil recherché.

Une autre difficulté rencontrée concernait la qualité de l'échange avec les personnes interviewées. En effet, en raison de l'éloignement géographique, les entretiens se sont déroulés en visioconférences. Cette distance n'a pas rendu facile la prise de contact et les échanges ont pu en être impactés.

IV. Perspectives de poursuite de l'étude

Un questionnaire concernant l'efficacité ressort de cette étude. En effet, le programme COTID étant créé pour une intervention purement ergothérapique, plusieurs adaptations ont dû être réalisées pour l'adapter au contexte français. Celles-ci ont pu affecter l'efficacité du programme. L'intervention des ergothérapeutes français travaillant en ESA avec les adaptations du programme COTID devrait être évaluée en la comparant avec une intervention purement ergothérapique de ce même programme.

Pour cela, une étude de recherche quantitative interventionnelle contrôlée et randomisée pourrait être réalisée afin d'analyser l'efficacité du programme en France. Deux groupes seraient alors formés. Dans chacun des groupes, des personnes âgées, souffrant de démence au stade léger à modéré de la maladie, vivant à domicile, ainsi que leur aidant, seraient répartis de manière aléatoire. Le premier groupe recevrait une intervention purement ergothérapique comme décrit par Graff et servirait de groupe contrôle. Le deuxième groupe recevrait une intervention adaptée au contexte français, avec la délégation des actes aux ASG. Cette étude prendrait place au sein des ESA avec des ergothérapeutes formés à la méthode COTID.

Conclusion

En France les ergothérapeutes interviennent au sein des ESA, au domicile des personnes. Deux types d'interventions sont alors retrouvées. La première, est la stimulation cognitive. La deuxième méthode a été créée aux Pays-Bas, c'est COTID. D'après les études faites sur ces méthodes, la stimulation améliore les performances cognitives et la qualité de vie physique mais n'impacte pas la dépendance fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne. En ce qui concerne COTID, certaines études ont trouvées qu'il améliore l'autonomie fonctionnelle dans les activités quotidiennes, le sentiment de compétence de l'aidant, la qualité de vie. Mais quelques études n'ont pas trouvé de différences significatives avec d'autres programmes. De plus sa mise en place rencontre des limites notamment du fait de l'organisation des soins différente en fonction des pays.

Les raisons poussant les ergothérapeutes travaillant en France d'utiliser COTID diffèrent en fonction de pratique professionnelle. En effet, pour les ergothérapeutes travaillant ESA mais ayant une orientation de recherche, la raison principale est l'efficacité de la méthode. Tandis que pour ceux travaillant en ESA avec une pratique clinique sont plus attachés aux valeurs véhiculées par la méthode qui correspondent aux croyances de l'ergothérapie. Pour tous l'utilisation de cette méthode permet d'avoir un cadre commun. Ainsi tout le monde dispose d'une intervention centrée sur l'occupation planifiée et peut échanger avec le même vocabulaire sur des situations rencontrées. Malgré cela l'adaptation de COTID au système français reste difficile et intrinsèquement liée à la structure d'accueil ainsi qu'à l'équipe.

Cette difficulté d'adaptation et la nécessité de déléguer des actes d'ergothérapie dans un programme pensé et validé sans cette délégation, peut amener un questionnement sur l'efficacité de cette mise en place en France. Pour répondre à cette question l'intervention réalisée par les ergothérapeutes français travaillant en ESA avec les adaptations sera comparée avec l'intervention purement ergothérapique prévue par Graff. Cette comparaison sera menée par le biais d'une étude de recherche quantitative interventionnelle, contrôlée et randomisée.

Bibliographie

- Blonda-Fraigneau, L. (2022). *Une adaptation du programme COTID au fonctionnement pluridisciplinaire d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA)*. 47, 5-11.
- Bousser, M.-G., & Chabriat, H. (2019). Les démences vasculaires. [//www.em-premium.com/data/revues/00014079/v196i2/S0001407919318369/](http://www.em-premium.com/data/revues/00014079/v196i2/S0001407919318369/). <https://www-em-premium-com.docelec.univ-lyon1.fr/article/1303490/resultatrecherche/4>
- Bronfenbrenner, U. (1975). *The Ecology of Human Development in Retrospect and Prospect*. <https://eric.ed.gov/?id=ED128387>
- Chester, H., Clarkson, P., Kapur, N., Challis, D., Orrell, M., Ainsworth, C., Ledger, R., Pimlott, B., Spector, A., & Woods, B. (s. d.). *Dementia Early Stage : Cognitive Aids—New Trial DESCANT. Using Memory Aids in Early-Stage Dementia : A pragmatic randomised trial*. <https://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=47073>
- Clarkson, P., Pitts, R., Islam, S., Peconi, J., Russell, I., Fegan, G., Beresford, R., Entwistle, C., Gillan, V., Orrell, M., Challis, D., Chester, H., Hughes, J., Kapur, N., Roe, B., Malik, B., & Robinson, C. (2022). Dementia Early-Stage Cognitive Aids New Trial (DESCANT) of memory aids and guidance for people with dementia : Randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 93(9), 1001-1009. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-326748>
- Collectif inter-associatif des aidants familiaux. (2022). *Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, quelles avancées pour les proches aidants et aidants familiaux ?* <https://www.ciaaf.fr/loi-relative-a-ladaptation-de-la-societe-au-veillissement-queelles-avancees-pour-les-proches-aidants-et-aidants-familiaux/>

- Collins, K., Hanna, M., Makarski, J., & Kastner, M. (2022). Occupational Therapist Led Cognitive Stimulation Therapy : Feasibility of Implementation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.1177/00084174221115284>
- de Rotrou, J., Wenisch, E., Cantegreil, I., Moulin, F., Chausson, C., De Sant'Anna, M., Richard, A., Batouche, F., Garrigue, P., Thevenet, S., & Rigaud, A.-S. (2006). La stimulation cognitive. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 6(34), 17-18.
[https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(06\)75255-2](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(06)75255-2)
- Ennuyer, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation* (2e éd). Dunod.
- Fisher, A. G. (1998). Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(7), 509-521.
<https://doi.org/10.5014/ajot.52.7.509>
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused : Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful practice : A model for authentic occupational therapy*. CIOTS.
- Graff, M. (2008). *Effectiveness and efficiency of community based occupational therapy for older people with dementia and their caregivers*. University Medical Centre Nijmegen, Radboud University Nijmegen.

- GRAFF, M., EN THIJSS, M., VAN MELICK, M., & VERSTRATEN, P. (2013). *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants : Le programme COTID*. De Boeck-Solal.
- Graff, M. J. L., Adang, E. M. M., Vernooij-Dassen, M. J. M., Dekker, J., Jönsson, L., Thijssen, M., Hoefnagels, W. H. L., & Rikkert, M. G. M. O. (2008). Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers : Cost effectiveness study. *BMJ*, 336(7636), 134-138. <https://doi.org/10.1136/bmj.39408.481898.BE>
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L., & Rikkert, M. G. M. O. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers : Randomised controlled trial. *BMJ*, 333(7580), 1196. <https://doi.org/10.1136/bmj.39001.688843.BE>
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/alzheimer_-_actes_dergotherapie_et_de_psychomotricite_-_document_dinformation_2010-03-25_12-06-15_255.pdf
- Kielhofner, B. (2002). *A Model of Human Occupation : Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Laver, K., Cumming, R., Dyer, S., Agar, M., Anstey, K. J., Beattie, E., Brodaty, H., Broe, T., Clemson, L., Crotty, M., Dietz, M., Draper, B., Flicker, L., Friel, M., Heuzenroeder, L., Koch, S., Kurrle, S., Nay, R., Pond, D., ... Yates, M. (2017). Evidence-based

occupational therapy for people with dementia and their families : What clinical practice guidelines tell us and implications for practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(1), 3-10. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12309>

Lebee, C., Lodo, S., & Ennuyer, B. (2013). Fiche 23 Equipe spécialisée Alzheimer à domicile (ESA). In *Le soin et l'accompagnement des personnes âgées* (p. 95-96). Dunod. <http://unr-ra.scholarvox.com.docelec.univ-lyon1.fr/book/88925539>

LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), SASX0901817L 2012-300 (2012). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025441587>

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1), 2015-1776 (2015).

LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (1), JUSC1732261L 2018-493 (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037085952>

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Diagnostic et prise en charge. (2011, décembre 14). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2012, mars 7). *Assistant de soins en gérontologie.* Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/assistant-de-soins-en-gerontologie>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé, & Secrétariat d'état aux Personnes Agées. (2001). *Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées* (Les grands dossiers).

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2001_2005.pdf

Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines Ed. 3.*

Armand Colin. <http://unr-ra.scholarvox.com.docelec.univ-lyon1.fr/book/88819614>

Olejnik Binier, C. (2018). Les enjeux éthiques du maintien à domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, 139(3), 66-73. <https://doi.org/10.3917/vst.139.0066>

Organisation mondiale de la santé. (2022a, septembre 20). *La démence*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organisation mondiale de la santé. (2022b, octobre 1). *Viellissement et santé*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Paddick, S.-M., Mkenda, S., Mbowe, G., Kisoli, A., Gray, W. K., Dotchin, C. L., Ternent, L., Ogunniyi, A., Kissima, J., Olakehinde, O., Mushi, D., & Walker, R. W. (2017). Cognitive stimulation therapy as a sustainable intervention for dementia in sub-Saharan Africa : Feasibility and clinical efficacy using a stepped-wedge design. *International Psychogeriatrics*, 29(6), 1-11. <https://doi.org/10.1017/S1041610217000163>

Pitaud, P., & Valarcher, C. (2007). Le vécu des aidants et des malades : De l'exclusion à la reconstruction du lien social. In *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : Le vécu des aidants* (p. 87-128). Érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.pitau.2007.02.0087>

- Pizzo, E., Wenborn, J., Burgess, J., Mundy, J., Orrell, M., King, M., Omar, R., & Morris, S. (2022). Cost-utility analysis of community occupational therapy in dementia (COTiD-UK) versus usual care : Results from VALID, a multi-site randomised controlled trial in the UK. *PloS One*, *17*(2), e0262828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262828>
- Samitca, S. (2004). Les « secondes victimes » : Vivre au quotidien auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Sciences Sociales et Santé*, *22*(2), 73-95. <https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1617>
- Sanséau, P.-Y. (2005). Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de gestion : Pertinence, positionnement et perspectives d'analyse. *Recherches qualitatives*, *25*(2), 33-57. <https://doi.org/10.7202/1085411ar>
- Santé publique France. (2022, décembre 9). *Maladie d'Alzheimer et autres démences*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>
- Sayette, V. de L., Viader, F., & Chapon, F. (2012). Une démence fréquente : La démence à corps de Lewy. [//www.em-premium.com/data/revues/00014079/v196i2/S0001407919318382/](http://www.em-premium.com/data/revues/00014079/v196i2/S0001407919318382/). <file:///C:/Users/mario/Zotero/storage/XHDRHKT/1.html>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2018). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia : Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *183*(3), 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>

- Tebbani, N. (2017). Hospitalisations de répit pour les patients ayant une maladie d'Alzheimer : Quel est le vécu des aidants ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(99), 196-205. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.05.003>
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck-Solal.
- Université Laval. (2021). *Modèle de l'occupation humaine*. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Van't Leven, N., Graff, M. J. L., Kaijen, M., de Swart, B. J. M., Olde Rikkert, M. G. M., & Vernooij-Dassen, M. J. M. (2011). Barriers to and facilitators for the use of an evidence-based occupational therapy guideline for older people with dementia and their carers : Implementation of an occupational therapy guideline for dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(7), 742-748. <https://doi.org/10.1002/gps.2782>
- Voigt-Radloff, S., Graff, M., Leonhart, R., Schornstein, K., Jessen, F., Bohlken, J., Metz, B., Fellgiebel, A., Dodel, R., Eschweiler, G., Vernooij-Dassen, M., Olde Rikkert, M., & Hüll, M. (2011). A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease : 10 sessions are not better than one consultation. *BMJ Open*, 1(1), e000096. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000096>
- Voigt-Radloff, S., Graff, M., Leonhart, R., Schornstein, K., Vernooij-Dassen, M., Olde-Rikkert, M., & Huell, M. (2009). WHEDA study : Effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers - the design of a pragmatic

randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres.

BMC Geriatrics, 9(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-44>

Wenborn, J., O’Keeffe, A. G., Mountain, G., Moniz-Cook, E., King, M., Omar, R. Z., Mundy, J., Burgess, J., Poland, F., Morris, S., Pizzo, E., Vernooij-Dassen, M., Challis, D., Michie, S., Russell, I., Sackley, C., Graff, M., Swinson, T., Crellin, N., ... Orrell, M. (2021). Community Occupational Therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID]) study : A single-blind, randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, 18(1), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003433>

Wojtasik, V., Lekeu, F., Quittre, A., Olivier, C., Adam, S., & Salmon, É. (2009). Réadaptation cognitive pour les activités de vie quotidienne dans la maladie d’Alzheimer.

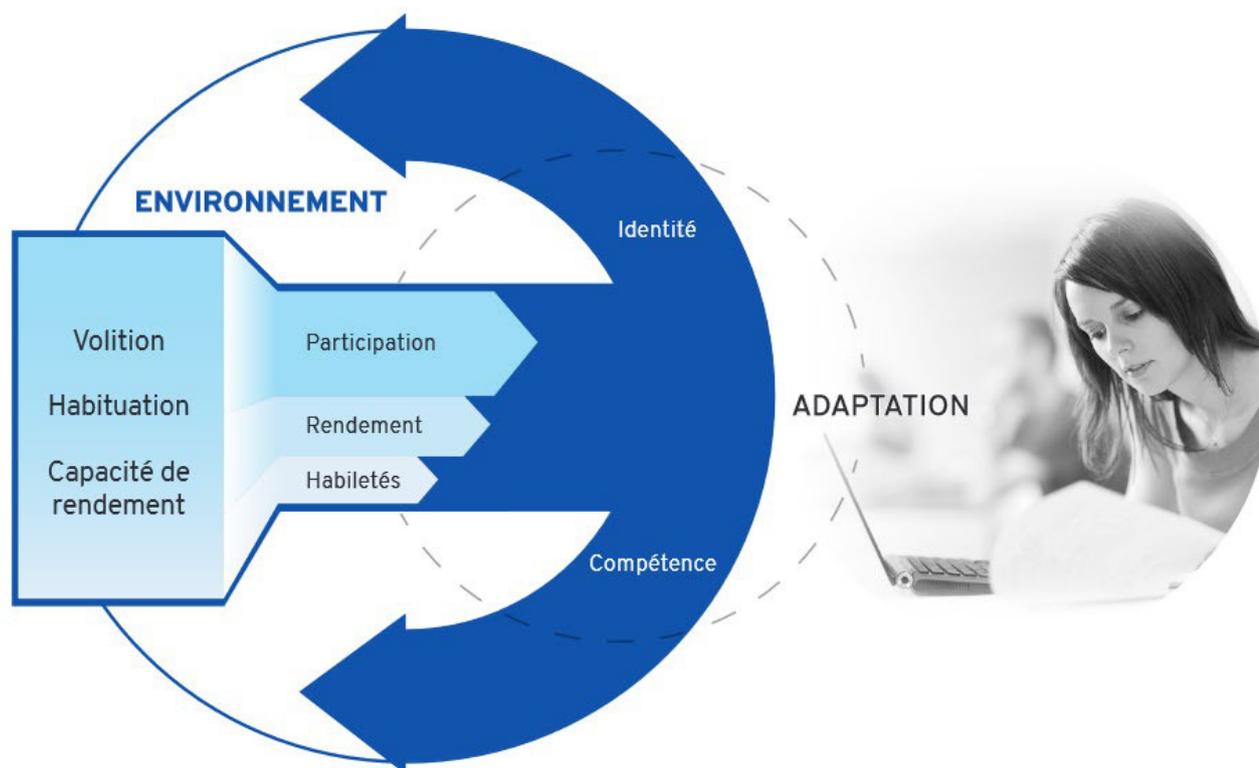
Gérontologie et société, 32 / 130(3), 187-202. <https://doi.org/10.3917/g.s.130.0187>

Annexes

Table des annexes

Annexe A : Schéma du modèle conceptuel de l'occupation humaine (MOH).....	II
Annexe B : Schéma du modèle du processus d'intervention en ergothérapie.....	III
Annexe C : Guide d'entretien.....	IV
Annexe D : Fiche de consentement	VII
Annexe E : Grille d'analyse vierge.....	VIII

Annexe A : Schéma du modèle conceptuel de l'occupation humaine (Université Laval, 2021)



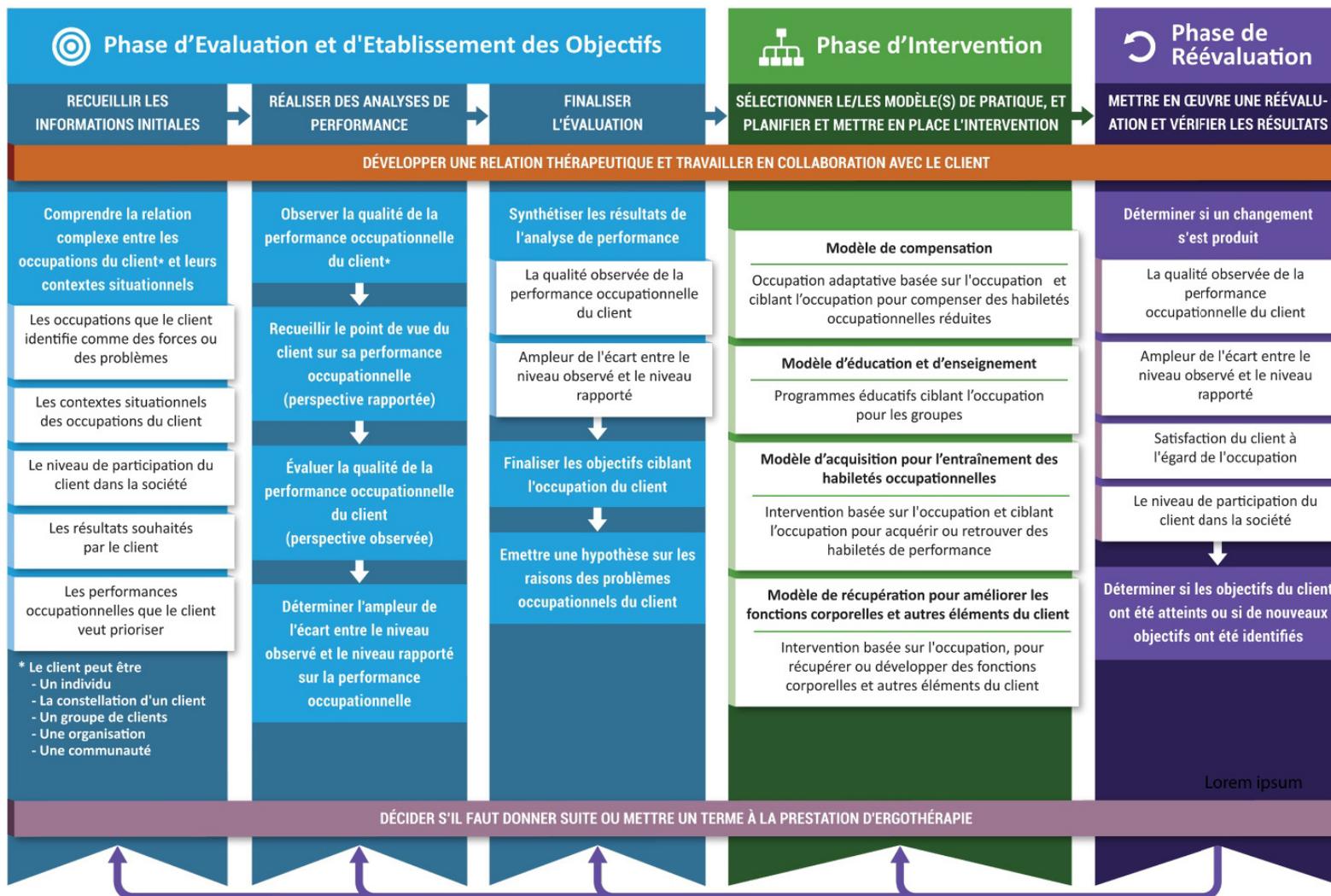
Le modèle de l'occupation humaine.

Adapté et traduit par Marcoux, C. (2017). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada. Traduction autorisée par Taylor, R. R. Taylor, R. R. (2017). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application, (5^e ed.). Wolters and Kluwer.

Annexe B : Schéma du modèle du processus d'intervention en ergothérapie (Fisher & Marterella, 2019)



Représentation graphique du Modèle du Processus d'Intervention en Ergothérapie (OTIPM)



De Fisher, A. G., & Marterella, A. [2019]. *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.

© Center for Innovative OT Solutions, 2019; peut être photocopié pour usage personnel

Annexe C : Guide d'entretien

Je réalise des recherches sur l'accompagnement des personnes âgées souffrant de démence et plus particulièrement sur la mise en place du programme COTID. J'aimerais donc échanger avec vous sur l'utilisation du programme COTID en ESA.

Vous qui utilisez COTID pouvez-vous me dire ce que vous en pensez ?

Avantages

Limites

Pouvez-vous me décrire précisément comment vous mettez en place l'intervention COTID ?

Phase de définition et analyse des problèmes

Phase de formulation des objectifs et du plan de traitement

Phase d'exécution du plan de traitement et évaluation

Comment avez-vous connu cette méthode ? *Littérature, stage, formation professionnelle, partage d'expérience, conférences, webinaires...*

Quelle place COTID permet-elle de donner à la personne ?

Quelle place COTID permet-elle de donner à l'occupation ?

OPHI-II

Quelle place COTID permet-elle de donner à l'aidant ?

Y a-t-il une plus grande charge mentale sur le fait de gérer 2 personnes en même temps ou cela permet-il d'avoir une plus grande compréhension de la situation ?

Quelle place donne COTID à l'environnement physique de la personne ?

Permet-elle un accès plus facile à l'aménagement du domicile ?

A partir de quel modèle la méthode a-t-elle développé ?

Pouvez-vous m'en parler ?

MOH

Autre modèle

Sur quels modèles appliqués COTID fait-il référence ?

Est-elle basée sur de la théorie ? Modèle de réadaptation, de compensation, de réentraînement cognitif...

Si vous deviez donner un ou plusieurs modèles appliqués, quels seraient-ils ?

Que savez-vous sur l'efficacité de COTID ?

Qu'évaluent-ils ?

Sont-ils normés ?

D'où viennent ces outils d'évaluation ? *Littérature, autres*

Quelles études avez-vous lues concernant l'efficacité de la méthode COTID ? *Quels articles ? Quel niveau de preuve ?*

A partir de quelles études avez-vous basée votre pratique avec COTID ?

Quels sont les articles, livres dans lesquels vous avez pu trouver les différentes phases d'intervention ?

Qu'est-ce qui vous a conforté dans le choix d'utiliser cette méthode ?

Formation

Facteurs institutionnels

Environnement favorable à la mise en place du programme

Quelle part COTID prend-elle dans votre pratique ?

50, 75%

L'utilisez-vous toujours ?

Quelles sont les cibles de votre thérapie lorsque vous n'utilisez pas COTID ?

Sont-elles claires ?

Participation, fonctions motrices, facteurs personnels, environnementaux, capacités, performances ?

Quelles sont les différences et similitudes avec (les cibles) COTID ?

Annexe D : Fiche de consentement

Fiche de consentement

Je soussignée..... accepte de participer à cette recherche ainsi qu'à ces modalités :

Que l'entretien soit enregistré

Que les données anonymisées soient stockées jusqu'à obtention du diplôme

À tout moment l'interviewé peut se retirer de l'étude, les données seront alors détruites et non incluses dans la recherche.

De plus il peut avoir, à la fin de l'étude libre accès aux résultats. Ceux-ci sont à demander par mail à l'adresse suivante : marion.eychenne.13@gmail.com.

Par ce document j'accepte de participer volontairement à l'étude.

Fait à :, le

Signature du participant :

Signature de l'étudiant chercheur :

Annexe E : Grille d'analyse vierge

Thèmes	Déterminants	E1	E2	E3	Synthèse
Efficacité	Critères de jugement de l'efficacité				
	Cible du traitement Sans la méthode				
	Cible du traitement Avec la méthode				
	Lecture scientifique présentant les niveaux de preuve de l'efficacité				
Standardisé/Structuré	Modèles appliqués de pratiques				
	Méthode développée à partir de littératures scientifiques				
	On sait comment se passe l'intervention				
	Autre				
Valeurs de l'ergothérapie	Pratique centrée sur la personne				
	Pratique centrée sur l'occupation				

	Pratique centrée sur l'environnement social				
	Pratique centrée sur l'environnement physique				
	Pratique basée sur un modèle conceptuel				
	Autre				
Choix de la méthode	Sources d'information de la méthode				
	Quelles sont les raisons du choix de cette méthode				
Travail pluridisciplinaire	Délégation des actes				
	Partage des compétences				
Infos en plus	Age				
	Année de formation				
	Année de diplôme				

Résumé

Titre : Les moyens d'intervention en ergothérapie auprès des personnes souffrant de démence

Introduction : Afin d'assurer le maintien à domicile des personnes souffrant de maladies neurodégénératives, plusieurs programmes d'ergothérapie ont été élaborés. COTID (Community Occupational Therapy In Older people with dementia) est le plus répandu et l'un des plus prometteur d'entre eux.

Objectif : L'objectif de l'étude était d'identifier les raisons pour lesquelles les ergothérapeutes travaillant dans une équipe de soins Alzheimer à domicile, en France utilisent la méthode COTID.

Méthode : Pour ce faire, une étude de recherche qualitative a été menée. Trois ergothérapeutes travaillant dans une équipe de soins Alzheimer à domicile et formés à la méthode COTID ont été interrogés au cours d'un entretien semi-structuré. Leurs expériences ont été recueillies et analysées.

Résultats : COTID est efficace et les valeurs qu'il véhicule sont conformes à la philosophie de l'ergothérapie (intervention centrée sur la personne, l'environnement et l'occupation). L'une de ses limites a été déterminée comme étant la mise en œuvre du programme.

Conclusion : Un ergothérapeute travaillant dans la recherche utilise COTID car son efficacité a été prouvée tandis qu'un ergothérapeute ayant une orientation clinique l'utilise pour sa philosophie. Cependant, la mise en œuvre du programme reste un obstacle. Cette difficulté d'adaptation et la nécessité de déléguer des actes d'ergothérapie dans un programme qui a été conçu et validé sans une telle délégation, peuvent soulever des questions sur l'efficacité de cette mise en œuvre en France.

Mots-clés : Ergothérapie communautaire, démence, personnes âgées, méthodes d'intervention

Abstract

Title: Occupational therapy intervention methods for people with dementia

Background: In order to maintain at home people having dementia many occupational therapy programs have been developed. COTID (Community Occupational Therapy In Older people with dementia) is the most spread and the most promising of them.

Objective: The aim of the study was to identify the reasons why occupational therapists working in Alzheimer's home care team in France use the COTID method.

Method Qualitative research was conducted. Three occupational therapists working in Alzheimer's home care team and training to the COTID method were interviewed during a semi-structured interview. Their experiences were collected and were analysed.

Results: COTID is efficient and its philosophical values are aligned with the philosophy of occupational therapy (intervention centred on the person, the environment and the occupation). One limitation of the method was determined to be the implementation of the program.

Conclusion: Occupational therapists use COTID because of its proven effectiveness and its philosophy. However, the implementation of the program is still a hurdle. This difficulty of adaptation and the need to delegate occupational therapy acts in a programme that has been designed and validated without such delegation, may raise questions about the effectiveness of this implementation in France.

Keywords: Community Occupational Therapy, Dementia, Elderly people, intervention methods