

Travail de Diplôme pour l'obtention du diplôme
d'infirmier-ère ES en soins infirmiers
École Supérieure santé Valais-Wallis

Travail de Diplôme

**La musicothérapie et l'agitation verbale non agressive chez les patients
Alzheimer de plus de 80 ans**

Réalisé par :
Hannon Lisa

Adresse électronique :
lisa.hannon@students.hevs.ch

Cursus de formation :
3^{ème} année ES – soins infirmiers

Sous la direction de :
Cindy Tiraboschi

Lieu et date : Collombey, le 13.06.2024

Résumé

Le contexte de ce projet se situe dans un établissement médico-social où une approche hypostimulante est adoptée pour éviter une surcharge sensorielle chez les patients, notamment ceux atteints de démence Alzheimer. Cependant, malgré cette approche, une patiente persiste à manifester une agitation verbale non agressive, perturbant le fonctionnement du service et entraînant une agitation chez les autres patients. Cette situation a suscité des réflexions au sein de l'équipe soignante, notamment concernant les approches non pharmacologiques à mettre en place pour répondre à cette problématique.

Le projet proposé consiste en l'introduction de la musicothérapie réceptive individuelle pour atténuer l'agitation verbale non agressive de la patiente. Cette approche vise à personnaliser les soins en créant des playlists adaptées aux préférences musicales de chaque patient, grâce à un recueil de données préalablement réalisé. L'évaluation de l'efficacité de la musicothérapie se fera à l'aide de l'échelle de l'agitation de Cohen-Mansfield.

La principale conclusion de ce projet est que la musicothérapie réceptive individuelle peut constituer une approche efficace pour atténuer l'agitation verbale non agressive chez les patients atteints de démence Alzheimer. Malgré les défis rencontrés, notamment la résistance au changement au sein de l'équipe soignante, ce projet a démontré son potentiel à améliorer la qualité de vie des patients et à favoriser une approche de soins plus holistique et personnalisée.

Remerciements

À ceux qui ont contribué à la réalisation de mon travail,

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers ceux qui ont été des piliers essentiels tout au long de mon projet. Leur soutien, leur encouragement et leur collaboration ont été d'une valeur inestimable et ont grandement contribué à la réussite de ce travail.

Tout d'abord, je tiens à remercier Cindy Tiraboschi pour sa disponibilité, sa patience et sa bienveillance tout au long de ce parcours. Ces conseils avisés, son accompagnement et ses précieux conseils m'ont été d'une aide précieuse pour mener à bien mon travail de diplôme. Je tiens à la remercier également pour son soutien indéfectible et son encouragement constant.

Ensuite, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers Inês Pestana, pour son soutien et ses conseils tout au long de l'élaboration de mes recherches et de mon projet. Son expertise et sa disponibilité m'ont permis d'avancer avec confiance et détermination.

Un immense merci à Annick Gaspar, pour sa relecture minutieuse de l'ensemble de mon travail, apportant ainsi une contribution significative à sa qualité et à sa cohérence.

Enfin, je souhaite adresser mes remerciements à l'ensemble de l'équipe soignante pour leur collaboration, leur engagement, leur compréhension et leur soutien qui m'ont permis de surmonter les obstacles rencontrés et d'avancer avec détermination.

Je suis profondément reconnaissante d'avoir eu la chance de travailler avec des personnes aussi dévouées et engagées. Leur contribution a été essentielle à la réussite de ce travail, et j'en suis sincèrement reconnaissante.

Confirmation d'auto-rédaction

Ce travail a été réalisé dans le cadre de la formation ES en Soins infirmiers à l'École Supérieure santé Valais-Wallis

L'utilisation des résultats et des propositions pour la pratique n'engage que la responsabilité de son auteure et nullement l'ES santé Valais-Wallis.

L'auteure certifie avoir réalisé seule et rédigé elle-même ce travail de diplôme.

En outre, l'étudiante confirme par sa signature que les informations données dans le travail de diplôme et dans la description de la situation de soins choisie sont véridiques.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Lieu et date : Collombey, le 13 juin 2024 _____

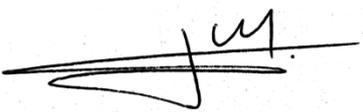
Signature :  _____

Table des matières

1 Introduction : justification du choix de la situation de soins 1

1.1 Contexte 1

1.2 Défi personnel..... 1

1.3 Complexité de la situation..... 2

1.4 Signification de la situation pour le lieu de stage 3

2 Choix de la thématique et réflexion 4

2.1 Cadre théorique et description de la situation 4

2.2 Description de la situation avec recueil de données..... 5

2.3 Interventions infirmières antérieures..... 7

2.4 Facteurs de risques et favorisants 8

3 Réflexion professionnelle 10

3.1 Public cible..... 10

3.2 Réflexion professionnelle..... 11

3.2.1 La démence Alzheimer 11

3.2.2 Les approches pharmacologiques de la démence Alzheimer 13

3.2.3 Les approches non pharmacologiques pour diminuer l'agitation de la démence
14

3.3 Question ou phrase affirmative de départ..... 18

3.4 Prémices du projet..... 18

4 Projet..... 19

4.1 Préparation 19

4.2 Planification 20

4.3 Réalisation 22

4.4 Evaluation du projet 23

5 Rapport et conclusion 25

6 Liste des références bibliographiques 26

7 Annexes XXVIII

Annexe I XXVIII

1 Introduction : justification du choix de la situation de soins

1.1 Contexte

Actuellement en stage dans un service de psychogériatrie au sein d'un établissement médico-social, je suis amenée à participer à la prise en charge de personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et psychiatriques variés. Ce service accueille 12 résidents ayant chacun leur chambre individuelle, et offre deux salons communs pour favoriser les échanges. Travaillant aux côtés d'une équipe soignante multidisciplinaire, je contribue à évaluer et à répondre aux besoins psychosociaux des patients, dans un environnement sécurisé, bienveillant et axé sur l'hypostimulation.

1.2 Défi personnel

Pour ma part, le choix de la situation s'est imposée à moi comme une évidence. Comme cité ci-dessus, je suis confrontée à la prise en charge de personnes âgées souffrant de divers troubles cognitifs. Ainsi, je voulais que ma situation reprenne les différentes complexités de la psychogériatrie tout en intégrant une approche innovante en soins infirmiers.

Les marmonnements constants, les états euphoriques, la déambulation, un état asthénique, les pertes d'équilibre et les vertiges de ma patiente sont des interpellations qui ont suscités en moi un questionnement puis, m'ont réconfortées quant à mon choix de la situation.

L'intérêt du choix de ma situation s'est porté sur la pertinence de l'approche psychosensorielle afin d'aider une patiente atteinte de troubles neurocognitifs dégénératifs. L'intérêt réside dans la recherche d'un état d'apaisement intérieur, même dans les moments de confusion ou d'agitation verbale non agressive pour cette patiente. À travers cela, je vais chercher à créer un environnement qui stimule ses sens de manière positive, lui permettant de se sentir plus calme.

Mon défi personnel se repose sur plusieurs objectifs. En premier lieu, l'acceptation de l'équipe soignante de ma vision infirmière sur cette situation est un défi primordial à relever pour mener à bien mon projet. En deuxième lieu, sensibiliser le personnel soignant sur l'importance d'adopter des stratégies adéquates envers ce type de situation est importante pour la future prise en charge des soins. En troisième lieu, mettre en lien les approches multisensorielles, dites non pharmacologiques, avec les soins infirmiers est un défi personnel pour démontrer les bienfaits de ceux-ci. En dernier lieu, je souhaite mettre en avant mes compétences en termes de communication et d'empathie. Mon aptitude à écouter activement, à adapter mon langage corporel et à exprimer de l'empathie aide à établir un lien de confiance avec la patiente. Ma volonté d'apprendre et d'appliquer des nouvelles

approches spécifiques à la démence démontre mon engagement envers l'amélioration constate de mes compétences infirmières et mon désir sincère d'offrir un soutien de qualité aux personnes démentes.

1.3 Complexité de la situation

La complexité de la situation de soins choisie réside dans son impact profond sur la vie de la patiente à plusieurs niveaux. Non seulement, la santé physique et mentale de la patiente sont affectées par ses troubles neurodégénératifs, mais également sa vie sociale et familiale. Chacun de ses aspects interagissent de manière complexe, créant un ensemble de défis uniques qui nécessitent une approche de soins personnalisée. La prise en charge de cette patiente exige une compréhension approfondie de sa situation, ainsi qu'une coordination efficace entre les différents professionnels de la santé et les membres de sa famille.

Sur le plan affective, les troubles neurocognitifs de ma patiente se manifestant par une série de signes cliniques complexes. Les marmonnements constants peuvent être le résultat d'un état d'anxiété permanent, tandis que les états euphoriques peuvent refléter des fluctuations de l'humeur associées à la démence. La déambulation, l'état asthénique, les pertes d'équilibre et les vertiges sont également des symptômes courants des troubles neurocognitifs. Celles-ci pouvant entraîner des risques de chutes pour ma patiente. Dans cette situation, il est essentiel d'évaluer et gérer efficacement ces symptômes avec une équipe multidisciplinaire et ainsi d'expérimenter des approches psychosensorielles pour aider à atténuer certains symptômes et ainsi, améliorer sa qualité de vie.

Sur le plan de sa vie sociale, les troubles neurocognitifs dégénératifs ont un impact significatif sur la vie de ma patiente. La diminution de la participation sociale résultant de la démence Alzheimer, conduit à une diminution des contacts avec les autres patients ou le monde extérieur et les activités communautaires instaurés au sein de l'établissement médico-social. Par ailleurs, Mme C. exprime constamment se sentir fatiguée et aimerait pouvoir échanger avec les autres patients. Cela pourrait amener Madame à ressentir un sentiment de solitude. Il est essentiel de reconnaître l'importance d'essayer de maintenir, dans la mesure de ses capacités, des liens sociaux et des interactions sociales positives pour la santé et le bien-être de ma patiente.

Sur le plan familial, la situation de ma patiente est profondément compliquée et chargée émotionnellement. Non seulement, elle doit faire face aux défis associés à sa propre condition de santé actuelle, mais elle a également traversé des épreuves difficiles au sein de sa famille. La perte soudaine de son mari ainsi que de celle son fils atteint de schizophrénie a laissé un grand vide émotionnel, un sentiment de perte profonde et aurait déclenché ses

troubles neurocognitifs. De plus, le manque de contacts et de lien avec son autre fils, ajoute une couche supplémentaire de complexité à ses relations familiales. Néanmoins, la fille aînée de ma patiente essaye de garder des contacts avec cette dernière malgré cette situation familiale délicate. Ces événements soulignent l'importance cruciale d'une approche de soins qui tienne compte de l'impact émotionnel et psychologique de ces pertes sur la santé de ma patiente.

1.4 Signification de la situation pour le lieu de stage

Lorsque j'ai évoqué ma situation de soins choisie avec l'équipe soignante, les infirmières ont reconnu la pertinence de ce choix et ont partagé leurs réflexions sur la difficulté liée à la prise en charge de cette patiente. Le service de psychogériatrie adopte une approche hypostimulante pour éviter une surcharge sensorielle chez les patients. Malgré cette approche, ma patiente persiste à marmonner continuellement, perturbant ainsi le bon fonctionnement du service. Cette situation irrite les autres résidents lorsqu'elle se trouve dans les espaces communs, entraînant une agitation généralisée du service. Parfois, cela devient une situation difficile à gérer pour les soignantes et provoque de l'épuisement à l'égard des professionnels de la santé.

Après avoir discuté avec des assistantes en soins et santé communautaires du service, elles affirment avoir eu recours à diverses approches non pharmacologiques auxquelles ma patiente n'a pas répondu. Elles ont pris cela comme des échecs multiples et les ont découragées à trouver une autre solution. Une assistance en soins et santé communautaire, en particulier, m'a fait part de son intérêt pour la musique. Elle pense réellement que la musicothérapie peut avoir un bienfait sur les patients.

Concernant les aides-soignantes, elles m'ont fait part qu'un épuisement s'était installé lors de la prise en charge des soins de Madame C. Cet épuisement les ont découragées à trouver une stratégie pour y remédier.

Démunies face à une telle situation, l'équipe soignante m'a fait part que trouver une solution à cette problématique devenait primordial pour le bien-être du service, tant pour les patients que pour le personnel.

2 Choix de la thématique et réflexion

2.1 Cadre théorique et description de la situation

Au vu de ma situation choisie, l'agitation verbale non agressive en lien avec la démence de type Alzheimer ainsi que la somnolence due à la médication de Madame C., la théorie de soins de Virginia Henderson me semble la plus appropriée. En effet, Virginia Henderson, infirmière et chercheuse américaine, affirme qu'un besoin ne peut être atteint que si les besoins précédents sont déjà satisfaits (Paillard, Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, 2021).

À partir de cette affirmation, elle a développé les quatorze besoins fondamentaux de l'être humain.

À la suite d'une analyse de ma situation de soins, plusieurs de ces besoins ne sont pas comblés par Madame C., notamment :

Le besoin de dormir et se reposer non satisfait : En raison de ses troubles cognitifs et de sa médication, Madame C. n'est plus en mesure d'adopter un comportement approprié en matière de sommeil. Elle exprime être souvent asthénique et éprouve un sentiment de ne pas être complètement reposée. Malgré les efforts continus des soignants pour la réorienter dans le temps, Madame confond toujours le jour et la nuit et somnole pendant la journée. Par ailleurs, Madame C. peut également faire des siestes très longues, perturbant ainsi le sommeil nocturne ;

Le besoin d'éviter les dangers non satisfait : En raison de ses troubles cognitifs et de sa médication, Madame C. n'est plus en mesure de prévenir les éventuels dangers envers elle-même. Étant sous hypnotiques, ma patiente est exposée aux risques de chutes. Elle exprime souvent avoir des pertes de l'équilibre, de la peur de tomber et une sensation de manque de force pour marcher correctement. Malgré ses affirmations, Madame C. déambule dans le service, demandant ainsi une hypervigilance permanente de la part de l'équipe soignante ;

Le besoin de se récréer, se divertir non satisfait : En raison de ses troubles cognitifs et de son état asthénique, Madame C. est dans l'incapacité de se détendre et de se cultiver. Malgré un milieu hypostimulant, Madame C. persiste à vouloir se lever et partir sans chercher à atteindre un état de détente. La logorrhée persistante de Mme l'empêche également d'adopter un comportement de détente et ainsi, d'éprouver une satisfaction personnelle ;

Le besoin de s'occuper en vue de se réaliser non satisfait : En raison de ses troubles cognitifs et de son état asthénique, Madame C. est dans l'incapacité de s'investir dans une activité récréative et ainsi conserver une bonne estime de soi. À maintes reprises, l'équipe soignante a tenté de proposer à Mme des activités ludiques. Malheureusement, en raison de ses troubles cognitifs, elle n'y montre aucun intérêt et cherche à partir. De plus, la logorrhée

persistante de Mme mécontente les autres résidents, ce qui l'empêche de participer à des activités sociales au sein de l'établissement médico-social ;

Le besoin d'apprendre non satisfait : Madame C., atteinte de démence Alzheimer, est confrontée à des troubles neurocognitifs et, une médication qui provoque un état asthénique. Ces facteurs combinés la rendent incapable d'apprendre par elle-même et de s'adapter à de nouvelles situations. Malgré les efforts de l'équipe soignante pour lui proposer des activités d'apprentissage, ma patiente ne montre aucun intérêt et exprime très clairement qu'elle ne se sent pas capable d'apprendre ou de rester concentrée ;

Le besoin de communiquer avec ses semblables non satisfait : En raison de ses troubles cognitifs, Mme C. peut parfois avoir des propos incohérents. Cependant, la réorientation dans l'espace, le temps et la personne faite par les soignants lui est bénéfique et lui permet d'adapter son discours. Néanmoins, la récurrence de ses propos incohérents ainsi que les marmonnements persistants ne lui permettent pas de s'insérer dans un groupe social au sein de l'établissement médico-social.

2.2 Description de la situation avec recueil de données

Née en suisse, Madame C. est âgée de 89 ans. Elle est veuve depuis 2017 et a eu trois enfants, dont l'un est décédé récemment et un autre avec qui elle n'a plus de contact. Mme est admise dans un établissement médico-social en avril 2022, à la suite d'une hospitalisation dans un service de médecine aiguë de la personne âgée. Cette hospitalisation faisait suite à un épisode de désorientation. Madame fut retrouvée par les policiers dans un village non loin de chez elle. Elle tenait des propos incohérents, était agitée, et refusait une assistance. Cependant, les policiers ont réussi à amener Madame à l'hôpital pour être examinée. À son arrivée, le diagnostic principal n'est autre que des symptômes psychologiques et comportementaux incluant la déambulation, une anxiété généralisée, de l'agitation verbale et physique, et des refus de soins, liés à sa démence Alzheimer. Durant l'hospitalisation, Madame subira une complication, une décompensation cardiaque droite.

Actuellement, les diagnostics médicaux incluent une démence de type Alzheimer, un carcinome basocellulaire situé sur la tempe droite de ma patiente qui n'est pas traité et une insuffisance cardiaque droite traitée.

Les antécédents médicaux de Mme C. incluent des troubles neurocognitifs d'origine dégénérative dite démence Alzheimer depuis 2017, une ostéoporose non traitée, de l'hypotension orthostatique à la suite d'un accident de voiture, des carcinomes mammaires bilatéraux des deux seins et une potentielle dépendance aux benzodiazépines.

Le traitement médicamenteux actuel de Madame C. est le suivant :

| Nom commercial | Posologie | Classe |
|----------------|-----------|--------|
|----------------|-----------|--------|

| | | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| SERTALINE® | 100 mg 1x/j | Antidépresseur, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine |
| DISTRANEURIN® capsule | 6 ml 2x/j | Hypnotique/sédatif |
| DISTRANEURIN® mixture | 3 ml 3x/j | Hypnotique/sédatif |
| RISPERIDON® | 1 mg 2x/j | Neuroleptique atypique |
| TORASEMIDE® | 2,5 mg 1x/j | Diurétique de l'anse |
| Réserve | | |
| CETALLERG® | 10 mg max 2x/24h | Antihistaminique |
| DAFALGAN® | 500 mg max 4x/24h | Analgésique non opioïde |
| PREDNISONNE® | 20 mg max 4x/24h | Corticostéroïde, glucocorticoïde |
| LAXOBERON® | 15 gouttes max 1x/24h | Laxatif stimulant |

Mme C. mesure 1m65 pour 64,7 kg, avec un indice de masse corporelle normal à 23,8. Mme porte des lunettes en raison de sa myopie. Concernant la marche, Mme C. se déplace de manière autonome mais lentement, sans utiliser de moyen auxiliaire. En raison de ses troubles cognitifs, ma patiente déambule parfois dans le service. Néanmoins, il est crucial de rester vigilant en raison des troubles de l'équilibre de Mme C., qui peuvent la mettre en danger et entraîner des chutes. En ce qui concerne les soins d'hygiène, Mme C. nécessite une aide partielle, notamment pour les membres inférieurs. Avec de la guidance, elle est capable de se vêtir et dévêtir seule. Mme est continente urinaire et fécale.

Mme C. est une femme très coquette qui apprécie se maquiller chaque matin. De plus, la fille de ma patiente souligne que sa mère a toujours attaché une grande importance à son apparence. Il est essentiel pour Mme C. de toujours se présenter de manière soignée.

Sur le point comportemental, Mme C. ne présente pas toujours un comportement adéquat dans chaque situation en raison de sa démence. Ses réactions peuvent être imprévisibles et inappropriées, ce qui complique sa prise en charge. De plus, son humeur est changeante et varie selon son niveau de fatigue et des stimuli présents dans le service. Elle peut passer d'un état souriant et jovial à un état morose sans raison apparente. De plus, son état asthénique ne lui permet pas de satisfaire pleinement ses besoins, notamment les besoins en terme d'activités sociales.

Sur le plan des relations, Mme C. a une fille, qui est également sa représentante thérapeutique, avec qui elle maintient un contact. Cependant, le lien qui les unit n'est pas solide en raison de la difficulté de la fille à accepter l'état actuel de sa mère. L'implication de la fille est donc limitée, préférant laisser l'équipe soignante prendre en charge sa mère. Outre sa fille, Mme n'a plus de famille à proprement parler. L'équipe soignante de l'établissement médico-social constitue ainsi une ressource importante pour elle. En raison de ses troubles

cognitifs en péjoration, Mme C. sollicite fréquemment l'équipe soignante pour parler, exprimant un sentiment de solitude.

Mme C. a vécu des événements tragiques au cours de sa vie, notamment le décès de son mari et de son fils schizophrène. Actuellement, ces événements continuent d'affecter sa vie, car elle en parle abondamment et cherche constamment à être rassurée auprès des soignants. De plus, ces événements impactent la prise en charge des soins de ma patiente en rendant les soins plus compliqués.

Sur le plan des centres d'intérêt, Mme C. manifeste un grand intérêt pour la musique, le chant et les fleurs. D'après ses dires, elle possédait un vaste jardin fleuri dont elle s'occupait avec soin. Sa chambre est ornée de nombreuses fleurs pour qu'elle puisse se sentir au mieux dans cet environnement. De plus, Mme C. exprime son amour pour la chanson française. Malgré la démence, ma patiente chante correctement les paroles des divers chansons, ce qui lui procure une grande satisfaction. Elle verbalise apprécier ces moments de chant.

2.3 Interventions infirmières antérieures

À l'arrivée de Madame C., la prise en charge des soins fut complexe. Madame était oppositionnelle, très agitée verbalement et physiquement, déambulait énormément dans le service, ne dormait presque pas et refusait tous soins prodigués par un soignant. Le diagnostic infirmier prioritaire était celui de la confusion chronique relié aux altérations physiologiques (dégénérescence neurologique). Il s'agissait du seul diagnostic infirmier posé dans sa situation. Il n'existe aucun diagnostic exprimant la logorrhée persistante ou l'agitation physique ou verbale de Madame C. L'équipe infirmière a fait appel au médecin traitant afin de remédier aux problèmes que présentait Madame C. Une médication a été mise en place comportant des associations d'un hypnotique (Distraneurin mixture – 3 ml 3x/j ; Distraneurin capsule – 2 capsules au coucher), d'un neuroleptique (Haldol – 10 gouttes 3x/j) et d'un antidépresseur de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (Sertaline – 50 mg 1x/j), qui n'ont pas eu tous les effets escomptés. Madame C. n'était plus oppositionnelle quant aux soins prodigués par l'équipe soignante et ne montrait plus de traits d'agressivité physique ou verbale. Cependant, Madame déambulait continuellement, avait constamment besoin d'attention, marmonnait en permanence. Plusieurs modifications, quant à la première médication mise en place, ont été réalisées par le médecin traitant jusqu'au traitement actuel mentionné ultérieurement dans le recueil de données. Ce traitement est administré dans le but d'atténuer les signes cliniques de Madame C., qui semble fonctionner sur point de vue de la déambulation mais ne démontre aucun effet sur sa logorrhée incessante. Le diagnostic infirmier a donc été réévalué et les infirmières en ont conclues que le plus pertinent était la prise en charge inefficace de la santé reliée aux troubles cognitifs dégénératifs. Parallèlement, l'équipe soignante a essayé de recourir à des prises en charges non

pharmacologiques tels que les techniques de respiratoires incluant la cohérence cardiaque, des soins restructurants, un isolement en chambre afin d'éviter une hyperstimulation qui fut également, sans résultats. Les infirmières ont également utilisé l'échelle de Cohen-Mansfield qui n'est autre qu'une échelle d'évaluation dédiée à l'état d'agitation à réaliser sur un mois. Cette échelle a attesté que Madame C. souffrait d'une agitation verbale non agressive. Après avoir discuté avec l'équipe infirmière, elles m'ont attesté aucune mesure n'a été prise concernant le résultat de cette échelle. Désespérée face à cette situation, l'équipe infirmière a contacté un psychiatre spécialiste de la personne âgée afin d'atténuer les diagnostics actuels de ma patiente. Une couverture lestée a été mise en phase d'essai dans la chambre de Madame C. durant trois semaines avec un protocole d'évaluation rempli chaque jour par l'infirmière. Cette couverture avait pour but un lâché prise sur le plan physique et mental, et ainsi décontracter la patiente durant les phases de repos. Grâce au protocole infirmier, les évaluations ont prouvé que la couverture lestée marquait un bien fait sur cette dernière. Néanmoins, le coût honoreux de celle-ci ne nous a pas permis de la conserver.

2.4 Facteurs de risques et favorisants

Dans cette situation, les facteurs de risques et favorisants sont multiples et sont étroitement liés ensemble.

Dans un premier temps, le deuil de la perte de son fils est un facteur de risque actuel. En effet, le deuil non résolu a une influence sur les troubles neurocognitifs de ma patiente. Il se manifeste par une recherche active de son fils décédé par moment dans la journée. Malgré une réorientation dans le temps faite continuellement par l'équipe soignante, Madame C. parle énormément de son fils au présent et ne veut pas intégrer que son fils est décédé depuis deux ans. Ces manifestations montrent un réel impact sur la situation de ma patiente et ainsi, démontre un risque dans la péjoration de ses troubles neurocognitifs.

Dans un deuxième temps, le manque de lien avec ses enfants est un autre facteur de risque actuel. Certes, la fille de Madame C. lui rend visite de temps à autre mais cela n'est pas suffisant pour combler son manque de liens sociaux. En effet, ma patiente verbalise souvent se sentir seule et exprime le manque de ses enfants. D'après le site Alzheimer Suisse, l'absence de vie sociale est un facteur de risque pouvant agir sur la démence de type Alzheimer (Alzheimer Vaud, 2019).

Dans un troisième temps, les effets secondaires de la médication de Mme C. constituent un facteur favorisant son état asthénique. Étant sous hypnotiques et neuroleptiques, je constate que l'asthénie est un des effets indésirables potentiels de ces médicaments. En outre, ma patiente verbalise être souvent fatiguée et ne comprend pas ce qui lui arrive. Ces effets secondaires l'empêchent donc d'avoir un niveau d'énergie suffisant pour participer pleinement aux activités et interagir avec son environnement.

Dans un quatrième temps, le manque de connaissance au sein de l'équipe soignante sur la gestion des symptômes spécifiques de la démence de type Alzheimer est un facteur favorisant actuel. Ce déficit de formation et de compréhension peut mener à une prise en charge inappropriée des comportements perturbateurs, comme l'agitation verbale non agressive et la logorrhée persistante, ainsi qu'une mauvaise gestion des besoins émotionnels et physiques de Madame C.

Pour conclure, les stimuli environnementaux au sein du service favorisent l'agitation verbale non agressive de Mme C. Bien que le service adopte un environnement hypostimulant, il est inévitable qu'il y ait une absence totale de stimuli. Les bruits excessifs des autres patients, les mouvements constants dans le service et les interactions multiples peuvent, néanmoins, provoquer de l'agitation chez ma patiente. Elle exprime fréquemment son inconfort face à la présence trop nombreuse de personnes autour d'elle. Toutefois, ses propos peuvent parfois être contradictoire, car Mme C. exprime également le besoin d'une présence constante.

3 Réflexion professionnelle

3.1 Public cible

Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la démence est un terme générique désignant des maladies cérébrales résultant de diverses causes. Actuellement, la démence atteint près de 153'000 personnes en Suisse. Environ 60 % de ces derniers sont atteints par la démence Alzheimer (Office fédéral de la santé publique OFSP, 2023). Ainsi, cette démence est la forme la plus fréquente sur le territoire helvétique. D'après le site Alzheimer Suisse, il est important de souligner que sa prévalence augmente progressivement avec le vieillissement de la population (Alzheimer Suisse, 2023). D'après mes recherches, Naomi Feil, gérontologue américaine et figure clé dans le domaine des soins aux personnes âgées, définit les personnes âgées de 80 ans et plus, par les « grands vieillards » ou « vieux-vieux » (Feil, Validation, 1994). Feil exprime que ces personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux affections neurodégénératives, notamment la démence Alzheimer (Feil, Validation, 1994). Cette dernière s'appuie sur les travaux du psychanalyste Erik Erikson expliquant les stades de développement des personnes âgées, en y intégrant la démence. Selon Erikson, le dernier stade du développement est la tâche de revoir sa vie par le biais de l'intégrité. Il affirme que c'est le moment de regarder en arrière pour mettre de l'ordre dans ce que nous avons été. Feil intègre le stade résolutif-végétatif pour les personnes démentes et désorientées qui ont besoin de quelqu'un qui les écoute et qui valide leurs émotions (Feil, Validation, 1994).

De plus, l'Office fédéral de la statistique montre que l'institutionnalisation augmente considérablement avec l'âge. Avant 75 ans, très peu de personnes sont institutionnalisées, représentant entre 1 % et 2 % sur les 6 % de la population suisse vivant dans un établissement médico-social (Office fédéral de la statistique, 2012). Après 80 ans, ce taux d'institutionnalisation augmente continuellement, l'âge médian dans un établissement médico-social étant de 85 ans.

La pertinence de ces recherches relie les travaux de Naomi Feil, les données d'Alzheimer Suisse et celles de l'Office fédérale de la statistique : les grands vieillards de 80 ans et plus institutionnalisés sont les plus touchés par la démence Alzheimer.

Au-delà de Madame C. qui a suscité mon questionnement, ma réflexion professionnelle s'étendra à toutes les personnes de 80 ans et plus, atteintes de la démence Alzheimer institutionnalisées au sein d'un établissement médico-social.

3.2 Réflexion professionnelle

3.2.1 La démence Alzheimer

Pour commencer, la démence Alzheimer est un trouble neurocognitif entraînant une détérioration cognitive progressive et irréversible. Ce trouble neurocognitif est lié à une atteinte cérébrale d'origine organique, limitant ainsi les capacités sociales acquises de la personne atteinte de démence. Cette atteinte se manifeste par une atrophie cérébrale prédominante dans les régions pariéto-temporales, accompagnée d'un élargissement des sillons corticaux et d'une dilatation ventriculaire (Hervy et al., 2005).

Cependant, la cause reste encore inconnue. D'après plusieurs études, des hypothèses ont été avancées notamment :

- Une faible production d'acétylcholine entraînant une dégénérescence neurofibrillaire, une formation d'enchevêtrements à l'intérieur des neurones ;
- Un traumatisme crânien grave favoriserait une démence Alzheimer ;
- Les facteurs génétiques joueraient un rôle dans la démence Alzheimer ;
- Les personnes atteintes du syndrome de Down seraient prédisposées à cette dernière (Townsend, Psychiatrie et santé mentale, 2010).

Les facteurs de risque propres à la démence Alzheimer sont l'âge, les antécédents familiaux et les facteurs vasculaires tels que l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie et le tabagisme. Dans cette démence, sept stades y sont décrits afin de mieux comprendre la progression cognitive de cette dernière. Les sept stades décrivent les symptômes cognitifs et leur manifestant sur la personne démente :

- Le stade 1 : pas de symptômes apparent ;
- Le stade 2 : l'apparition des oublis avec l'atteinte de la mémoire de travail ;
- Le stade 3 : l'apparition de légères pertes cognitives avec une conscience de ses déclin de la personne malade ;
- Le stade 4 : les pertes cognitives légères ou modérées avec une confusion mentale et une atteinte partielle de sa mémoire épisodique et sémantique ;
- Le stade 5 : les pertes cognitives modérées avec une perte de sa capacité à effectuer certaines activités de la vie quotidienne et de la désorientation dans l'espace et le temps ;
- Le stade 6 : pertes cognitives modérées ou grave avec une dépendance pour les activités de la vie quotidienne, des troubles phasiques, des troubles praxies, des troubles gnosiques, une atteinte totale de sa mémoire épisodique et sémantique et un désorientation dans l'espace, le temps et la personne ;

- Le stade 7 : pertes cognitives graves se manifestant par une dépendance totale et une communication impossible avec la personne démente jusqu'au décès de cette dernière (Townsend, Psychiatrie et santé mentale, 2010).

Outre les symptômes cognitifs décrits par ces sept stades, les symptômes comportementaux et psychologiques sont des manifestations intégrante de la démence Alzheimer. Le MSD Manuals décrit ces symptômes comme des troubles du comportement qui sont, très fréquents chez les personnes démentes et sont responsable de leur institutionnalisation. Ces comportements, principalement issus de l'agitation et de l'agressivité, incluent la déambulation, les stimuli environnementaux, les cris, les coups, le refus de traitement, les questions incessantes et répétitives, les insomnies et les pleurs. Ces symptômes comportementaux et psychologiques peuvent résulter de modifications fonctionnelles liées à la démence. La réduction de l'inhibition des comportements inappropriés, une mauvaise interprétation des signaux visuels et auditifs, une altération de la mémoire à court terme ou une capacité réduite voir une incapacité à exprimer des besoins font partie de ces symptômes. Dans un établissement médico-social, ces comportements peuvent perturber les autres résidents ou le fonctionnement d'un service de soins surtout en fin de journée avec le syndrome crépusculaire, qui se manifeste par une aggravation du comportement perturbateur au crépuscule. Pour caractériser et classer ces symptômes psycho-comportementaux, l'échelle de l'agitation Cohen-Mansfield est souvent utilisée. Cette échelle évalue les comportements de personnes atteintes de démence, tels que l'agitation, l'agressivité, la déambulation, mesurant ainsi la fréquence de chaque symptôme. Après une évaluation effectuée sur une période de deux semaines, cette échelle nous permet de classer les comportements de la manière suivante :

- Agitation physique agressive : par exemple, frapper, mordre, saisir des personnes ou des choses ;
- Agitation physique non agressive : par exemple, la manipulation des choses de manière inappropriée, s'habiller ou se déshabiller de façon inappropriée, agir sans repos ou essayer de partir ailleurs ;
- Agitation verbale agressive : par exemple, crier, des accès de colère ou maudire ;
- Agitation verbale non agressive : par exemple, se plaindre, pleurnicher, demande constante d'attention, être négatif ou produire des bruits étranges.

Il est essentiel de consigner les comportements spécifiques, les événements déclenchants, ainsi que le moment où le trouble du comportement débute et disparaît. Il est également impératif de chercher une cause organique à ces troubles telles que la douleur, la constipation, la fièvre ou la déshydratation. Cette démarche permet de mieux identifier les modifications comportementales et de planifier une stratégie de prise en charge adéquate

pour la personne atteinte de démence Alzheimer. La dépression, l'anxiété, les idées délirantes et les hallucinations peuvent également influencer les symptômes psycho-comportementaux et doivent être rapidement identifiées afin de mettre en place un traitement approprié pour ces divers symptômes (Huang, 2023).

3.2.2 Les approches pharmacologiques de la démence Alzheimer

Divers traitements médicamenteux dits « symptomatiques » existent ; bien qu'ils ne guérissent pas la maladie, ils combattent les symptômes cognitifs ainsi que les symptômes comportementaux et psychologiques. Actuellement, il existe plusieurs médicaments spécifiques pour atténuer les symptômes cognitifs :

- Quatre inhibiteurs de la cholinestérase pour les troubles cognitifs légers à modérés (Donézépril, Galantamine, Tacrine et Rivastigmine) ;
- Un antagoniste des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) pour les troubles cognitifs modérés à sévères (Mémantine) (Townsend, Psychiatrie et santé mentale, 2010).

Au niveau des symptômes psycho-comportementaux, de multiples médicaments peuvent être bénéfiques pour atténuer ces derniers :

- Les antipsychotiques pour maîtriser l'agitation, l'agressivité, les hallucinations et l'errance (Rispéridone, Olanzapine, Quétiapine, Ziprazidone et Haldol) ;
- Les antidépresseurs, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine pour améliorer le sommeil, l'appétit, la mémoire et la pensée (Nortriptyline, Paroxétine et Sertraline) ;
- Les anxiolytiques, benzodiazépines pour traiter l'anxiété provoqué par la démence (Diazépam, Clordiazépoxyde, Alprazolam, Lorazépam et Oxazépam) ;
- Les sédatifs hypnotiques, benzodiazépines pour traiter l'insomnie provoqué par la démence (Flurazépam et Témazépam) (Townsend, Psychiatrie et santé mentale, 2010).

De nombreux chercheurs ont mis en évidence l'efficacité limitée des approches pharmacologiques (antipsychotiques, sédatifs hypnotiques, anxiolytiques, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, mémantine et antidépresseurs) pour soulager les troubles comportementaux associés à la démence, tout en soulignant les effets secondaires potentiellement nocifs. De plus, ces traitements pharmacologiques souffrent d'un manque de preuves scientifiques robustes en raison de diverses lacunes méthodologiques. Ainsi, bien que certaines thérapies médicamenteuses prometteuses soient actuellement à l'étude, le consensus général reste qu'il est impératif de privilégier les approches non

pharmacologiques en première intention pour réduire les manifestations d'agitation chez les personnes atteintes de cette démence (Schaub et al., Recherche en soins infirmiers, 2016).

3.2.3 Les approches non pharmacologiques pour diminuer l'agitation de la démence

3.2.3.1 L'approche de Cohen-Mansfield

À la suite de la classification des comportements d'agitation de l'échelle de Cohen-Mansfield, ce même chercheur a référencé les huit catégories d'approches non pharmacologiques diminuant l'agitation chez une personne institutionnalisée atteinte de démence Alzheimer, incluant :

- Les interventions sensorielles stimulantes ou relaxantes (par exemple, la musique, le toucher, le massage, des bruits atténués et autres stimulations sensorielles) ;
- Les interventions environnementales (par exemple, des lieux de déambulation libre, naturels ou améliorés et une diminution des stimulations environnementales) ;
- Les contacts sociaux réels ou simulés (par exemple, la visite d'animaux, la présence simulée par des vidéos) ;
- Les soins infirmiers et médicaux (par exemple, la diminution de la douleur, les aides auditives et la levée de restrictions physiques) ;
- Les approches comportementales ;
- La formation du personnel ;
- Les activités structurées, les promenades à l'extérieur et l'activité physique ;
- Les thérapies combinées (par exemple, les thérapies individualisées ou en groupe)

Ces différentes approches présentent des résultats d'efficacité variables, et aucun consensus clair n'émerge quant aux interventions à privilégier en premier lieu. Néanmoins, à la suite de cette classification, Cohen-Mansfield a mesuré l'impact de chaque intervention sur les symptômes comportementaux et sur l'intérêt réelle que portait la personne démente à faire ces approches. La conclusion étant que les interventions les plus utilisées et les plus impactant sur les symptômes sont : le massage des mains, la musique, la vidéo, les soins infirmiers et le pliage de serviette (Schaub et al., Recherche en soins infirmiers, 2016).

3.2.3.2 L'approche de Naomi Feil

Outre la théorie de Cohen-Mansfield, Naomi Feil a développé l'approche de la validation. Feil l'a décrite étant une méthode d'accompagnement centrée sur la communication pour les grands vieillards atteints de la démence Alzheimer ou de maladies apparentées. D'après mes divers recherches, de nombreux établissements médico-sociaux ont recours à la méthode de validation en suisse. Les principes fondamentaux de la validation consistent à reconnaître les

émotions et les sentiments d'une personne en utilisant l'empathie. Les objectifs de cette méthode sont de redonner le sens de sa propre valeur, réduire les besoins de contrainte physique ou chimique, travailler à résoudre les conflits non réglés du passé. Les résultats de la validation ont démontrés des bienfaits significatifs pour les personnes atteinte de démence Alzheimer, y compris celles présentant de l'agitation. Ces bienfaits incluent une diminution des cris, de déambulation, d'agitation verbale ou physique, de mouvements répétitifs ainsi qu'une augmentation de la communication verbale et non verbale. Bien que le changement de comportement soit lent et puisse fluctuer d'un jour à l'autre, il finit par se manifester. Cette approche permet d'offrir un soutien émotionnel à la personne démente et ainsi, éprouver un sentiment d'apaisement (Feil, Validation, 1994).

3.2.3.3 Les approches multisensorielles

Le vieillissement normal se caractérise par une diminution des capacités sensorielles, altérant la perception de l'environnement et pouvant mener à un repli sur soi. Dans le cadre de la démence Alzheimer, les déficits cérébraux viennent s'ajouter à cette dégradation sensorielle, exarcebant l'incompréhension du monde, l'isolement, et les symptômes psycho-comportementaux. Ainsi, les approches sensorielles visent à solliciter de manière spécifique un ou plusieurs des cinq sens, afin de faire émerger certaines sensations parfois enfouies. Cette stimulation sensorielle peut relancer l'activité associative et aurait un effet apaisant sur les symptômes psychologiques et comportementaux observés dans la démence Alzheimer. Les stimulations sensorielles sont donc une composante essentielle de soins non pharmacologiques pour les personnes atteintes de démence, visant à améliorer leur qualité de vie et leur bien-être (Quaderi, 2019).

Au sein de ces modalités sensorielles, on distingue notamment la musicothérapie, l'aromathérapie, le toucher thérapeutique (massage), la relaxation, l'art-thérapie, le jardinage et divers autres procédés.

3.2.3.3.1 La musicothérapie

En effet, la musique influence la production des hormones du plaisir telles que les endorphines et la dopamine. Elle modifie notre comportement, nos humeurs et peut raviver des émotions passées. En stimulant toutes les zones du cerveau, la musique contribue à réduire l'anxiété et l'agitation, à faciliter la communication et l'expression, à créer des liens sociaux, à stimuler la mémoire, à raviver les sentiments, à diminuer l'isolement social, à renforcer l'intérêt et l'attention, et à favoriser l'estime de soi (Amouyel, 2019). La musicothérapie est une forme de traitement non pharmacologique utilisant la musique pour atténuer certains symptômes chez les patients. Il existe deux approches en musicothérapie :

la musicothérapie active et la musicothérapie réceptive. La musicothérapie active repose sur des techniques d'interventions simples, telles que l'utilisation de la voix et l'improvisation instrumentale, adaptées aux compétences du patient. En revanche, la musicothérapie réceptive consiste à diffuser des extraits musicaux préexistants lors de séances. Par ailleurs, l'approche réceptive, dont les effets sont comparables à ceux de la sophrologie ou de la relaxation, est privilégiée pour traiter les troubles psycho-comportementaux et la douleur. Toutefois, il est essentiel de tester ces deux approches afin d'identifier celle qui s'avère la plus appropriée pour le patient (Duperret-Gonzalez, 2024).

Dans les établissements médico-sociaux, il existe deux types de séances de musicothérapie : les séances individuelles et collectives. L'avantage des séances individualisées réside dans la possibilité de se consacrer spécifiquement au patient et répondre ainsi de manière précise à ses besoins. Les séances collectives sont légèrement moins personnalisées et peuvent s'avérer compliquées pour certains résidents en raison des réactions parfois bruyantes des autres participants face à la musique. Ces réactions peuvent donc nuire aux bienfaits de cette approche. En ce qui concerne le choix des musiques, aucune sélection prédéfinie n'est établie pour cette approche. Contrairement à certaines études évoquant « l'effet Mozart » – un effet positif sur la santé et le développement résultant de l'écoute de Mozart – il semblerait que la musique classique soit généralement plus apaisante que la musique moderne avec des paroles (Audition Conseil France, 2021). Cependant, l'efficacité dépend largement des préférences musicales du patient. Il appartient donc aux personnels soignants de collecter des informations auprès de la personne concernée afin de lui composer une playlist personnalisée. Dans cette démarche, le rôle infirmier consiste initialement à poser des questions pertinentes pour recueillir les données nécessaires. Ensuite, sur la base de ces informations recueillies, l'infirmière pourra élaborer une playlist musicale significative pour le patient, facilitant ainsi son implication dans la thérapie. De plus, la fondation Alzheimer conseille de faire écouter des chansons que la personne démente appréciait auparavant, afin de favoriser le rappel d'un souvenir ou d'un moment passé (Amouyel, 2019).

Ensuite, il convient de noter que la musicothérapie n'est pas toujours appropriée dans toutes les situations. Premièrement, elle peut provoquer de la détresse chez les personnes souffrant d'acouphènes, pouvant aller jusqu'à provoquer des hallucinations auditives. Deuxièmement, en cas de dépression, la musique peut être perçue comme une agression, engendrant ainsi des comportements agressifs. Troisièmement, l'anxiété peut entraîner une perte d'intérêt pour la musique et aggraver la confusion, en raison de la résurgence de souvenirs anciens qui déstabilisent le patient. Ces exemples montrent clairement que les effets de la musique ne sont pas négligeables. Chez les personnes atteintes de démence Alzheimer, il apparaît difficile de mener efficacement une séance en groupe en raison de la « contagion

émotionnelle ». En d'autres termes, lorsqu'un patient devient confus ou anxieux durant une séance, son mal-être se propage au reste du groupe, contrecarrant ainsi les effets escomptés (Lejeune et al., 2011).

De plus, la musicothérapie est mise en œuvre dans un cadre délimité, spécifiquement un environnement calme et isolé des bruits ou stimulations externes. Cette configuration permet à la personne atteinte de démence de se concentrer exclusivement sur la musique. Il est primordial que cet environnement soit sécuritaire pour le patient, ce qui favorisera un sentiment de confiance et de bien-être. L'installation de la personne est d'une importance capitale. Il est recommandé de l'installer à l'endroit de son choix dans la pièce, en veillant à ce qu'elle ne soit pas incommodée et en assurant son confort optimal. L'infirmière doit tenir compte de toutes ces recommandations afin d'atteindre des résultats efficaces en musicothérapie. Néanmoins, ces recommandations peuvent être ajustées par l'infirmière en fonction des résultats observés (Hof, 2014).

En utilisant l'échelle de l'agitation de Cohen-Mansfield, qui permet de déterminer les moments de la journée où la patiente est le plus susceptible de s'agiter, l'infirmière pourra déterminer le moment optimal pour la mise en place de la musicothérapie. Cependant, elle devra continuellement réévaluer ces moments afin de répondre de manière optimale à l'amélioration de la qualité de vie du patient. L'échelle de Cohen-Mansfield offre également la possibilité d'évaluer l'évolution et les améliorations des comportements d'agitation après une séance de musicothérapie. Il incombera à l'infirmière d'ajuster l'approche en fonction des résultats obtenus pour répondre aux besoins spécifiques de la patiente.

D'après la Fondation Alzheimer, dans le contexte de la démence Alzheimer, la musicothérapie aide à réduire l'anxiété, l'agitation et améliorer la qualité du sommeil tout en stimulant la mémoire et en faisant resurgir des souvenirs. Comme toute thérapie, elle établit d'abord une relation entre le patient et l'aidant. Cette thérapie ne permet pas de soigner la démence Alzheimer à proprement parler, mais elle contribue à l'amélioration de la qualité de vie des patients et des aidants (Amouyel, 2019).

Selon une étude et expérience américaine menée par l'École de Santé Publique de l'Université Brown, la musique possède la capacité d'apaiser les personnes âgées atteintes de démence Alzheimer. Cette recherche, impliquant 976 résidents d'établissements médico-sociaux, a démontré que l'utilisation de playlists personnalisées selon les goûts musicaux des participants permettaient de réduire progressivement les symptômes psycho-comportementaux, principalement l'agitation verbale, au fil des séances (Baylet, 2023).

3.3 Question ou phrase affirmative de départ

À la lumière de mes recherches, la question initiale que je propose pour lancer mon projet est la suivante : « La musicothérapie réceptive individuelle, au sein d'un établissement médico-social, peut-elle atténuer l'agitation verbale non agressive sur une personne âgée de plus de 80 ans atteinte de la démence Alzheimer ? ».

3.4 Prémices du projet

Pour initier mon projet, j'ai élaboré une analyse SWOT afin d'obtenir une vue d'ensemble sur la situation actuelle.

| Forces | Faiblesses |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Approbation des infirmières du service - Environnement thérapeutique à disposition (en chambre) - Adaptation personnalisée des séances musicales au besoin des patients - Nombreux cas de démence Alzheimer dans le service - Pas de budget requis - Facilité d'emploi, simplicité de la forme - Engagement des familles | <ul style="list-style-type: none"> - Réponses individuelles variées des patients - Manque d'intérêt des patients en lien avec leur pathologie - Manque de formation sur la grille d'évaluation Cohen-Mansfield envers l'équipe soignante - Le temps et l'organisation dans un environnement déjà chargé |

| Opportunités | Menaces |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Innovation thérapeutique dans l'utilisation de thérapies non pharmacologiques - Amélioration de la qualité de vie des patients atteints de démence Alzheimer - Renforcement des liens avec les familles des patients - Elargissement de l'ouverture d'esprit du personnel soignant aux approches non pharmacologiques | <ul style="list-style-type: none"> - Charge de travail supplémentaire pour le personnel soignant - Taux de rotation élevé du personnel - Va à l'encontre du cadre hypostimulant mis en place par le service - Difficulté en compétences informatique du personnel soignant - Défaillance neurologique des patients (démence Alzheimer) pour le recueil de données - Le manque de réceptivité des familles face à la thérapie |

4 Projet

Fondé sur des recherches scientifiques avérées, mon projet vise à introduire une approche non pharmacologique centrée sur la musique, visant à solliciter les sens des patients atteints de démence Alzheimer. Son objectif principal est d'atténuer les symptômes psycho-comportementaux, en particulier l'agitation verbale non agressive. Son caractère innovant réside dans la personnalisation des soins. En élaborant des playlists adaptées aux goûts individuels des patients, je personnalise le traitement, augmentant ainsi son efficacité et l'engagement des patients. Cette personnalisation est une avancée par rapport aux méthodes traditionnelles de soins standardisées. De plus, mon projet contribue à l'élargissement de l'ouverture d'esprit du personnel soignant aux approches non pharmacologiques, favorisant ainsi une culture de soins plus diversifiée et plus adaptée aux besoins individuels des patients. En combinant ces éléments, mon projet se distingue par son approche novatrice, personnalisée et centrée sur le patient, offrant des perspectives nouvelles et prometteuses pour la gestion de la démence Alzheimer dans les établissements médico-sociaux.

4.1 Préparation

| | |
|---------------------------|---|
| Documentation | <ul style="list-style-type: none"> - Les approches non pharmacologiques multisensorielles (musicothérapie) - Échelle d'évaluation de l'agitation de Cohen-Mansfield |
| Ressources | <ul style="list-style-type: none"> - Infirmière responsable de service - Infirmières du service - Praticienne formatrice du service - Enseignante référente de projet - Livres : Art-thérapie et maladie d'Alzheimer ; 100 idées pour accompagner une personne malade d'Alzheimer ; Musique, Mouvement et Maladie d'Alzheimer - Sites : Cairn info, Fondation Alzheimer - Budget, coûts : aucun frais ne serait engendrer, utilisation de matériel personnel |
| Esquisse du projet | <p>À la suite du recueil de données sur les différents styles musicaux, les potentiels souvenirs de ces derniers ainsi qu'à l'évaluation de l'échelle de l'agitation de Cohen-Mansfield, déterminant à quel moment de la journée la patiente est susceptible de s'agiter, je conçois une playlist</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>musicale. Celle-ci sera diffusée dans un cadre délimité et calme, au moyen d'un système de sonorisation. Avant et après chaque séance, une évaluation de l'agitation sera réalisée afin de suivre l'évolution des bienfaits des séances de musicothérapie. Ces évaluations permettront également d'ajuster la playlist proposée en conséquence.</p> |
| Sous-objectifs du projet | <ul style="list-style-type: none"> - D'ici le 11 avril 2024, j'aurai pris rendez-vous avec la praticienne formatrice et responsable de service pour échanger sur la thématique choisie. - D'ici le 18 avril 2024, la praticienne formatrice, l'équipe infirmière du service ainsi que la représentante thérapeutique de ma patiente approuveront ma thématique. - D'ici le 28 avril 2024, j'aurai recueillie toutes les informations nécessaire sur ma patiente pour la réalisation de mon projet. - D'ici le 5 mai 2024, je prendrai contact avec ma référente de projet pour discuter de l'introduction et le choix de la thématique du travail de diplôme. - D'ici le 24 mai 2024, toutes les recherches scientifiques sur ma thématique seront terminées afin de mettre en place le projet. - D'ici le 27 mai 2024, j'aurai mis en place mon projet avec ma patiente choisie. - D'ici le 31 mai, je prendrai contact avec ma référente de projet afin de discuter de la phrase du projet du travail de diplôme. - D'ici le 3 juin 2024, j'aurai mis en place mon projet sur d'autres patients ayant une situation similaire à ma patiente initiale. - D'ici le 10 juin 2024, j'aurai évalué mon projet et relevé les résultats satisfaisants et non satisfaisants. |

4.2 Planification

| | |
|---------------|--|
| Étapes | <ol style="list-style-type: none"> 1. Soumettre une esquisse de mon projet à l'infirmière responsable du service ainsi qu'à la praticienne formatrice. 2. Sélectionner la patiente pour l'application de mon projet (recueil de données). 3. Documenter les données scientifiques pour mener à bien mon projet. |
|---------------|--|

| | |
|-------------------|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 4. Réalisation de mon projet avec la patiente choisie. 5. Sélectionner d'autres patients avec une situation similaire à la première patiente pour appliquer mon projet. 6. Ajustement du projet en fonction des évaluations (évaluation selon Cohen-Mansfield). 7. Réalisation de mon projet avec ces derniers. 8. Évaluation du projet ainsi que des résultats obtenus (évaluation selon Cohen-Mansfield). |
| Ressources | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Humaines</u> : Les infirmières du service qui m'aideront à mener à bien mon projet ; La praticienne formatrice et la responsable de service qui valideront et orienteront mon projet ; L'enseignante référente qui me guidera quant à la démarche de mon projet et le validera ; L'équipe soignante qui appliquera mon projet sur les patients sélectionnés et m'apporterons leur retour sur l'efficacité de ce dernier ; La musicothérapeute qui me guidera quant aux différentes recherches à faire pour mener à bien mon projet. - <u>Matérielles</u> : Livres et recherches internet basés sur des données probantes, le logiciel informatique de l'établissement médico-social afin d'évaluer l'agitation (échelle Cohen-Mansfield), un système de sonorisation, un téléphone portable, une application de musique (p. ex. Youtube), une salle appropriée (p. ex. la chambre de la patiente) et un mobilier confortable (p. ex. un fauteuil). - <u>Financières</u> : aucun frais ne sera engendré en raison d'un matériel mis à disposition par l'établissement médico-social |
| Échéancier | <ul style="list-style-type: none"> - Du 20 mars au 1 avril 2024 : Intégration au sein l'équipe soignante, recueillir des informations sur le fonctionnement du service ainsi que sur les approches mises en place pour les soins des patients. - Du 1 au 18 avril 2024 : Identifier les problématiques potentielles au sein du service. Sélectionner la thématique suscitant mon questionnement. Discuter de cette thématique avec l'équipe soignante afin de comprendre sa signification pour eux. Validation de la thématique par l'enseignante référente et l'école. - Du 18 au 28 avril 2024 : Recueillir toutes les informations nécessaire sur la patiente choisie. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Du 28 avril au 24 mai 2024 : Recherches actives sur la thématique. Demande spécifiques aux différentes personnes ressources. - Du 24 au 27 mai 2024 : Informer l'équipe soignante du déroulement de la mise en place de mon projet pour la patiente choisie. Explication de l'échelle choisie pour l'évaluation de l'agitation. - Du 27 mai au 10 juin 2024 : Mise en place du projet sur la patiente choisie. Évaluation avec l'échelle d'agitation (Cohen-Mansfield). - Du 3 juin jusqu'au 10 juin 2024 : Mise en place du projet sur les autres patients avec une situation similiaire à ma patiente initiale. Évaluation avec l'échelle d'agitation (Cohen-Mansfield). - Du 10 au 13 juin 2024 : Finalisation de mon travail de diplôme. - 13 juin 2024 : Remise de mon travail de diplôme sur le Cyberlearn. |
|--|--|

4.3 Réalisation

| | |
|--|---|
| <p>Transmission de la mise en œuvre du projet</p> | <p>Lors d'un colloque organisé par mes soins, l'équipe soignante s'est réunie pour que je puisse présenter mon projet. En m'appuyant sur des données scientifiques, j'ai expliqué les bienfaits et le fonctionnement de la musicothérapie réceptive individuelle pour les personnes atteintes de démence Alzheimer. Pour instaurer cette approche, il est crucial que l'équipe soignante comprenne que je crée une playlist unique, adaptée aux préférences musicales de chaque patient, grâce à un recueil de données préalable. J'explique ainsi à l'équipe que la musicothérapie réceptive individuelle ne doit pas être réalisée à n'importe quel moment de la journée. Il incombera donc à notre rôle d'infirmier de repérer les moments précis où la personne manifeste des signes d'agitation verbale non agressive. Utilisant l'échelle de l'agitation de Cohen-Mansfield comme outil d'évaluation, j'ai détaillé son fonctionnement et son utilité dans l'évaluation de l'efficacité de la musicothérapie sur l'agitation verbale non agressive. Celle-ci devra être complétée avant et après chaque séance. La durée du projet a été fixée à deux semaines. Toutefois, si cette approche s'avère bénéfique pour les patients, le projet pourra être prolongé.</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <p>Suivi de l'évolution de la démarche</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Rétroaction continue : Après chaque séance réalisée, l'équipe soignante me tiendra informée sur l'évolution des symptômes de l'agitation verbale non agressive. Elles s'appuieront sur les évaluations de l'échelle de Cohen-Mansfield pour justifier et démontrer cette évolution. - Fréquence de séances : au moins trois fois par semaine avec un patient. |
| <p>Réadaptation des interventions</p> | <p>Les retours d'informations et les évaluations obtenues serviront à ajuster les séances de musicothérapie afin de répondre au mieux aux besoins des patients.</p> |

4.4 Evaluation du projet

Pour évaluer mon projet, il est essentiel de répondre à ma réflexion professionnelle initiale. À l'issue de ces deux semaines d'expérimentation, il a été observé que la musicothérapie présente des effets bénéfiques sur l'agitation verbale non agressive chez les patients ciblés. En effet, les évaluations effectuées avant et après chaque séance à l'aide de l'échelle de l'agitation de Cohen-Mansfield montrent une réduction notable des comportements d'agitation chez les personnes âgées participant à ce projet. Cependant, plusieurs obstacles ont été rencontrés lors de la mise en place du projet. Le principal frein réside dans le temps supplémentaire requis pour intégrer cette nouvelle approche dans le quotidien déjà chargé du personnel soignant. Bien que l'équipe ait manifesté un enthousiasme certain pour cette initiative innovante et pertinente, la charge de travail accrue a posé des défis. Les infirmières ont réussi à mettre en œuvre cette pratique de manière régulière, tandis que les assistantes en soins et santé communautaires et les aides-soignantes ont éprouvés davantage de difficultés et y ont moins participé. Au cours de la réalisation de mon projet, l'équipe soignante a été confrontée à de nombreux changements, ce qui a compliqué la mise en œuvre de celui-ci. Mon aptitude à m'adapter aux nouvelles situations ainsi que ma capacité à communiquer ont été fortement sollicitées afin d'atteindre des résultats satisfaisants. Outre l'enthousiasme général de l'équipe soignante, certaines ont exprimés une réticence quant à la possible incompatibilité de cette approche avec la philosophie hypostimulante du service. Cependant, la plupart ont finalement reconnue la valeur ajoutée de musicothérapie. De plus, en raison des défis liés aux troubles cognitifs de certains patients, la collecte de données s'est avérée difficile, rendant ainsi l'exécution de la séance de musicothérapie parfois impossible. Néanmoins, les réussites sont notables : les patients ont montrés une amélioration de leur état d'agitation, et le personnel soignant a commencé à adopter une nouvelle perspective sur les approches non pharmacologiques. Grâce aux évaluations, les retours d'informations ont

été globalement positifs, soulignant l'efficacité et l'intérêt de la musicothérapie réceptive individuelle.

Étant donné les résultats prometteurs obtenus au cours de ces deux semaines, il est envisageable de pérenniser ce projet. Toutefois, la durabilité du projet pourrait être compromise en raison des contraintes de temps et de la charge de travail supplémentaire imposées au personnel soignant. Afin d'optimiser au mieux ce projet, collaborer avec des intervenants externes, tels qu'une musicothérapeute professionnelle, pour apporter un soutien supplémentaire à l'équipe soignante et partager les responsabilités.

L'implication personnelle a été déterminante dans la réalisation de ce projet. Dès le début, j'ai été pleinement engagée dans la conception, la planification et la mise en œuvre de cette initiative novatrice. En tant que porteur de projet, j'ai consacré de nombreuses heures à la recherche, à l'élaboration des évaluations et à la coordination avec l'équipe soignante. Grâce à mon implication, j'ai réussi à sensibiliser et à former l'équipe soignante à cette approche, tout en jouant un rôle actif dans l'amélioration de la qualité de vie des patients.

5 Rapport et conclusion

En entamant ce projet de musicothérapie réceptive individuelle au sein de l'établissement mécido-social, j'ai été profondément convaincue de son potentiel à améliorer la qualité de vie des patients atteints de démence Alzheimer. Ma démarche a été guidée par une conviction sincère en l'efficacité de cette approche non pharmacologique pour atténuer les symptômes psycho-comportementaux, notamment l'agitation verbale non agressive. J'ai également été motivée par le désir d'innover dans la prise en charge des patients et de répondre à leurs besoins individuels de manière holistique. Mes rôles dans la mise en place du projet ont été celui de cheffe de projet et d'une facilitatrice, en raison de mes recherches probantes, travaillant en étroite collaboration avec l'équipe soignante pour assurer le succès de ce projet. Ces rôles endossés n'ont pas toujours été faciles en raison des divergences au sein de l'équipe soignante que je devais régler pour mener à bien mon projet. La collaboration avec l'équipe soignante m'a également permis de comprendre l'importance de la communication et de la coopération dans la mise en œuvre d'un projet de cette envergure.

Cette expérience m'a permis d'acquérir une compréhension approfondie des défis et des opportunités liés à la mise en œuvre d'une approche novatrice dans un environnement médico-social. J'ai été confrontée à des obstacles tels que la résistance au changement de certains membres du personnel, les contraintes de temps, et des changements au sein de l'équipe soignante, qui ont nécessité des ajustements et une adaptabilité constante. Cependant, j'ai également appris que la persévérance et une bonne collaboration peuvent surmonter ces obstacles et conduire à des résultats positifs.

Pour optimiser un prochain projet, je recommande d'exploiter davantage les ressources internes de l'équipe soignante. Cela impliquerait de mieux valoriser les compétences et les connaissances déjà présentes au sein de l'équipe, en identifiant les membres les plus aptes à contribuer efficacement au projet. Cette approche permettrait de renforcer l'implication et l'engagement de l'équipe, tout en maximisant l'utilisation des ressources disponibles au sein de l'établissement. De plus, il serait également bénéfique d'établir des partenariats avec des experts externes pour bénéficier de leurs conseils et de leur expertise.

En ce qui concerne l'auto-évaluation du travail, je suis globalement satisfaite de la clarté et de la cohérence de mon rapport. J'ai pu exprimer clairement mes idées et arguments tout au long du projet. Cependant, j'ai parfois rencontré des difficultés dans mes recherches, ce qui m'a ralenti et rendu le processus d'écriture plus difficile que prévu.

En ce qui concerne l'application des consignes du travail, j'ai fait de mon mieux pour les suivre scrupuleusement. J'ai veillé à respecter les exigences spécifiques du projet afin d'être le plus juste possible. Je reconnais qu'il y a toujours place à l'amélioration, notamment en ce qui concerne la gestion du temps. Je m'engage à tirer des leçons de cette expérience et à continuer à progresser dans mes futures initiatives professionnelles.

6 Liste des références bibliographiques

- Alzheimer Suisse. (2023). *Alzheimer et maladies apparentées en Suisse*. Récupéré sur Alzheimer Suisse: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/alzheimer-et-autres-formes-de-demence-en-suisse>
- Alzheimer Vaud. (2019). *Qu'est-ce qui peut provoquer la maladie ?* Récupéré sur Alzheimer Vaud: <https://alzheimer-vaud.ch/troubles-de-la-memoire/quels-facteurs-de-risque>
- Amouyel, P. (2019, février 28). *La musique pour lutter contre Alzheimer ?* Récupéré sur Fondation Alzheimer: <https://www.fondation-alzheimer.org/la-musique-pour-lutter-contre-alzheimer/>
- Audition Conseil France. (2021, novembre 12). *Les bienfaits de la musique chez les personnes âgées*. Récupéré sur Audition Conseil: <https://www.auditionconseil.fr/news/bienfaits-musique-personnes-agees/>
- Baylet, J.-N. (2023, décembre 06). *La musique, un outil thérapeutique pour personnes souffrant de démence*. Récupéré sur La dépêche: <https://www.ladepeche.fr/2023/12/06/la-musique-un-outil-therapeutique-pour-les-personnes-souffrant-de-demence-11626450.php>
- Duperret-Gonzalez, N. (2024). *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. Érès.
- Feil, N. (1994). *Validation*. Éditions Pradel.
- Hervy, M.-P., Molitor, M.-B., Béguin, V., Chahbenderian, L., & Farah, S. (2005). *Gérontologie et gériopsychiatrie*. Masson.
- Hof, C. (2014). *Art-thérapie et maladie d'Alzheimer*. Chronique Sociale.
- Huang, J. (2023, février). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. Récupéré sur Le Manuel MSD: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/syndrome-confusionnel-et-demence/symptomes-comportementaux-et-psychologiques-de-la-demence>
- Lejeune, A., Desana, M.-O., & Ducloy, I. (2011). *Musique, Mouvement et Maladie d'Alzheimer*. Solal.

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2023, septembre 18). *Démence*. Récupéré sur Office fédéral de la santé publique OFSP: [https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/demenz.html#:~:text=D'après%20les%20estimations%20actuelles,fréquence%20\(environ%2060%20%25\)](https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/demenz.html#:~:text=D'après%20les%20estimations%20actuelles,fréquence%20(environ%2060%20%25))

Office fédéral de la statistique. (2012, septembre 12). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social*. Récupéré sur Office fédéral de la statistique OFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/personnes-agees.assetdetail.348097.html>

Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. SETES éditions.

Quaderi, A. (2019). *Psychologie du vieillissement*. Dunod.

Schaub, C., Morin, D., & von Gunten, A. (2016). *Recherche en soins infirmiers*. Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Townsend, M. (2010). *Psychiatrie et santé mentale* (Vol. 2ème édition). ERPI.

7 Annexes

Annexe I

Évaluation

Évaluation - Echelle de Cohen-Mansfield

| | |
|--------------------|--|
| Résident | |
| Date | |
| Commentaire | |

| |
|--|
| Agitation physique non agressive |
| 01-Cherche à saisir |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| 02-Déchire les affaires |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| 03-Mange des produits non comestibles |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| 04-Fait des avances sexuelles physiques |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| 05-Déambule |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| 06-Se déshabille, se rhabille |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |

Évaluation

| |
|--|
| 4.0 Quelques fois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 07-Attitudes répétitives |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelques fois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 08-Essai d'aller ailleurs |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelques fois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 09-Manipulation non conforme d'objets |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelques fois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 10-Agitation généralisée |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelques fois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 11-Recherche constante d'attention |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelques fois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 12-Cache des objets |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelques fois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 13-Amasse des objets |

Évaluation

| |
|---|
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| Agitation verbale non agressive |
| 14-Répète des mots, des phrases |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 15-Se plaint |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 16-Émet des bruits bizarres |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 17-Fait des avances sexuelles verbales |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| Agitation et agressivité physiques |
| 18-Donne des coups |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 Une ou deux fois par jour |
| 6.0 Plusieurs fois par jour |
| 7.0 Plusieurs fois par heure |
| |
| 19-Bouscule |
| 0.0 Non évaluable |
| 1.0 Jamais |
| 2.0 Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 Une ou deux fois par semaine |

Évaluation

| | |
|--|------------------------------------|
| 4.0 | Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 | Une ou deux fois par jour |
| 6.0 | Plusieurs fois par jour |
| 7.0 | Plusieurs fois par heure |
| 20-Mord | |
| 0.0 | Non évaluable |
| 1.0 | Jamais |
| 2.0 | Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 | Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 | Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 | Une ou deux fois par jour |
| 6.0 | Plusieurs fois par jour |
| 7.0 | Plusieurs fois par heure |
| 21-Crache | |
| 0.0 | Non évaluable |
| 1.0 | Jamais |
| 2.0 | Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 | Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 | Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 | Une ou deux fois par jour |
| 6.0 | Plusieurs fois par jour |
| 7.0 | Plusieurs fois par heure |
| 22-Donne des coups de pied | |
| 0.0 | Non évaluable |
| 1.0 | Jamais |
| 2.0 | Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 | Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 | Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 | Une ou deux fois par jour |
| 6.0 | Plusieurs fois par jour |
| 7.0 | Plusieurs fois par heure |
| 23-Griffe | |
| 0.0 | Non évaluable |
| 1.0 | Jamais |
| 2.0 | Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 | Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 | Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 | Une ou deux fois par jour |
| 6.0 | Plusieurs fois par jour |
| 7.0 | Plusieurs fois par heure |
| 24-Se blesse, blesse les autres | |
| 0.0 | Non évaluable |
| 1.0 | Jamais |
| 2.0 | Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 | Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 | Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 | Une ou deux fois par jour |
| 6.0 | Plusieurs fois par jour |
| 7.0 | Plusieurs fois par heure |
| 25-Tombe volontairement | |
| 0.0 | Non évaluable |
| 1.0 | Jamais |
| 2.0 | Moins d'une fois par semaine |
| 3.0 | Une ou deux fois par semaine |
| 4.0 | Quelquefois au cours de la semaine |
| 5.0 | Une ou deux fois par jour |
| 6.0 | Plusieurs fois par jour |
| 7.0 | Plusieurs fois par heure |
| 26-Lance les objets | |

Évaluation

| | |
|--|--|
| 0,0 Non évaluable | |
| 1,0 Jamais | |
| 2,0 Moins d'une fois par semaine | |
| 3,0 Une ou deux fois par semaine | |
| 4,0 Quelquefois au cours de la semaine | |
| 5,0 Une ou deux fois par jour | |
| 6,0 Plusieurs fois par jour | |
| 7,0 Plusieurs fois par heure | |
| | |
| Agitation et agressivité verbales | |
| 27-Jure | |
| 0,0 Non évaluable | |
| 1,0 Jamais | |
| 2,0 Moins d'une fois par semaine | |
| 3,0 Une ou deux fois par semaine | |
| 4,0 Quelquefois au cours de la semaine | |
| 5,0 Une ou deux fois par jour | |
| 6,0 Plusieurs fois par jour | |
| 7,0 Plusieurs fois par heure | |
| | |
| 28-Est opposant | |
| 0,0 Non évaluable | |
| 1,0 Jamais | |
| 2,0 Moins d'une fois par semaine | |
| 3,0 Une ou deux fois par semaine | |
| 4,0 Quelquefois au cours de la semaine | |
| 5,0 Une ou deux fois par jour | |
| 6,0 Plusieurs fois par jour | |
| 7,0 Plusieurs fois par heure | |
| | |
| 29-Pousse des hurlements | |
| 0,0 Non évaluable | |
| 1,0 Jamais | |
| 2,0 Moins d'une fois par semaine | |
| 3,0 Une ou deux fois par semaine | |
| 4,0 Quelquefois au cours de la semaine | |
| 5,0 Une ou deux fois par jour | |
| 6,0 Plusieurs fois par jour | |
| 7,0 Plusieurs fois par heure | |
| | |
| Score Total | |
| Interprétation | |

Questionnaire sur la musique – Recueil de données

Sexe du patient : Femme / Homme

Âge du patient :

| | | |
|-----|--|-----------|
| 1. | Appréciez-vous la musique ? | Oui / Non |
| 2. | Quel type de musique ? (Musique classique, Chanson française, Jazz, Blues, Gospel, Rock...) | |
| 3. | Comment écoutiez-vous la musique autrefois ? (Radio, cassette, DVD, tourne-disque...) | |
| 4. | Avez-vous joué de la musique, d'un instrument ? Si oui, lequel ? (nom de l'instrument) | |
| 5. | Est-ce que la musique vous rend heureux et vous fait sourire ? | Oui / Non |
| 6. | Est-ce que la musique vous détend et vous aide à vous sentir apaisé ? | Oui / Non |
| 7. | Est-ce que la musique vous donne de l'énergie ? | Oui / Non |
| 8. | Est-ce que la musique vous rend triste ? | Oui / Non |
| 9. | Y a-t-il une musique qui vous rappelle un souvenir particulier ? Si oui, lequel(s) (nom de la musique et le souvenir associé) ? | Oui / Non |
| 10. | Y a-t-il une période de votre vie où la musique vous a particulièrement marquée ? (enfance, adolescence, jeunesse, âge adulte) | |
| 11. | Avez-vous un ou des chanteurs préférés ? (nom du ou des chanteurs) | |
| 12. | Y a-t-il une chanson que vous aimez particulièrement ? (nom de la musique) | |

| | | |
|-----|--|-----------|
| 13. | Y a-t-il un instrument de musique dont le son vous plaît particulièrement ? (Piano, guitare, violon, batterie, flûte...) | |
| 14. | Aimez-vous les chants ou les cantiques religieux ? | Oui / Non |
| 15. | Préférez-vous écouter des chansons dans une langue spécifique (français, anglais, ...) | |

Remarques supplémentaires pour le soignant :

- Soyez attentif aux réactions non verbales du patient ;
- Assurez-vous que le lieu où vous faites le questionnaire est calme, sans distractions ni bruit excessif ;
- Limitez le nombre de choix proposés pour chaque question afin de ne pas submerger le patient ;
- Offrez des options simples et évitez les questions trop ouvertes ;
- Notez toute réaction émotionnelle positive ou négative en réponse à des questions spécifiques ;
- Utilisez des indices visuels, comme des images d'artistes ou de genres musicaux (par le biais des photos imprimés mis à disposition et téléphone portable) ;
- Laissez des pauses pour permettre aux patients de réfléchir et de répondre ;
- Faites preuve de patience et d'empathie tout au long du questionnaire ;
- Si le patient n'est pas en mesure de répondre, interrompez le questionnaire par ne pas le mettre en échec ;
- Si le patient montre des signes de fatigue ou d'agitation, faites une pause ou interrompez le questionnaire ;
- Si possible, consultez les proches du patient pour obtenir des informations supplémentaires sur ses goûts musicaux.