



Travail de Diplôme pour l'obtention du diplôme
d'infirmière ES en soins infirmiers
École Supérieure Santé Valais-Wallis

Travail de Diplôme

Stimulation cognitive et autonomie chez un patient atteint de démence Alzheimer :
utilisation de pictogrammes pour mobiliser la mémoire procédurale

Réalisé par : Alla-Stassi Marianna

Adresse électronique : marianna.alla@students.hevs.ch

Cursus de formation : Formation ordinaire

Sous la guidance de : Laurent Gemis

Lieu et date : Monthey, le 14.03.2025



Résumé

La prise en charge des patients atteints de démence de type Alzheimer en psychogériatrie représente un défi majeur, notamment en raison de la détérioration progressive de leurs fonctions cognitives. Mon travail de diplôme s'inscrit dans cette problématique en se concentrant sur l'importance de la mémoire procédurale, souvent préservée plus longtemps que d'autres types de mémoire chez ces patients. La situation de soins étudiée concerne un résident présentant des troubles avancés de la mémoire à court terme, entraînant une désorientation et une difficulté à accomplir certains gestes du quotidien. Malgré ces altérations, il manifeste des capacités résiduelles dans l'exécution de tâches automatisées lorsqu'il est guidé de manière adaptée. Cette observation a orienté ma réflexion vers l'élaboration d'un projet visant à stimuler et préserver la mémoire procédurale afin de maintenir un certain niveau d'autonomie et de réduire la frustration liée aux pertes cognitives.

Le projet repose sur la mise en place d'activités spécifiques inspirées de l'approche Montessori, intégrées dans les soins quotidiens. Les résultats ont montré que ces interventions permettent aux patients de retrouver une certaine fluidité dans leurs gestes, favorisant leur engagement et leur bien-être. Cette approche souligne l'importance d'une prise en charge axée sur les capacités préservées plutôt que sur les déficits, et met en avant la nécessité d'une sensibilisation accrue du personnel soignant à ces méthodes.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans mon cheminement pour la réalisation de ce travail, notamment :

- Monsieur Laurent Gemis, mon enseignant référent ;
- Monsieur Joseph-Marie Oberholzer, mon coach d'étude ;
- Madame Joana Rente, infirmière ;
- Madame Inès Pestana, ma praticienne formatrice et infirmière cheffe de l'établissement Médico-social ;
- Madame Eve-Marie Roduit, infirmière responsable de l'établissement Médico-social ;
- Madame Lisa Hannon, infirmière de l'établissement ;
- Monsieur Marcelo Liberona, artiste et directeur de l'espace professionnel dédié à l'art corporel ;
- Monsieur Sébastien Juillard, nutritionniste et coach spécialisé dans l'accompagnement et la rééducation physique.

Je remercie également mes proches, ma famille, mes amis et mon coach, qui m'ont accompagné et encouragé tout au long de ce travail.

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 : Monthey, le 14.03.2025

Signature :  _____

Table des matières

1. Introduction : justification du choix de la situation de soins.....	1
1.1. Contexte	1
1.2. Complexité de la situation.....	1
1.3. Signification de la situation pour le lieu de stage.....	2
1.4. Défi personnel.....	3
2. Choix de la thématique et réflexion.....	4
2.1. Cadre théorique et description de la situation	4
2.2. Description détaillée de la situation avec recueil de données	4
2.3. Interventions infirmières antérieures.....	8
2.4. Facteurs de risques et favorisants.....	9
3. Réflexion professionnelle.....	10
3.1. Public cible.....	10
3.2. Réflexion professionnelle.....	11
3.3. Question ou phrase affirmative de départ.....	18
4. Projet.....	18
4.1. Prémices du projet.....	19
4.2. Préparation.....	19
4.3. Planification	21
4.4. Réalisation.....	22
4.5. Evaluation du projet.....	23
5. Conclusion.....	25
6. Liste des références bibliographiques.....	26
7. Annexes.....	28
Annexe I : Glossaire : Abréviations.....	28
Annexe II : Index de Katz.....	29
Annexe III : Index de Katz réadaptée aux soins d'hygiène ciblés.....	30
Annexe IV : Fiche explicative pour le soignant	31
Annexe V : Pictogrammes.....	32
Annexe VI : Questionnaire satisfaction pour les soignants : projet support visuel en pictogrammes	33

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

1.1.Contexte

Mon travail de diplôme se déroule au sein d'un établissement médico-social plus précisément dans une unité psycho-gériatrique, situé en Valais. Cet établissement compte 60 lits dont 12 en long séjour en unité psycho-gériatrique. Il accueille des personnes âgées atteintes de pathologies gériatriques et psycho-gériatriques diverses. L'équipe se compose de 1 infirmière, 1 infirmière responsable, 1 infirmière cheffe, 1 infirmière assistante, 3 assistantes en soins et santé communautaire (ASSC), 5 aides-soignants (AS) et moi-même, stagiaire de 3^{ème} année.

1.2.Complexité de la situation

La situation de Monsieur D, résident de l'unité psycho-gériatrique et atteint de démence de type Alzheimer, illustre l'impact des troubles cognitifs, physiques et sociaux sur son autonomie. Il souffre de déficits sévères de la mémoire à court terme et de la reconnaissance, entraînant une désorientation fréquente. Son incapacité à initier des gestes simples comme boire ou aller aux toilettes accentue sa dépendance. Selon l'Organisation mondiale de la Santé ([OMS], 2023), la progression des déficits cognitifs altère profondément la gestion du quotidien, affectant l'autonomie et la qualité de vie des personnes atteintes de démence.

Les troubles du sommeil de Monsieur D, marqués par une inversion des cycles jour-nuit, impactent son niveau d'énergie et augmentent son état de confusion pendant la journée. Ces perturbations favorisent des comportements inadaptés, comme l'errance nocturne ou l'utilisation inappropriée des lieux pour ses besoins physiologiques. Selon Alzheimer Suisse (2021), ces troubles du sommeil sont fréquents dans la maladie d'Alzheimer et nécessitent des ajustements pour limiter les conséquences physiques, telles que la fatigue ou le risque de chute.

Sur le plan socio-affectif, bien qu'il ait été une personne sociable et dynamique dans sa vie passée, Monsieur D manifeste désormais une apathie marquée et un isolement progressif. Son incapacité à initier ou maintenir des interactions sociales, combinée à une réduction de son vocabulaire, contribue à un repli sur lui-même. Comme le souligne Alzheimer Suisse (2024), ces difficultés relationnelles aggravent le sentiment d'isolement et accentuent les frustrations liées à la perte de capacités. L'absence de contact avec sa fille impact également l'état émotionnel et cognitif de Monsieur D. En effet, le soutien familial est essentiel pour réduire l'anxiété et ralentir la progression de la démence. De plus, selon Kohler et Gold (2008), l'admission en institution perturbe les repères des patients, provoquant anxiété et désorientation. Bien que le placement soulage les proches, il ne garantit pas toujours le bien-

être du patient. La famille joue un rôle clé en apportant un soutien affectif et des informations précieuses sur les habitudes du patient, permettant d'adapter les soins et l'environnement pour maintenir ses capacités.

Au niveau comportemental, les troubles d'orientation de Monsieur D entraînent des comportements imprévisibles et parfois inappropriés, comme uriner dans des lieux non adaptés (derrière le canapé du salon ou derrière la porte de sa chambre). Ces manifestations résultent de l'interaction entre sa désorientation spatiale et son incapacité à reconnaître les objets ou à comprendre leur usage. Sa désorientation contribue également à des comportements d'agitation et d'opposition. Selon la Haute Autorité de Santé [HAS] française (2009), ces comportements peuvent être exacerbés par le stress lié à l'environnement et par le manque d'interactions positives, augmentant le risque de dégradation cognitive rapide.

La complexité de la situation est encore amplifiée par l'antécédent de consommation chronique d'alcool de Monsieur D. Cette consommation prolongée et non traitée a entraîné des dommages sur le plan cognitif et physique, ayant pu aggraver les troubles liés à la maladie d'Alzheimer. Elle complique également la gestion des besoins physiologiques et augmente les risques de comportements inappropriés. De plus, l'effet cumulé de l'alcoolisme et de la démence pose des défis supplémentaires pour les soignants, qui doivent adapter leurs interventions pour prendre en compte ces deux dimensions (OMS, 2023).

En conclusion, la complexité de la situation de Monsieur D réside dans l'interconnexion de troubles cognitifs, physiques, affectifs et comportementaux, qui évoluent de manière progressive et rendent son quotidien de plus en plus difficile à gérer, ce qui augmente son inconfort, sa confusion et son agitation. L'absence de relations familiales et son passé de consommation d'alcool viennent encore renforcer cette complexité, imposant une attention particulière pour préserver son autonomie résiduelle et son bien-être global.

1.3. Signification de la situation pour le lieu de stage

La discussion avec l'équipe soignante sur la prise en charge de Monsieur D a mis en évidence plusieurs défis. Les soignants ont souligné la difficulté de préserver l'autonomie des résidents tout en gérant les frustrations et l'agitation liées aux pertes cognitives, en particulier celles touchant la mémoire à court terme. Actuellement, la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) se concentre principalement sur la gestion des symptômes, sans réellement intégrer d'interventions visant à mobiliser les capacités résiduelles, notamment la mémoire procédurale. Cette lacune limite les approches personnalisées et la qualité de vie des résidents.

Plusieurs témoignages ont illustré cette problématique : une infirmière a souligné que les échecs répétés dans les tâches quotidiennes augmentent la frustration des résidents, alors

qu'un soutien adapté pourrait améliorer leur sentiment d'accomplissement. Une AS a mentionné se sentir démunie face à l'agitation des résidents, malgré son recours à des approches non-pharmacologiques limitées par le manque de temps et de formation. Une ASSC a relevé que même en phase avancée, les résidents répondent aux routines et gestes répétitifs, comme le pliage de serviettes, qui éveillent des souvenirs implicites et apaisent leur agitation. Cependant, ces pratiques restent insuffisamment valorisées et intégrées aux soins quotidiens.

Ces échanges ont souligné l'importance de renforcer les connaissances de l'équipe sur la mémoire procédurale et de développer des outils concrets pour intégrer ces approches dans le quotidien des soins. Il est également essentiel d'accentuer l'utilisation des interventions non-pharmacologiques dans la gestion des SCPD.

1.4.Défi personnel

Le choix de traiter la situation de Monsieur D. dans mon travail de diplôme repose sur une démarche personnelle et professionnelle. En tant que stagiaire en unité psycho-gériatrique, j'ai été confronté à la complexité de ses troubles, notamment sa désorientation, ses déficits en mémoire procédurale et ses comportements inadaptés, typiques de la maladie d'Alzheimer. Ces difficultés ont suscité des questionnements sur les interventions possibles pour améliorer son quotidien et ont mis en évidence les limites de ma pratique actuelle.

Dès le début de mon stage, j'ai observé que Monsieur D peine à accomplir des gestes simples, comme utiliser une lavette ou retrouver sa chambre, et ce malgré sa capacité physique et son dynamisme (fluctuant). Sa dépendance croissante et son apathie variable ont éveillé en moi une frustration liée à mon incapacité à l'aider efficacement. Cette situation m'a poussé à réfléchir à des interventions adaptées pour stimuler ses capacités résiduelles, favoriser son autonomie et préserver sa dignité.

Ce travail représente un défi professionnel, nécessitant adaptation, patience et compréhension des troubles cognitifs. Mon objectif est de développer des approches individualisées, notamment via des techniques non-pharmacologiques pour stimuler la mémoire procédurale et limiter les comportements inadaptés.

Sur le plan personnel, cette expérience m'a conduit à remettre en question mes pratiques, soulignant l'importance de l'écoute et de la validation dans la prise en charge des patients atteints de démence. Mon travail de diplôme est une opportunité d'apprentissage qui me permettra d'acquérir des compétences transférables et de me préparer à mon futur rôle d'infirmière, en renforçant ma capacité à analyser des situations complexes et proposer des solutions adaptées.

2.Choix de la thématique et réflexion

2.1.Cadre théorique et description de la situation

Le cadre théorique choisi pour ce travail repose sur la théorie des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson, pierre angulaire des soins infirmiers, qui met l'accent sur l'assistance aux individus pour satisfaire leurs besoins essentiels afin de promouvoir la santé, le rétablissement ou une fin de vie paisible. Henderson définit le rôle de l'infirmière comme celui d'aider la personne, malade ou en bonne santé, à accomplir des activités qu'elle réaliserait sans aide si elle en avait la force, la volonté ou les connaissances nécessaires. Les 14 besoins fondamentaux englobent les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles de l'être humain. Virginia Henderson met également en avant le caractère unique de chaque individu, soulignant l'importance d'adapter les interventions aux capacités résiduelles, aux valeurs et à l'histoire de vie de la personne (Matt, 2024).

L'approche individualisée est essentielle pour répondre aux besoins non satisfaits de Monsieur D, résident en unité psycho-gériatrique depuis décembre 2020 et atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade modéré. Monsieur D présente des troubles cognitifs marqués, notamment des difficultés à reconnaître les soignants dans la journée, traduisant une atteinte de sa mémoire à court terme, tandis que sa mémoire procédurale reste préservée. Bien qu'il soit souvent désorienté, il parvient encore à réaliser des gestes simples avec une guidance adaptée. Son trouble de l'organisation de la pensée est aggravé par des réactions émotionnelles comme la frustration ou l'agitation face à des stimulations mal comprises. Malgré ces défis, il exprime un fort désir d'autonomie, soulignant l'importance d'exploiter ses capacités résiduelles et d'adapter son accompagnement pour préserver ses compétences restantes.

2.2.Description détaillée de la situation avec recueil de données

Monsieur D, âgé de 86 ans, réside dans une chambre individuelle au sein de notre établissement. Veuf à deux reprises, il est père d'une fille avec laquelle il n'a plus de contact. De même, il a un frère et une sœur avec qui il n'entretient plus non plus de relations. Il est d'origine Suisse. Il pèse 73.6 kg et mesure 165 cm [Indice de masse corporelle (IMC) = 27.3 (en surpoids)].

Monsieur D a grandi dans un village où il garde des souvenirs d'enfance heureux, rythmé par la chaleur familiale et le son des cloches de l'église. Fils d'un paysan, il se remémore avec émotion les moments passés aux côtés de son père à l'aider dans les travaux agricoles, notamment la conduite du tracteur et la traite des vaches. Il a toujours conservé un lien fort

avec les animaux, qu'il apprécie encore aujourd'hui. Il partageait son foyer avec son frère et sa sœur, et les sorties familiales en montagne restent gravées dans sa mémoire.

Dans sa vie adulte, il s'est épanoui en tant que propriétaire de camping, un métier qui reflétait son tempérament sociable et dynamique. Il organisait des soirées festives, des grillades et des animations musicales, favorisant le partage et la convivialité entre vacanciers et habitants. Très impliqué dans son activité, il appréciait le contact humain et l'ambiance chaleureuse. Homme sociable et fidèle en amitié, Monsieur D a toujours aimé les loisirs en plein air, comme les promenades avec ses chiens, le ski et les vacances en caravane, qui représentaient pour lui une véritable source de bonheur. Amateur de football, il continue de suivre les matchs à la télévision. Passionné de danse, notamment de rock and roll, il trouvait du plaisir dans la musique et les activités stimulantes.

Sa vie a également été marquée par des épreuves, notamment la perte de son épouse, décédée d'un cancer à l'âge de 48 ans. Il a alors élevé seul leur fille unique, avec qui il a perdu contact. En résidence dans notre établissement, il avait noué une relation affective avec une résidente, décédée en mai 2023. Attaché aux traditions, il exprime parfois sa déception face à leur évolution, notamment concernant le déclin du service militaire. Malgré les épreuves, il a toujours adopté une philosophie de vie tournée vers l'instant présent, cherchant à préserver les valeurs qui lui sont chères.

Antécédents médicaux :

- AIT sur sténose carotidienne avec dilatation sans pose de stent
- AVC – TCC – anosognosie
- COVID 19
- alcoolisme chronique

Difficultés cognitives les plus importantes (signalées dans le dossier) :

Trouble de la mémoire à court terme : ne se souvient pas d'une heure à l'autre ce qu'il a fait ni vu, ni ce qu'il a mangé ;

Trouble de l'orientation dans le temps et dans l'espace : ne sait pas en quelle année nous sommes, ni quel âge il a, avec des difficultés à s'orienter dans l'institution, et trouver le chemin pour accéder à sa chambre ;

Difficulté de la capacité d'initiative : difficulté à commencer une activité même s'il l'apprécie (ex : feuilleter un magazine à portée de main). Lorsqu'on initie l'activité avec lui, il continue avec plaisir ;

Difficulté de la commande d'initiation du geste : difficulté à initier un mouvement alors qu'il en est physiquement capable (ex : s'asseoir, manger, se laver, prendre un verre et le porter à sa bouche). Lorsqu'on le guide pour accomplir le mouvement, il peut continuer seul sans problème ;

Difficulté de la capacité à prévoir, organiser, adapter son comportement : difficulté à se projeter dans l'avenir et s'organiser (ex : je vais sortir donc je prends un manteau).

Traitement médicamenteux actuel :

Nom commercial	Posologie	Classe
CLOPIDOGREL® 75 mg	1 x / j	Antiagrégant plaquettaire
DISTRANEURIN® 192 mg	3 x / j + en réserve	Hypnotique/sédatif
MACROGOL®	1 x / j	Laxatif osmotique
METO ZEROK® 25 mg	0.5 1 x / j	Bêtabloquant cardiosélectif
QUETIAPINE® 25 mg	1 x / j	Neuroleptique atypique
QUETIAPINE® 12.5 mg	2 x / j + en réserve	Neuroleptique atypique
TAMSULOSIN® 0.4 mg	1 x / j	Antagoniste des récepteurs alpha-1 adrénergiques
HALDOL® 5 mg	En réserve	Neuroleptique typique/Butyrophénone

Recueil de données selon les 14 besoins fondamentaux :

Respirer (SATISFAIT) : Monsieur D respire de manière autonome et ne présente pas de pathologies respiratoires connues. Eupnéique. SaO₂ à 96% à air ambiant.

Boire et manger (PARTIELLEMENT SATISFAIT) : Monsieur D doit être stimulé pour manger. Il est souvent incapable d'initier l'action de porter les aliments à sa bouche sans assistance. Il faut régulièrement l'encourager à boire pour éviter le risque de déshydratation.

Éliminer les déchets (NON SATISFAIT) : Monsieur D est incontinent et porte des protections jour et nuit. Il ne reconnaît pas les toilettes et urine fréquemment dans des

endroits inappropriés, comme les couloirs ou les chambres voisines. Ces comportements sont liés à sa désorientation spatiale.

Se mouvoir (PARTIELLEMENT SATISFAIT) : Monsieur D est capable de se lever et de marcher avec assistance, mais il montre des troubles de l'équilibre importants, augmentant le risque de chute. Il refuse l'utilisation de tous moyens auxiliaires et préfère rester assis ou somnoler dans son fauteuil.

Dormir / Se reposer (NON SATISFAIT) : Monsieur D souffre d'une inversion des cycles jour-nuit. Il reste éveillé et agité une grande partie de la nuit, ce qui entraîne une fatigue accrue et une somnolence diurne.

Se vêtir / Se dévêtir (NON SATISFAIT) : Monsieur D est incapable de s'habiller/se déshabiller seul et montre parfois une opposition aux soins. Il nécessite une aide totale pour choisir des vêtements adaptés à la température actuelle et les enfiler correctement.

Maintenir sa température (SATISFAIT) : Monsieur D est capable de réguler sa température corporelle, bien qu'il ait besoin d'être surveillé pour s'assurer qu'il est habillé de manière adaptée aux conditions climatiques.

Être propre / Protéger ses téguments (NON SATISFAIT) : Monsieur D nécessite une aide totale pour ses soins d'hygiène. Il est souvent réticent à la toilette et doit être encouragé et guidé. Il présente également un risque d'atteinte à l'intégrité de la peau relié à sa mobilité physique réduite, se manifestant notamment par des lésions de frottement sur la zone des fessiers et des coudes gauches et droits. Son état cutané est surveillé.

Éviter les dangers (NON SATISFAIT) : Monsieur D se met fréquemment en danger en raison de sa désorientation et de ses troubles de l'équilibre. Il nécessite une surveillance constante pour prévenir les chutes et les comportements à risque.

Communiquer (NON SATISFAIT) : Monsieur D présente des troubles du langage (aphasie) liés à la maladie d'Alzheimer, se manifestant par des difficultés à trouver ses mots, structurer des phrases et comprendre les consignes. Son vocabulaire s'est réduit, limitant sa capacité à exprimer ses besoins et à adapter son discours selon le contexte. Pour faciliter la communication, le personnel soignant adopte un langage simple et clair, formule des phrases courtes et utilise des gestes pour renforcer la compréhension. Une attitude bienveillante et rassurante est privilégiée afin de prévenir la frustration et maintenir une relation de confiance.

Agir selon ses croyances et ses valeurs (PARTIELLEMENT SATISFAIT) : Monsieur D conserve des souvenirs de son enfance et des valeurs liées à son passé rural. Ces souvenirs peuvent être utilisés comme ancrage pour stimuler ses capacités, bien qu'il ne soit plus en mesure de les exprimer spontanément.

S'occuper en vue de se réaliser (NON SATISFAIT) : Monsieur D montre peu d'intérêt pour les activités proposées. Sa démotivation et son apathie rendent difficile sa participation aux ateliers ou aux activités de groupe.

Se recréer (NON SATISFAIT) : Les loisirs et les distractions ne semblent plus susciter d'intérêt chez Monsieur D. Il reste souvent inactif, ce qui accentue son isolement social.

Apprendre (NON SATISFAIT) : Monsieur D ne manifeste plus de curiosité ou de volonté d'apprendre. Sa perte de mémoire rend difficile l'acquisition de nouvelles compétences.

2.3.Interventions infirmières antérieures

Depuis son admission à l'EMS, Monsieur D se montre souvent oppositionnel aux soins prodigués par les soignants en vue de son incapacité à réaliser toutes les activités de la vie quotidienne (AVQ). Le diagnostic infirmier prioritaire dans la prise en charge de Monsieur D est le déficit en soins personnels, se manifestant par une difficulté à réaliser ses soins corporels/soins d'hygiène, relié à l'altération de ses fonctions cognitives. Les interventions infirmières mises en place sont : une communication dans la validation ; une aide totale pour les soins d'hygiène : toilette complète du corps ; coiffer Monsieur et appliquer les lotions corporels (crème hydratante) ; contrôler et couper ses ongles des mains et des pieds ; lui laver les mains après qu'il a été aux toilettes.

Monsieur s'oppose souvent à ces interventions et dit savoir-faire, malgré les difficultés à se souvenir de comment procéder. Il démontre un ensemble de compétences insuffisantes et un comportement oppositionnel dans plusieurs activités de soins personnels, ce qui compromet le maintien du niveau de santé et de bien-être conformes aux normes sociales acceptées. Les interventions infirmières mises en place sont par conséquent inefficaces, à ce jour.

Les diagnostics infirmiers secondaires suivants ont été posés :

- Interactions sociales perturbées, reliées à une thymie fluctuante qui provoque une inaptitude à engendrer une bonne réciprocité dans les échanges. Interventions infirmières mises en place : communication dans la validation et dans le calme afin d'éviter de contrarier Monsieur. La validation nous a, en effet, permis d'éviter des épisodes d'agitation. Monsieur est moins contrarié mais ses interactions sociales restent à ce jour limitées.

- Habitudes de sommeil perturbées, reliées aux troubles cognitifs et à l'inversion du cycle jour/nuit. Interventions infirmières mises en place : donner des informations temporelles, telles que des explications sur l'organisation de la journée ; mise en place de rituels (ex. l'accompagner en chambre après le souper pour le mettre en pyjama). Ces interventions ne sont toutefois pas suffisantes pour améliorer la qualité de sommeil de Monsieur D.

D'autres éléments de prise en charge existent pour ce résident :

- Hétéro-évaluation de la douleur à travers l'échelle Algoplus, réalisée 1 fois chaque 2 jours, suivi de l'administration de paracétamol si le score est supérieur ou égal à 2 ;
- Evaluation du risque de malnutrition à travers l'outil MNA (Mini Nutritional Assessment) ;
- Administration de traitement médicamenteux en réserve, sous ordre médical, en cas d'agitation et/ou agressivité : en 1^{ère} intention Distraneurin (hypnotique) et en 2^{ème} intention Haldol (neuroleptique), généralement avec un bon effet.

Les observations des différents domaines de vie sont faites tous les jours, par le personnel soignant, à l'aide de l'outil informatique BESA.

2.4. Facteurs de risques et favorisants

Le **vieillessement**, principal facteur de risque de la démence, entraîne des modifications cérébrales qui augmentent la vulnérabilité aux troubles neurodégénératifs (Bourin, 2022). À 86 ans, Monsieur D appartient à la tranche d'âge où la maladie d'Alzheimer est prévalente. Bien qu'il conserve des capacités en mémoire procédurale, leur déclin est accéléré par la réduction des mécanismes compensatoires du cerveau. Sans stimulation régulière, des gestes simples comme se brosser les dents ou utiliser une lavette risquent de se détériorer rapidement, aggravant sa dépendance.

La **consommation excessive et chronique d'alcool** est un facteur de risque reconnu pour les troubles neurocognitifs, y compris la démence. Son impact sur le cerveau repose sur des mécanismes biologiques complexes, qui altèrent les fonctions cognitives, accélèrent le déclin cérébral et aggravent des pathologies neurodégénératives préexistantes (O'Malley & O'Malley, 2023). L'antécédent de consommation chronique d'alcool de Monsieur D a pu entraîner des modifications de son comportement et de sa personnalité, favorisant l'irritabilité et l'impulsivité. Cela peut exacerber ses épisodes d'agitation et de frustration, notamment lorsqu'il rencontre des difficultés à réaliser une tâche.

Selon Flores-Cordero et al. (2022), le **surpoids** et l'obésité aggravent la maladie d'Alzheimer en favorisant l'atrophie de l'hippocampe et du cortex préfrontal, essentiels à la mémoire et aux fonctions exécutives. En effet, l'accumulation de graisses altère les connexions cérébrales et libère des substances pro-inflammatoires qui traversent la barrière hémato-encéphalique, accélérant ainsi la destruction neuronale et le déclin cognitif. Avec un IMC à 27,3, Monsieur D. est en surpoids, ce qui pourrait fragiliser ses capacités résiduelles, notamment sa mémoire et son attention, impactant son autonomie et contribuant à la progression de la maladie.

Selon France Alzheimer (2020), les **troubles du sommeil** aggravent la maladie d'Alzheimer en favorisant le stress oxydatif et l'inflammation cérébrale, entraînant des lésions neuronales qui altèrent la mémoire et les fonctions exécutives. Une seule nuit insuffisante augmente l'accumulation de protéines amyloïdes, accélérant la progression de la maladie. Ces troubles amplifient les déficits cognitifs, la dépendance, et provoquent agitation nocturne, confusion et fluctuations de l'humeur. Comme Monsieur D présente déjà ces manifestations, une prise en charge adaptée de son sommeil permettrait de limiter ces impacts et préserver sa qualité de vie.

La « disponibilité » du personnel soignant : En stage en psychogériatrie, j'ai souvent entendu des remarques telles que « Je n'ai pas le temps » ou « C'est bientôt l'heure des repas », illustrant la pression du rythme strict des soins. Pris par ces contraintes, les soignants privilégient l'efficacité au détriment de l'implication des résidents, réduisant ainsi les soins relationnels et la stimulation cognitive. Ce manque de disponibilité affecte particulièrement les résidents atteints de démence en aggravant leur dépendance, comme pour Monsieur D., qui aurait besoin d'interventions adaptées pour mobiliser sa mémoire procédurale et maintenir son autonomie.

3. Réflexion professionnelle

3.1. Public cible

Selon l'Office fédéral de la santé publique ([OFSP], 2025), environ 153 000 personnes en Suisse souffrent de démence, et chaque année, près de 32 900 nouveaux cas sont recensés. Parmi les différentes formes de démence, la maladie d'Alzheimer est la plus répandue, représentant environ 60 % des diagnostics. Cette maladie résulte de processus dégénératifs au niveau cérébral, dont les causes exactes ne sont pas encore totalement élucidées. La démence touche principalement les personnes âgées. L'OMS (2023) précise en effet que cette pathologie est le plus fréquemment identifiée chez les personnes âgées de 65 ans et plus. La majorité des individus touchés vivent à domicile, mais au fur et à mesure que la maladie progresse, les besoins en soins augmentent, imposant une charge importante à l'entourage. Lorsque ces besoins deviennent trop importants, un placement en établissement spécialisé ou une hospitalisation de longue durée devient souvent indispensable. Ma réflexion s'étend donc à tous les résidents de plus de 65 ans en unité psycho-gériatrique confrontés à des troubles de la mémoire procédurale. Mon travail de diplôme vise à explorer des stratégies pour améliorer leur qualité de vie, en tenant compte des symptômes spécifiques nécessitant une approche globale et holistique.

3.2. Réflexion professionnelle

La démence est un terme générique caractérisé par une altération progressive des fonctions cognitives, qui interfère avec les activités quotidiennes et l'autonomie de la personne (Becker, 2020). Comme mentionné précédemment, elle touche principalement les personnes âgées, bien que des cas précoces puissent également survenir. Ce déclin cognitif résulte de troubles organiques affectant le cerveau, et il est souvent associé à des modifications comportementales et émotionnelles. Les symptômes de la démence peuvent inclure : une perte de mémoire, notamment des souvenirs récents ; des difficultés à planifier, à raisonner ou à résoudre des problèmes ; des troubles du langage, tels que des difficultés à trouver les mots appropriés ; une désinhibition ou des comportements inappropriés ; une perte de reconnaissance des objets ou des visages familiers. La démence peut avoir plusieurs étiologies, les principales étant les maladies neurodégénératives, telle que la maladie d'Alzheimer, les troubles vasculaires cérébraux, les infections, ou encore des carences métaboliques.

La maladie d'Alzheimer est une pathologie chronique qui évolue progressivement. Selon Becker (2020), elle est caractérisée par une accumulation anormale de protéines dans le cerveau, notamment les plaques amyloïdes et les dépôts de protéine Tau. Ces anomalies conduisent à une dégénérescence des neurones et des connexions synaptiques, principalement dans l'hippocampe et le cortex.

Les premiers signes de la maladie d'Alzheimer sont souvent subtils et peuvent inclure :

- Des pertes de mémoire répétées (par exemple, oublier des événements récents) ;
- Des difficultés à effectuer des tâches complexes ou à organiser son quotidien ;
- Une confusion dans le temps et l'espace (par exemple, se perdre dans des lieux familiers) ;
- Des changements de personnalité, comme de l'irritabilité, de l'anxiété, de l'apathie ou de la dépression.

Avec l'évolution de la maladie, les symptômes s'aggravent, la perte d'autonomie devient significative et entraîne une dépendance accrue pour les AVQ.

Becker (2020) précise que la progression de la maladie varie considérablement d'une personne à l'autre et se divise généralement en trois stades distincts : léger ou initial, modéré et avancé.

Il est très important de connaître les différents stades pour pouvoir y situer la personne atteinte, repérer ses difficultés et adapter de façon ciblée les interventions à ses besoins.

Stade léger ou initial : Les premiers signes de la maladie d'Alzheimer sont subtils et concernent principalement la mémoire à court terme. Les patients oublient des événements récents, ont du mal à maintenir leur attention et peuvent éprouver des difficultés à retrouver certains mots ou à nommer des objets. Leur orientation dans des environnements inconnus devient également plus incertaine. Cette phase, qui peut durer plusieurs années, entraîne une perte d'autonomie progressive impactant la vie quotidienne et parfois professionnelle. Conscient de ses difficultés, l'individu compare ses capacités actuelles à celles du passé, générant peur, insécurité et honte. Il tente alors, souvent inconsciemment, de dissimuler ses troubles.

Stade modéré : À ce stade, les troubles cognitifs et comportementaux s'aggravent, nécessitant un accompagnement plus structuré. La mémoire des événements marquants s'efface progressivement, entraînant une désorientation même dans des lieux familiers. La compréhension du langage devient altérée, rendant les conversations difficiles à suivre. Les patients, comme Monsieur D, peuvent revivre des souvenirs anciens comme s'ils se déroulaient dans le présent, fragmentant leur perception de la réalité. Les réactions comportementales varient : certains deviennent irritables ou agités, tandis que d'autres adoptent une attitude plus calme. De simples éléments, comme une chanson ou une anecdote, peuvent raviver des souvenirs et des émotions. À ce stade, la personne peine à exprimer ses besoins et dépend des autres pour interpréter son comportement. Bien qu'ayant besoin d'assistance, elle peut manifester une opposition, cherchant à préserver son autonomie. Face à des situations incomprises, elle peut rejeter l'aide, notamment lors des soins d'hygiène, ce qui est fréquemment observé chez Monsieur D.

Stade avancé : Ici, les capacités cognitives et motrices sont sévèrement altérées. La mémoire à long terme est gravement atteinte, plongeant les patients dans un monde intérieur peu accessible à leur entourage. La communication verbale devient limitée, et des troubles physiques apparaissent, incluant des difficultés à marcher, une perte de coordination et une dépendance totale pour les gestes du quotidien. Les soins deviennent indispensables en continu, nécessitant souvent un placement en institution spécialisée. Cependant, malgré ces limitations, il est encore possible de maintenir un lien affectif grâce à des stimulations sensorielles comme la musique, les odeurs ou le toucher, qui procurent un apaisement.

Cette évolution souligne l'importance d'une prise en charge globale et personnalisée, centrée sur les besoins spécifiques du patient et le soutien de son entourage, afin de préserver au mieux sa qualité de vie et sa dignité. A ce stade de mes recherches, j'ai donc voulu approfondir une partie importante et significative du stade modéré de la maladie d'Alzheimer,

reflet la situation de Monsieur D et des difficultés vécues dans l'unité de psychogériatrie. En effet, Monsieur D exprime le souhait d'accomplir certains gestes de manière autonome, comme il avait l'habitude de le faire dans sa vie passée. Cela met en évidence l'importance de valoriser ses capacités résiduelles, telles que ses souvenirs encore préservés ou sa faculté à pouvoir faire certains gestes lorsqu'il est accompagné et guidé. Ce qui est interpellant pour moi c'est l'écart entre le « savoir-faire » (p.ex. comment utiliser une brosse à dents ou une lavette) et le « pouvoir faire », générant de la frustration chez la personne malade, qui peine elle aussi à comprendre sa difficulté.

Mes questions sont les suivantes : « *Comment le personnel infirmier peut-il évaluer le niveau d'autonomie dans l'accomplissement des gestes liés aux besoins primaires afin d'adapter sa prise en charge ?* » ; « *Au stade modéré de la maladie d'Alzheimer, le patient conserve-t-il encore des capacités mémorielles suffisantes pour réaliser des gestes simples de la vie quotidienne ?* » ; « *À quel type de mémoire ces capacités sont-elles reliées ?* ».

Pour répondre à ma première question, j'ai recherché les échelles utilisées en soins infirmiers pour évaluer l'autonomie des patients dans les AVQ. Les plus courantes sont :

L'Index de Lawton évalue l'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : utilisation du téléphone, gestion des courses, préparation des repas, ménage, lessive, transport, prise de médicaments, gestion de l'argent (plus utilisé pour les patients vivant à domicile).

L'Échelle de Barthel évalue l'indépendance dans 10 activités : alimentation, toilette, habillage, transferts, déplacements, continence urinaire et fécale, usage des WC, bain/douche, montée/descente des escaliers.

La grille AGGIR est utilisée en France pour déterminer le niveau de dépendance des personnes âgées en institution. Elle classe les patients en six groupes GIR, de GIR 1 (dépendance totale) à GIR 6 (autonomie).

La Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF ou FIM - Functional Independence Measure) est une échelle plus détaillée, utilisée en réadaptation fonctionnelle. Elle évalue 18 items regroupés en 6 domaines : soins personnels, contrôle des sphincters, mobilité/transferts, locomotion, communication et cognition sociale.

L'Index de Katz (Annexe II) évalue l'autonomie dans six activités essentielles : se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, continence, alimentation et donne un score de dépendance totale, partielle ou indépendance.

Selon Benaïm et al. (2005), l'évaluation de l'autonomie est essentielle dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en psychogériatrie. L'échelle de Katz permet d'analyser la

dépendance du patient dans six activités quotidiennes fondamentales. Son utilisation peut donc aider l'équipe soignante à identifier les besoins en rééducation, à adapter le plan de soins et à coordonner le suivi avec d'autres professionnels. Elle favorise aussi la prise de conscience du patient, renforçant son engagement dans les objectifs thérapeutiques. Cette échelle, réadaptée aux besoins de Monsieur D, c'est-à-dire ciblée pour certains soins d'hygiène, me semble plus pertinente que les autres, notamment parce qu'il est possible de l'utiliser en EMS et qu'elle permet de suivre simplement l'évolution de la dépendance des résidents atteints de démence. Elle faciliterait donc l'adaptation des soins et la mise en place d'interventions favorisant le maintien de l'autonomie.

Afin de répondre à ma deuxième question et pour mieux comprendre les capacités mémorielles, il est important de différencier les types de mémoire (Bourin, 2022) :

La mémoire sensorielle est la première étape du traitement de l'information. Elle stocke essentiellement les données captées par les sens (vue, ouïe, toucher, goût et odorat) pour une durée très limitée (quelques millisecondes à quelques secondes). Son rôle est de transmettre ces informations à la mémoire à court terme si elles sont jugées pertinentes. Par exemple, le clignement d'une lumière ou le son d'une alarme est immédiatement perçu grâce à cette mémoire. Dans les soins, elle est essentielle pour comprendre comment un patient interprète son environnement immédiat, en particulier chez les personnes ayant des troubles cognitifs ou sensoriels.

La mémoire à court terme, également appelée mémoire de travail, est responsable de retenir temporairement une quantité limitée d'informations pendant une période brève, généralement de quelques secondes à une minute. Elle permet de réaliser des tâches cognitives simples, comme retenir un numéro de téléphone ou suivre une conversation. Dans les pathologies neurodégénératives comme la démence de type Alzheimer, cette mémoire est rapidement altérée, compliquant la gestion des activités du quotidien. Les soignants doivent donc adapter leurs consignes en utilisant des instructions simples et répétées.

La mémoire à long terme conserve des informations sur des périodes prolongées, allant de jours à des décennies. Elle se divise en deux sous-catégories principales : (1) *la mémoire déclarative* qui inclut les souvenirs conscients, tels que des faits (mémoire sémantique) ou des expériences personnelles (mémoire épisodique) ; (2) *la mémoire procédurale* qui fait partie de la mémoire implicite (non consciente). Elle est liée aux apprentissages moteurs et aux automatismes, comme marcher, écrire ou faire du vélo. Ce type de mémoire repose principalement sur les circuits cérébraux sous-corticaux (notamment les noyaux gris centraux et le cervelet), ce qui explique pourquoi elle est souvent préservée même dans des pathologies comme la maladie d'Alzheimer. Elle permet d'exécuter des tâches de manière automatique, sans effort consciencieux. Dans les stades précoces à modérés de la démence,

elle reste relativement intacte, car elle dépend de structures cérébrales différentes de celles affectées par les troubles cognitifs.

La mémoire procédurale constitue une réponse clé à ma question. Selon Lechavallier et Habas (2021), elle permet la conservation des compétences motrices, perceptives et cognitives acquises par l'apprentissage et repose sur des structures cérébrales spécifiques comme le striatum et le cervelet. Contrairement aux maladies de Parkinson ou de Huntington, qui peuvent l'altérer, elle reste généralement préservée dans la maladie d'Alzheimer. Roumanoff et Roumanoff (2011) mettent en avant le rôle clé des neurones miroirs dans l'apprentissage, même chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces neurones permettent d'imiter et de reproduire des gestes grâce à l'observation et à la répétition, expliquant pourquoi certaines compétences, comme faire du vélo, restent intactes. La mémoire procédurale, souvent préservée, constitue ainsi une ressource précieuse à exploiter dans les soins. Ces auteurs insistent aussi sur l'importance de la relation soignant-soigné et de l'environnement. En effet, une attitude bienveillante et des attentes positives renforcent l'apprentissage et l'autonomie du patient, tout comme un cadre apaisant et structuré peut favoriser son bien-être et le maintien de ses capacités résiduelles. En intégrant des activités adaptées et valorisantes, il est donc possible d'optimiser son autonomie et sa qualité de vie. En résumé, la répétition systématique des gestes s'avère être importante pour préserver la mémoire procédurale. Ainsi, Monsieur D pourra accomplir certains gestes de la vie quotidienne par lui-même en limitant l'anxiété et l'agitation liée à « l'intrusion » qu'il perçoit lors des soins faits par les soignants. De plus, l'interaction entre la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, le soignant et l'environnement semble également jouer un rôle dans le maintien des capacités fonctionnelles. Selon France Alzheimer (2015), la stimulation des capacités résiduelles des personnes atteintes de troubles neurocognitifs apporte de nombreux bénéfices. En encourageant leur autonomie et en valorisant les gestes qu'elles peuvent encore accomplir, on améliore leur qualité de vie, renforce leur estime de soi et réduit leur anxiété. Le sentiment d'inutilité, fréquent chez ces patients, peut être atténué en leur permettant d'accomplir certaines tâches quotidiennes, favorisant ainsi leur bien-être. Il est donc essentiel d'adopter une approche qui soutient leur engagement actif, en évitant de réaliser les tâches à leur place. Pour cela, Alzheimer Suisse (2022) nous parle de différentes thérapies non médicamenteuses et de différentes approches qui visent au bien-être de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer et au maintien de son autonomie. Ces interventions incluent divers domaines spécialisés tels que l'ergothérapie, la logopédie, la physiothérapie et la neuropsychologie. Chacune de ces disciplines vise à maintenir et optimiser les capacités fonctionnelles, cognitives et communicationnelles des patients. L'art-thérapie constitue une approche bénéfique favorisant l'expression de soi et la conscience de

son corps, tout en contribuant à la diminution de l'anxiété et à la stimulation des fonctions cognitives. La musicothérapie, quant à elle, joue un rôle clé dans la modulation de l'humeur et du bien-être émotionnel en sollicitant les souvenirs et les émotions à travers la musique. Enfin, la méthode Montessori, propose une approche pédagogique centrée sur l'engagement et l'autonomie du patient, en offrant des activités qui respectent les capacités préservées de la personne.

Cette méthode semble être la plus adaptée à ma recherche sur l'autonomie des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, en exploitant au mieux leurs capacités résiduelles. Initialement développée pour l'éducation des enfants, elle a été adaptée aux soins gériatriques, et notamment en psychogériatrie, en mettant l'accent sur l'autonomie et le respect des compétences encore présentes. Cette approche repose sur plusieurs principes : un environnement structuré et apaisant, une stimulation sensorielle et cognitive adaptée, et la valorisation de la mémoire procédurale (France Alzheimer & maladies apparentées, 2015). Dans le contexte des soins, elle peut être appliquée aux gestes du quotidien, comme les soins du corps. Monsieur D, souvent oppositionnel lors de ces soins, refuse que l'on fasse à sa place, car il conserve le souvenir du savoir-faire, mais ne sait plus comment procéder lorsqu'il reçoit le matériel, ce qui génère anxiété et agitation. Les soignants, en tant qu'accompagnants et facilitateurs, devraient favoriser un cadre propice à l'apprentissage, en encourager une participation progressive aux tâches quotidiennes. Plutôt que de se focaliser sur les déficits, l'approche Montessori permet ainsi de maintenir les capacités fonctionnelles et d'améliorer la qualité de vie des patients en renforçant leur sentiment d'utilité et d'autonomie. En considérant la situation choisie et le contexte, je vais donc porter mon attention sur des activités s'inspirant de la méthode Montessori, pour maintenir et mobiliser les ressources résiduelles de la mémoire procédurale d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, au stade modéré.

Le psychologue américain Cameron Camp a réadapté l'approche Montessori aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs, l'objectif étant de renforcer la confiance et l'autonomie des patients en valorisant leurs capacités préservées et leurs motivations, afin qu'ils restent acteurs de leur quotidien (France Alzheimer & maladies apparentées, 2015). Les activités proposées peuvent couvrir divers domaines tels que la cuisine, les soins personnels, le jardinage, le bricolage, la lecture, l'écriture, les activités sportives et artistiques, ainsi que le partage intergénérationnel. Elles sont détaillées sur des fiches précisant le matériel nécessaire, les compétences requises et les étapes à suivre, avec des conseils pour les adapter aux capacités de chaque individu. L'accent est mis sur la décomposition des tâches en étapes simples et visuelles, facilitant la compréhension et limitant la frustration liée aux déficits cognitifs. Le professionnel de santé joue un rôle clé en démontrant progressivement les gestes et en encourageant leur reproduction, étape par étape. L'utilisation de supports

visuels, comme des cartes illustrées, est particulièrement efficace grâce aux neurones miroirs, qui aident à intégrer les gestes. Un accompagnement physique doux peut être nécessaire au début pour guider les mouvements, avant d'encourager une exécution plus autonome grâce à la répétition. Pour une élaboration optimale des supports visuels, certaines règles sont à respecter : l'utilisation de polices lisibles (Arial ou Helvetica) ; la mise en gras des éléments importants, en évitant l'italique ; une taille de police 40 pour une lecture à distance normale ; des images claires et simples ; un format minimum A5 pour des supports sous forme de cartes (AG&D, 2022).

Selon Zanetti et al. (2010), l'apprentissage procédural reste fonctionnel chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, bien que leurs performances puissent être réduites. Il se divise en trois phases : déclarative (dépendant des processus cognitifs), associative et autonome (reposant sur des automatismes). Parmi les trois types d'apprentissage procédural le premier est le mieux préservé, surtout lorsqu'il est pratiqué dans un cadre favorisant un apprentissage implicite ou sans erreur. Bien que la maladie réduise l'autonomie des patients, des études montrent que le réapprentissage est possible grâce à des séances répétées à intervalles rapprochés. Cela améliore leur autonomie et limite les troubles du comportement liés à la perte de repères et à la frustration. Les recherches indiquent que la mémoire procédurale peut être efficacement mobilisée par des stratégies adaptées, notamment l'apprentissage par l'observation d'images ou de vidéos, qui s'avère plus efficace que les instructions verbales. En réduisant la charge cognitive, la guidance visuelle facilite l'assimilation des gestes et renforce les automatismes moteurs, offrant une approche prometteuse pour préserver l'autonomie des patients.

Je réalise que Monsieur D pourrait bénéficier d'un support visuel, tel qu'un pictogramme, sous la guidance du soignant, au moment des soins personnels : à chaque fois qu'il se brosse les dents, un jour sur deux pour raser sa barbe et à chaque fois qu'il doit se laver le visage. Monsieur D sera encouragé par le soignant qui avec calme et douceur le guidera à travers les pictogrammes illustrant les étapes pour accomplir ces soins spécifiques. Le soignant, quant à lui, disposera d'une fiche d'instructions contenant le détail des compétences requises pour appliquer cette méthode et ce dont il aura besoin pour organiser le soin (matériel). Avec le temps, Monsieur D retrouvera l'automatisme de ce geste.

3.3.Question ou phrase affirmative de départ

Les pictogrammes et une guidance adaptée peuvent-ils préserver et stimuler la mémoire procédurale d'un patient atteint de démence Alzheimer au stade modéré en milieu psychogériatrique ?

4.Projet

Mon projet a pour objectif de préserver l'autonomie des patients en mobilisant leurs capacités résiduelles à l'aide d'un support visuel sous forme de pictogramme. Ceux-ci présentent, de manière séquentielle et simplifiée, les gestes essentiels des soins du visage, tels que le lavage du visage, le brossage des dents et le rasage de la barbe. La première carte est une fiche d'instruction pour appliquer cette méthode et réservée au soignant. L'innovation repose sur l'utilisation de ce support structuré, qui sollicite la mémoire procédurale et favorise l'apprentissage par la répétition, constituant ainsi une alternative efficace aux seules consignes verbales. L'évaluation des résultats de mon projet sera réalisée à l'aide d'une version adaptée de l'index de Katz (Annexe III).

4.1.Prémices du projet

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Approbation de la part de l'ICUS - Approche innovante et basée sur des preuves scientifiques - Réponse spécifique à la problématique - Adaptabilité du projet aux besoins individuels des résidents - Utilisation d'approches reconnues comme la méthode Montessori - Simplicité de la forme - Budget peu onéreux 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible notoriété dans le service - Temps limité pour observer les résultats significatifs pendant la période du stage - Temps à disposition limité de la part du personnel soignant - Engagement variable des patients en fonction de leur stade de la maladie et de leur état émotionnel

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience croissante de l'importance de la stimulation cognitive dans la prise en charge de la démence - Transposition du projet dans d'autres domaines et services - Collaboration avec des spécialistes (ergothérapeutes) pour affiner l'approche et mesurer les résultats - Possibilité d'élargir l'intervention aux familles pour prolonger les bénéfices en dehors de l'institution 	<ul style="list-style-type: none"> - Charge de travail élevée des soignants qui peuvent limiter l'application régulière du projet - Évolution rapide de la maladie d'Alzheimer, rendant difficile la stabilisation des résultats. - Patients présentant une démence plus avancée, limitant l'efficacité de l'approche - Résistance au changement chez certains membres de l'équipe

4.2.Préparation

Documentation :

- La méthode Montessori : stimulation cognitive, valorisation des gestes automatiques et la mémoire procédurale (**pictogrammes et fiches explicatives pour guider les soignants**)
- Evaluation de l'autonomie sur la base de **l'index de Katz réadapté**

Ressources :

- ICUS et praticienne formatrice (PF) du service
- Enseignant référent du projet
- Infirmière responsable du service
- Infirmière en psychiatrie
- Artiste/Dessinateur corporel
- Livres : Alzheimer et autres formes de démence ; Vieillessement cérébral ; Alzheimer autrement : La méthode Montessori au service des personnes âgées
- Sites : Alzheimer Suisse : thérapies-non-médicamenteuses ; exemple de pictogramme pour la démence type Alzheimer (Etsy pictogramme pour la démence/hygiène Alzheimer ; Pinterest pictogramme gratuit)
- Utilisation supplémentaire de l'imprimante au sein de l'établissement pour minimiser les coûts
- Budget/Coûts : plastification des cartes CHF 30.- ; anneaux de reliage CHF 5.-

Esquisse : mon projet vise à préserver l'autonomie des patients en mobilisant leurs capacités résiduelles grâce à un support visuel sous forme de pictogrammes. Ceux-ci illustrent, de manière séquentielle et simplifiée, les gestes essentiels des soins du visage (lavage, brossage des dents, rasage). Le support est un outil plastifié au format A5, conçu avec des pictogrammes en noir et blanc, simples et contrastés, facilitant la reconnaissance des étapes pour les patients atteints de troubles cognitifs. Il comprend :

- Une fiche explicative pour le personnel soignant ;
- Des pictogrammes séquentiels illustrant chaque geste étape par étape ;
- Un regroupement thématique des soins spécifiques.

L'efficacité du projet sera évaluée sur 15 jours à l'aide de l'index de Katz réadapté.

Sous-Objectifs :

- D'ici le 23 décembre 2024, j'aurai pris rendez-vous avec la PF/ICUS de l'établissement et la responsable du service pour échanger sur la thématique choisie.
- D'ici le 6 janvier 2025, la PF, ainsi que mon enseignant référent approuveront ma thématique.
- D'ici le 3 février 2025, toutes les recherches scientifiques sur ma thématique seront terminées afin de mettre en place le projet.
- D'ici le 5 février, j'aurais validé mon projet auprès de l'ICUS et mon enseignant référent.
- D'ici le 21 février 2025, j'aurai réalisé la fiche explicative et les pictogrammes.
- D'ici le 24 février 2025, j'aurai organisé un colloque explicatif avec l'équipe soignante afin de former les soignants à la réalisation et à l'évaluation de mon projet.
- D'ici le 25 février 2025, j'aurai mis en place mon projet avec le patient sujet de mon travail de diplôme.
- D'ici le 5 mars 2025, l'équipe soignante aura mis en place mon projet sur les résidents préalablement choisi par mes soins.
- D'ici le 10 mars 2025, l'équipe soignante fera un retour sur l'application de mon projet sur les résidents choisi par mes soins et rendra les questionnaires de satisfaction.
- D'ici le 15 mars 2025, j'aurai évalué mon projet et relevé les résultats satisfaisants et non satisfaisants grâce à mes évaluations résultant de l'index de Katz et aux retours de l'équipe soignante.

4.3. Planification

Etapes :

- Soumettre une esquisse de mon projet à ma PF/ICUS et à mon enseignant référent ;
- Réaliser les pictogrammes, la fiche explicative pour le personnel soignant, la réadaptation de l'index de Katz et le questionnaire de satisfaction pour les soignants ;
- Colloque explicatif et formatif avec l'équipe soignante ;
- Sélectionner trois autres patients pour l'application du projet ;
- Appliquer mon projet sur mon patient sujet et les trois autres patients ;
- Retour de l'équipe soignante sur mon projet selon les résultats de l'index de Katz et du questionnaire de satisfaction ;
- Evaluer le projet selon les résultats de l'index de Katz et du questionnaire de satisfaction.

Ressources :

Humaines : l'ICUS et l'enseignant référent qui valideront et orienteront mon projet ; l'infirmière Responsable qui me prodiguera des conseils sur l'application du projet et me fournira un retour critique ; le directeur de l'établissement qui soutiendra mon projet ; l'équipe soignante qui appliquera mon projet sur les patients sélectionnés et qui ensuite, apportera un retour sur l'efficacité du projet ; les professionnelles externes : un coach spécialisé dans l'accompagnement et rééducation physique qui me guidera dans la pratique de mon projet et un artiste et créateur de l'art corporel qui m'aidera pour la réalisation des pictogrammes.

Matérielles : livres et sites internet basés sur des études probants, logiciel informatique pour la réalisation de l'échelle d'évaluation de l'autonomie (index de Katz), logiciel informatique pour la réalisation des pictogrammes, papier, imprimante, plastifieuse, accessoire en spirale pour réunir les cartes.

Financières : plastification des cartes CHF 30.- ; anneaux de reliage CHF 5.-

Echéancier :

- Du 9 décembre au 23 décembre 2024 : intégration dans l'équipe, qui me permettra d'avoir une vision sur le système et le fonctionnement du service.
- Du 23 décembre au 3 janvier 2025 : repérer une problématique, un thème qui pourrait susciter mon questionnement et être pertinent pour l'équipe soignante.
- Du 3 janvier au 6 janvier 2025 : clarifier le thème choisi avec l'ICUS et demander l'avis à mon enseignant référent.
- Du 6 janvier au 3 février 2025 : recherches sur la thématique (pathologie, symptômes, incidence, ...).

- Du 3 février au 21 février 2025 : obtenir le soutien de l'ICUS, de mon enseignant référent et réaliser la fiche explicative pour le soignant, les pictogrammes et le questionnaire de satisfaction. Réadapter l'index de Katz.
- Du 21 février au 9 mars 2025 : organiser un colloque explicatif et formatif auprès de l'équipe soignante. Mise en place du projet sur le patient sujet ainsi que sur trois autres patients. Évaluation de l'autonomie avec l'index de Katz.
- Du 9 au 15 mars 2025 : retour de l'équipe soignante concernant l'application de mon projet et le questionnaire de satisfaction. Evaluation du résultat de mon projet et finalisation du Travail de diplôme.
- 16 mars 2025 : Dépôt de mon Travail de diplôme.

4.4.Réalisation

Pour garantir une **transmission efficace de la mise en œuvre de mon projet** dans la pratique quotidienne, j'ai organisé un colloque avec une réunion d'introduction. Deux groupes ont ainsi été formés : (1) infirmières, ICUS et infirmière responsable ; (2) ASSC et AS). Le but était de sensibiliser l'ensemble des soignants à l'importance de la mémoire procédurale dans le maintien de l'autonomie des résidents atteints de démence ; d'expliquer l'utilisation des pictogrammes et leur intégration dans les soins d'hygiène ; d'anticiper les difficultés et de mettre en avant les bénéfices du projet (réduction de l'agitation, amélioration de l'organisation des soins) ; d'introduire l'index de Katz réadaptée pour mesurer l'impact de l'utilisation des pictogrammes sur l'autonomie des résidents. S'en est suivi une démonstration et mise en pratique : un exercice immersif a permis aux soignants de tester les pictogrammes en situation réelle, en manipulant les supports et en évaluant leur lisibilité. L'accent a été mis sur l'accompagnement gestuel et l'adaptation aux réactions des résidents. Cette démarche a favorisé une meilleure appropriation du projet par l'équipe soignante, optimisant son application dans la prise en charge quotidienne.

Pour le suivi de l'évolution de la démarche de mon projet, j'ai prévu :

- Un feedback infirmier basé aussi sur les observations de l'équipe soignante, une semaine sur deux selon le temps à disposition. Elle s'appuiera sur les évaluations de l'index de Katz réadapté pour justifier et démontrer cette évolution.
- La distribution du questionnaire de satisfaction pour l'équipe soignante.

4.5.Evaluation du projet

Réponse à la réflexion professionnelle : Le projet a démontré que la mémoire procédurale peut être mobilisée pour préserver l'autonomie des résidents atteints d'Alzheimer. Monsieur

D a montré une amélioration dans l'exécution des gestes d'hygiène (brossage des dents, lavage du visage) grâce aux pictogrammes, confirmant l'impact positif de cette approche. En plus de réduire l'agitation et les refus des soins, l'implication des résidents a été renforcée. Cependant, l'efficacité varie selon le stade de la maladie et l'état émotionnel. Par exemple, la fatigue de Monsieur D augmentait son opposition. Enfin, la disponibilité et l'adhésion des soignants sont des facteurs déterminants pour assurer la continuité et l'efficacité du projet.

Freins et réussites du projet :

Les réussites comprennent une meilleure implication des résidents dans leurs soins d'hygiène ; une diminution des comportements d'agitation lorsque les gestes étaient répétés régulièrement ; ainsi que la sensibilisation d'une partie de l'équipe à l'importance de la stimulation cognitive dans la prise en charge de la démence.

Les freins : une résistance initiale de certains soignants (ASSC et AS) peu familiers avec la stimulation de la mémoire procédurale ; un manque de temps pour appliquer individuellement la méthode en raison des contraintes organisationnelles ; et des résultats variables selon l'état cognitif et émotionnel des résidents au moment de l'intervention.

Durabilité du projet : L'utilisation régulière des pictogrammes est essentielle pour stimuler la mémoire procédurale et maintenir l'autonomie des résidents. Le projet s'intègre facilement aux soins quotidiens sans nécessiter de matériel coûteux. Pour assurer sa pérennité, il est important de sensibiliser l'équipe soignante et d'intégrer les principes Montessori pour une approche plus adaptée aux capacités des résidents. Un suivi du projet sera assuré jusqu'à la fin du stage.

Apports pour la pratique professionnelle : Ce projet démontre que stimuler la mémoire procédurale aide à préserver l'autonomie et à réduire l'agitation liée aux pertes cognitives. Il encourage les soignants à adapter leurs interventions en valorisant les capacités préservées des patients, plutôt que de faire à leur place. De plus, il souligne l'importance de l'observation clinique, enrichissant ainsi la pratique infirmière.

Implication personnelle et de l'équipe : Mon investissement personnel a été un facteur clé de réussite. J'ai dû assurer la régularité des interventions, observer attentivement les réactions des résidents et adapter les soins en conséquence. L'équipe soignante a progressivement adhéré au projet, bien que certaines résistances initiales aient été notées, notamment chez les ASSC et les AS, qui estimaient manquer de temps pour appliquer la

méthode. En revanche, les infirmières ont mieux intégré la pratique, démontrant que le temps n'était pas un obstacle majeur lorsqu'une approche adaptée était mise en place.

Propositions d'optimisation du projet :

- Sensibiliser l'équipe à l'importance de la mémoire procédurale et aux techniques de stimulation adaptées aux patients atteints de démence ;
- Intégrer la méthode dans la routine des soins pour garantir une application régulière et optimiser les résultats ;
- Mettre en place un suivi régulier pour évaluer les capacités procédurales et adapter les interventions en fonction de l'évolution des résidents ;
- Renforcer le travail interdisciplinaire en collaborant avec des ergothérapeutes et des animateurs spécialisés pour diversifier les activités.

5.Conclusion

La réalisation de ce travail de diplôme a représenté un engagement significatif sur les plans personnel et professionnel. Mon projet visait à exploiter la mémoire procédurale des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer pour préserver leur autonomie et réduire leur frustration. En tant qu'étudiante, j'ai dû adapter mes interventions aux besoins spécifiques des résidents tout en tenant compte des contraintes institutionnelles. J'ai également sensibilisé et collaboré avec l'équipe soignante pour assurer une mise en œuvre cohérente du projet.

Cette expérience a renforcé mes compétences en adaptation, esprit critique et réflexion éthique dans la prise en charge des résidents en psychogériatrie. Travailler avec des patients comme Monsieur D m'a permis de mieux comprendre l'importance d'ajuster les soins en fonction des capacités préservées et d'améliorer mes compétences en communication non verbale et en gestion de l'agitation. Observer les résidents réaliser des gestes simples de manière autonome a confirmé l'impact positif de ces interventions et renforcé mon engagement envers une approche centrée sur les ressources résiduelles.

Cependant, certains obstacles ont freiné la mise en œuvre du projet, notamment le manque de temps et de personnel ainsi que la résistance au changement de certains soignants. Malgré ces défis, les résultats observés ont été encourageants, montrant une amélioration de la participation des résidents aux soins corporels et une diminution des manifestations d'agitation. Pour optimiser un projet similaire, il serait pertinent de renforcer l'intégration du projet par des sessions de formation pour le personnel, d'impliquer des ergothérapeutes et les neuropsychologues pour affiner les interventions, et de développer des protocoles

simples favorisant la stimulation cognitive dans la routine de soins. Il serait également essentiel d'évaluer l'impact des interventions sur l'évolution des résidents.

Concernant la rédaction du travail, j'ai respecté les consignes méthodologiques et basé mon argumentation sur des sources scientifiques fiables. Ce processus m'a permis d'affiner mes compétences en recherche documentaire et en analyse critique.

En conclusion, ce travail a été une opportunité précieuse de réflexion sur la prise en charge des résidents atteints de démence. Il met en évidence l'importance d'une approche centrée sur les capacités préservées et souligne la nécessité d'innover dans la pratique infirmière pour améliorer la qualité de vie des patients. Cette expérience a renforcé ma motivation à poursuivre mon engagement dans les soins gériatriques et à explorer des approches adaptées aux ressources cognitives encore accessibles.

6. Liste des références bibliographiques

AG&D. (2022). *Alzheimer autrement. 100 activités pour plus de vie. La méthode Montessori au service des personnes âgées (2^e éd.)*. ESF Sciences humaines.

Alzheimer Suisse. (2021). *Troubles du sommeil*.

https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/IB_163_F_09_Troubles-du-sommeil_Web.pdf

Alzheimer Suisse. (2022). *Les thérapies non médicamenteuses*.

https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/163-26F-2022-interventions-non-medicamenteuses.pdf

Alzheimer Suisse. (2024). *Dépression et Alzheimer*.

https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/IB_163_F_36_Depression_2024.pdf

Benaïm, C, Froger, J., Compan, B., & Pélissier, J. (2005). Evaluation de l'autonomie de la personne âgée. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 48(6), 336-340. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.04.005>

Becker, S. (2020). *Alzheimer et autres formes de démence : Insuffler un élan positif au quotidien*. RMS éditions.

Bourin, M. (2022). *Faire face au vieillissement cérébral*. Ellipses.

Flores-Cordero, J.A., Pérez-Pérez, A., Juménez-Cortegana, C., Alba, G. Flores-Barragán, A., & Sánchez-Margalet, V. (2022). Obesity as a Risk Factor for Dementia and Alzheimer's Disease : The Role of Leptin. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(9). <https://doi.org/10.3390/ijms23095202>

France Alzheimer (2020, 13 août). *L'impact des troubles du sommeil sur le cerveau*.

https://www.francealzheimer.org/limpact-des-troubles-du-sommeil-sur-le-cerveau/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiAy8K8BhCZARIsAKJ8sfTJby0JlfzIQGsRTOxW7LsegwKWwgQdCdXlwwgiJdltsapnghYX9G0aApXJEALw_wcB

France Alzheimer & maladies apparentées (2015). *100 idées pour accompagner une personne malade d'Alzheimer*. Tom Pousse.

Haute Autorité de Santé (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf

- Kohler, M.C., & Gold, G. (2008). Les proches d'une personne souffrant de démence. *Revue Médicale Suisse*, 4, 988-993.
https://www.revmed.ch/view/580566/4596299/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-15s_sa07_art07.pdf
- Lechevallier, B., & Habas, C. (2021). Mémoire procédurale et mémoire déclarative. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 205(2), 149-153.
<https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.12.011>
- Matt, V. (2024, 30 avril). *Virginia Henderson: Nursing Need Theory*. Nurseslabs.
<https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>
- Office fédéral de la santé publique. (2025, 29 janvier). *Démence*. Confédération suisse.
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/demenz.html#contact>
- O'Malley, G.F., & O'Malley, R. (2023). *Consommation d'alcool*. Le Manuel MSD.
<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/sujets-particuliers/drogues-illicites-et-substances-toxiques/consommation-d-alcool>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023, 15 mars). *Démence*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Roumanoff, C., & Roumanoff, D. (2011). L'apprentissage avec Alzheimer. *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 178.
https://www.agevillage.com/media/library/pdfs/2011_colloque_ROUMANOFF.pdf
- Zanetti, O., Zanieri, G., Di Giovanni, G., Pietre De Vreese, L., Pezzini, A., Metitieri, T., & Trabucchi, M. (2001). Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients : a controlled study. *Neuropsychological rehabilitation*, 11(3/4), 263-272.
https://www.researchgate.net/publication/261618253_Effectiveness_of_procedural_memory_stimulation_in_mild_Alzheimer's_disease_patients_A_controlled_study

Site pour l'achat de pictogrammes pour les patients atteints de démence :

<https://www.etsy.com/ch/listing/1387581033/zahneputzen-sehhilfe-o-demenz-wandschild>

7. Annexes

Annexe I : Glossaire : Abréviations

AGGIR : Autonomie gérontologique groupe iso-ressources

AS : Aide-soignante

ASSC : Assistante en soin et santé communautaire

ICUS : Infirmière cheffe d'unité de soins

IMC : Indice de masse corporelle

OFSP : Office Fédérale de la santé publique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PF : Praticienne formatrice

SCPD : Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

Annexe II : Index de Katz¹

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

¹ source : <https://www.nursinghome.be/echelle-devaluation-katz/>

Annexe III : Index de Katz réadaptée aux soins d'hygiène ciblés

Légende :

Niveau d'autonomie	Définition
Indépendant (2 points)	Effectue le soin de manière autonome, sans rappel ni assistance.
Partiellement dépendant (1 pont)	Effectuez le soin avec une stimulation visuelle et/ou un minimum d'aide physique (ex. : aide à tenir la brosse à dents, aide pour mouiller le visage, aide pour positionner le rasoir).
Dépendant (0 point)	Incapable d'effectuer le soin, même avec assistance, ou refuse catégoriquement de participer.

Grille d'évaluation (à compléter pour chaque soin) - Date :

Soins	Indépendant (2 points)	Partiellement dépendant (1 pt)	Dépendant (0 pt)	- Comportement oppositionnel - Agitation
Se brosser les dents				
Se laver le visage				
Se raser la barbe				

Note totale /6

6/6 = autonomie complète

3-5/6 = autonomie partielle

0-2/6 = dépendance marquée

Indiquer par une croix si un comportement oppositionnel ou un épisode d'agitation s'est manifesté au cours du soin.

Annexe IV : Fiche explicative pour le soignant

SE LAVER LE VISAGE

"AIDE-MOI À FAIRE SEUL"

MATERIEL

- Un gant de toilette propre
- Un savon doux
- Une bassine d'eau tiède
- Une serviette
- Un miroir

CAPACITÉS MINIMALES NÉCESSAIRES

- Motrices:
Tenir et manipuler des objets, effectuer des mouvements de frottement, imiter des actions.

DÉROULÉ

Cette activité peut être intégrée au moment de la toilette quotidienne, que ce soit dans la salle de bains ou la chambre. Pour ce faire, on peut installer une surface plane équipée d'une bassine et du nécessaire pour le lavage du visage.

1) Encouragez-la à mouiller le gant de toilette dans la bassine d'eau tiède.

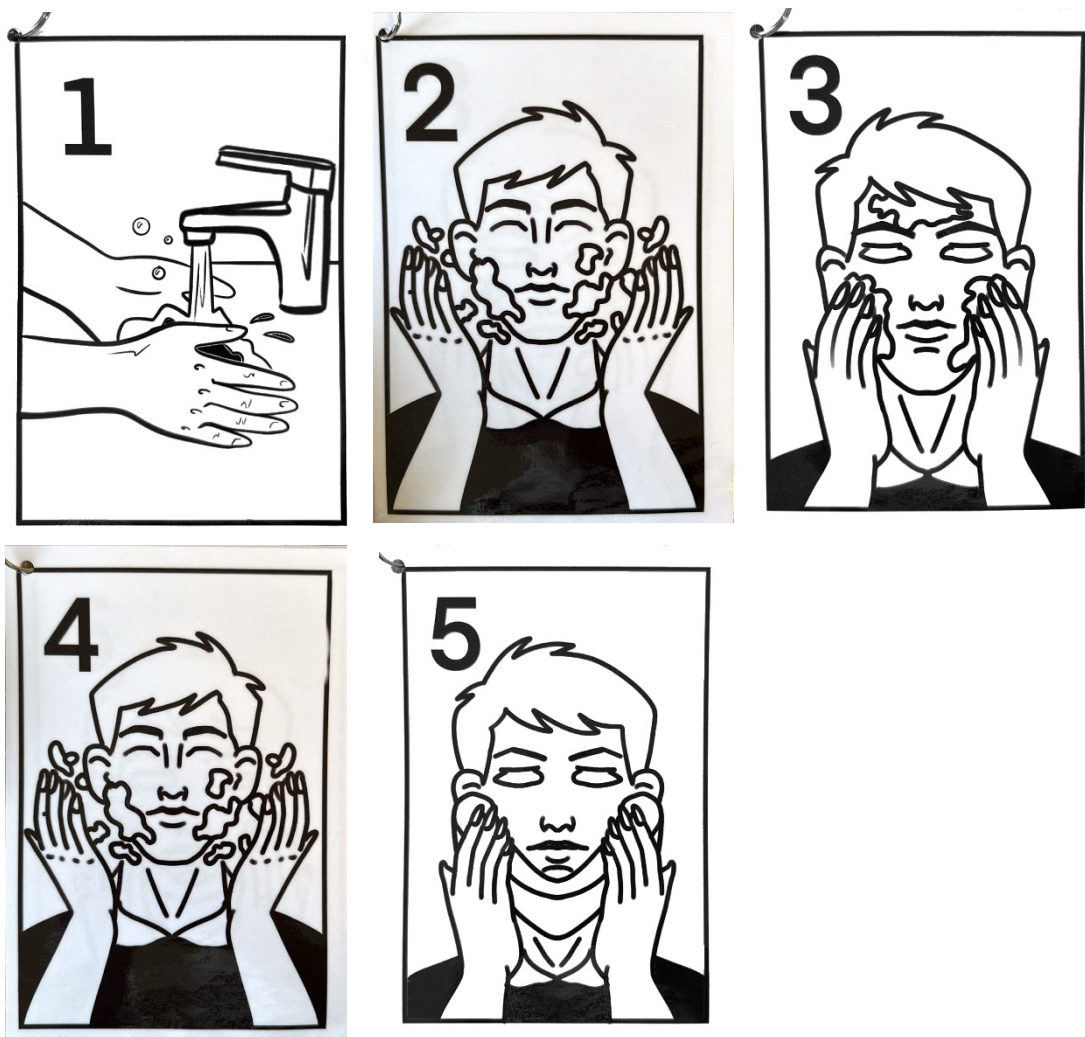
2) Faites défiler les cartes lentement et encouragez la personne à faire de même, une étape à la fois.

3) Remerciez la personne pour sa participation active, demandez-lui si elle a apprécié de se laver le visage elle-même et si elle souhaiterait le refaire la prochaine fois.

Quelques variations:

Dans un premier temps, pour des personnes ayant d'importantes difficultés motrices, il peut être nécessaire d'accompagner doucement les gestes de la personnes, par un guidage de la main, sans toutefois faire à sa place.

Si la personne le souhaite et que cela facilite l'activité, placez un miroir devant elle pour qu'elle puisse visualiser et contrôler ses mouvements.

Annexe V : Pictogrammes

Annexe VI : Questionnaire satisfaction pour les soignants : projet support visuel en pictogrammes

1. Avez-vous trouvé les activités proposées faciles à intégrer dans votre pratique quotidienne ?

☐ OUI ☐ NON

2. Pensez-vous que l'utilisation de la mémoire procédurale a permis aux patients de mieux réaliser certains gestes du quotidien ?

☐ OUI ☐ NON

3. Avez-vous constaté une réduction de l'agitation ou de la frustration chez les patients ayant participé aux activités ?

☐ OUI ☐ NON

4. Aimeriez-vous recevoir plus d'informations ou de formations sur la stimulation de la mémoire procédurale ?

☐ OUI ☐ NON

5. Trouvez-vous que le projet est réalisable à long terme dans le service ?

☐ OUI ☐ NON

6. Recommanderiez-vous cette approche à vos collègues ?

☐ OUI ☐ NON

7. Quels sont, selon vous, les principaux avantages de ce projet ?

8. Quels aspects du projet pourraient être améliorés ?