



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur-kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTE
RÉGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

**COMMUNICATION ET MALADIE D'ALZHEIMER : UN DÉFI DANS LA
PRISE EN CHARGE MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE**

Sous la direction d'Hélène Marinho Codemard

Mémoire présenté par **Clara BACHY**,
étudiante en 4^{ème} année de masso-
kinésithérapie, en vue de valider l'UE28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021.



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE
LE PLAGIAT

Je soussignée, BACHY Clara

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 01/05/2021

Signature

REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, je souhaite remercier ma directrice de mémoire, Hélène MARINHO CODEMARD, enseignante à l'ILFMK de Nancy, pour sa disponibilité, son écoute et ses conseils. Son soutien m'a été d'une grande aide au cours de ces derniers mois. Je suis reconnaissante de sa réactivité et de son accompagnement malgré la distance imposée par la crise sanitaire à laquelle nous faisons face.

J'adresse aussi mes remerciements aux cinq kinésithérapeutes qui ont participé à cette étude, pour avoir répondu favorablement à ma demande et m'avoir accordé du temps. Ils sont à l'origine même du corps de ce travail.

Je souhaite également remercier Mme Odile VILLEMIN, cadre de santé, qui a contribué au cheminement de ce mémoire à travers le partage de son expérience professionnelle, ainsi que Mme Séverine ENODIG qui a pris le temps d'échanger avec moi sur ses observations et ses connaissances de la maladie en tant que psychologue.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et ont contribué, de près ou de loin à la rédaction de ce mémoire, avec une mention spéciale à Julien et Manon.

Merci également à Emmanuelle PACI, ma référente à l'ILFMK, de m'avoir écoutée et guidée, avec le relais de M Jeremy MARTIN, sur ces années d'études. Merci à l'équipe pédagogique, administrative, aux intervenants de l'ILFMK ainsi qu'à mes tuteurs de stage pour m'avoir transmis leur connaissance et leur passion du métier de kinésithérapeute.

Enfin, j'aimerais remercier toutes les personnes qui m'ont permis d'achever ces études. Je remercie mes amis pour leur soutien sans faille, ainsi que mes parents et ma sœur qui ont toujours été présents et sans qui cela n'aurait pas pu être possible.

Pour finir, j'ai une pensée pour mon grand-père qui m'a inspirée tout au long de ce travail de fin d'étude.

RÉSUMÉ - ABSTRACT

Communication et maladie d'Alzheimer : un défi dans la prise en charge masso-kinésithérapique.

Introduction : Cette étude a pour objectif de définir les stratégies de communication mises en place par les kinésithérapeutes pour effectuer une prise en charge (PEC) auprès de patients Alzheimer.

Méthode : Pour cela, une étude qualitative a été menée à travers des entretiens semi-directifs avec cinq kinésithérapeutes libéraux intervenant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) auprès de cette patientèle.

Résultats : Au fil de cette étude, il ressort une communication basée sur des moyens simples et communs. Cette rééducation, parsemée de troubles dûs à la maladie d'Alzheimer, oblige néanmoins les kinésithérapeutes à s'adapter.

Discussion : Les stratégies qu'ils mettent en place semblent davantage empiriques, basées sur l'utilisation des sens et sur leur expérience. La mise en œuvre de la prise en charge reste complexe avec une relation faisant face à plusieurs obstacles et une communication chancelante.

Mots clés : Adapter - Cognitif - Communication - Kinésithérapie - Maladie d'Alzheimer

Communication and Alzheimer's Disease : a challenge in physiotherapy.

Introduction : This study aims to define the communication strategies used by physiotherapists to manage Alzheimer patients.

Methods : A qualitative study was carried out through semi-directive interviews with five physiotherapists working in residential care facilities for the elderly with this patient group.

Results : Throughout this study, it emerged that communication was based on simple and common means. However, this re-education, interspersed with disorders due to Alzheimer's disease, obliges the physiotherapists to adapt themselves.

Discussion : The strategies they implement seem to be more empirical, based on the use of the senses and their experience. The care remains complex with a relationship facing several obstacles and a shaky communication.

Keywords : Adaptation - Cognitive - Communication - Physiotherapy - Alzheimer's disease

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
1.1. COMMUNICATION ET MALADIE D'ALZHEIMER, UNE PROBLEMATIQUE ACTUELLE	1
1.2. LA MALADIE D'ALZHEIMER	3
1.3. LA COMMUNICATION DU PATIENT	5
1.3.1. <i>Les mécanismes de communication modifiés par la maladie</i>	5
1.3.2. <i>Des difficultés à s'exprimer</i>	6
1.3.3. <i>Des difficultés à comprendre</i>	7
1.4. LA PRISE EN CHARGE KINESITHERAPIQUE DU PATIENT ATTEINT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	8
1.4.1. <i>Les objectifs de prise en charge du kinésithérapeute</i>	9
1.4.2. <i>Les stratégies de communication du masseur-kinésithérapeute</i>	10
1.4.2.1. <i>Mise en place de la prise en charge kinésithérapique</i>	10
1.4.2.2. <i>La communication verbale</i>	11
1.4.2.3. <i>La communication non verbale</i>	12
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	14
2.1. STRATEGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	14
2.2. METHODE.....	14
2.2.1. <i>Une démarche qualitative</i>	14
2.2.2. <i>Création du guide d'entretien</i>	15
2.3. MATERIEL	16
2.4. DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....	16
2.4.1. <i>Sélection de la population</i>	16
2.4.2. <i>Le déroulement de l'entretien</i>	17
2.4.3. <i>Analyse des retranscriptions d'entretiens</i>	18
3. RESTITUTION DES RÉSULTATS	19
3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	19
3.2. RESULTATS DES ENTRETIENS	21
3.2.1. <i>Un cadre à la communication</i>	21
3.2.1.1. <i>Intérêts thérapeutiques</i>	22
3.2.1.2. <i>Ressentis du patient</i>	23

3.2.1.3.	Formation d'un lien adapté par le kinésithérapeute	23
3.2.2.	<i>Evolution de la maladie, son impact sur la communication</i>	24
3.2.2.1.	Une séance ajustée	24
3.2.2.2.	Des stratégies définies pour établir une relation avec le patient.....	25
3.2.2.3.	Les stratégies d'approche d'une personne non communicante.....	27
3.2.2.4.	Des changements visibles au quotidien.....	28
3.2.2.4.1.	Des difficultés grandissantes pour le patient.....	28
3.2.2.4.2.	Une communication modifiée.....	29
3.2.2.5.	Le discours d'un patient Alzheimer non communicant	31
3.2.3.	<i>Les stratégies de communication du kinésithérapeute</i>	32
3.2.3.1.	Une adaptation au quotidien.....	32
3.2.3.2.	Une réaction adaptée face à l'incompréhension du patient.....	34
3.2.3.3.	Adaptation de la prise en charge chez le patient Alzheimer non communicant	35
3.2.3.4.	Vers l'amélioration des pratiques du masseur-kinésithérapeute	36
4.	DISCUSSION	37
4.1.	LE KINESITHEREPEUTE AU CŒUR DES TROUBLES DU PATIENT ALZHEIMER	37
4.1.1.	<i>Une identité professionnelle impactant le modèle de communication</i>	37
4.1.2.	<i>Une communication perturbée par l'absence du patient</i>	38
4.1.3.	<i>Les connaissances et l'appréhension des troubles de la maladie</i>	38
4.2.	LA COMMUNICATION AU COURS DE L'EVOLUTION DE LA MALADIE D'ALZHEIMER	40
4.2.1.	<i>Un schéma de communication brouillé</i>	40
4.2.2.	<i>Un combat contre la dépersonnalisation du patient</i>	41
4.3.	LES ADAPTATIONS ET STRATEGIES DE COMMUNICATION DU KINESITHEREPEUTE	42
4.3.1.	<i>Une prise en charge ritualisée</i>	42
4.3.2.	<i>Des techniques communes</i>	43
4.4.	LIMITES DE L'ETUDE	44
4.4.1.	<i>Limites méthodologiques</i>	44
4.4.2.	<i>Limites liées à l'enquêteur</i>	44
4.4.3.	<i>Limites liées à l'interviewé</i>	45
5.	CONCLUSION	46
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXES	

LISTE DES ABRÉVIATIONS COURAMMENT UTILISÉES

PEC : Prise en charge

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

MA : Maladie d'Alzheimer

MK : Masseur kinésithérapeute

HAS : Haute autorité de santé

CR : Centre de rééducation

1. INTRODUCTION

1.1. Communication et maladie d'Alzheimer, une problématique actuelle

De nos jours, le nombre de personnes âgées en France ne cesse d'accroître. En effet, au 1^{er} janvier 2020, 20,5% de la population française correspond à des personnes de plus de 65 ans contre 20,1% en 2019 et 19,7% en 2018 (1). Avec le temps, la personne âgée peut présenter des comorbidités, des troubles cognitifs et des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Il vient alors naturellement des questions autour de l'autonomie et du maintien à domicile.

Parmi cette population, la maladie d'Alzheimer (MA) touche environ un million de personnes en France. D'après les prévisions, ce chiffre ne cessera d'augmenter durant les prochaines années (2). Les coûts, sociaux et économiques, autour de cette maladie vont eux aussi s'accroître. C'est pourquoi, il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique (2). Selon l'étude Paquid de 1988-1989, la maladie d'Alzheimer représente plus de 70% des maladies neurocognitives de la personne âgée (3,4). C'est la démence la plus fréquente chez le sujet vieillissant. Cette maladie neurodégénérative attaque les cellules nerveuses du cerveau. Les premiers symptômes à apparaître sont le plus souvent les difficultés cognitives comme les pertes de mémoire. Puis, la maladie évolue vers des atteintes des fonctions exécutives associées à des troubles de la communication et parfois du comportement (5).

Chez la personne Alzheimer, les déclin cognitif et moteur peuvent survenir rapidement provoquant progressivement une dépendance allant le plus souvent jusqu'à l'institutionnalisation. Au fil des années, avec l'aggravation des symptômes, se préparer un repas ou globalement les activités de la vie quotidienne peuvent devenir compliquées. Par exemple, 50% des malades présentent des troubles de la marche dans les trois années suivant leur diagnostic et 33% d'entre eux se trouvent en incapacité totale de marcher (6). Cette tendance à l'inactivité est en faveur d'une perte de la mobilité articulaire, de force, d'une atrophie musculaire mais aussi d'une augmentation des risques de chute. Ainsi, le patient peut présenter des pathologies secondaires à une chute par exemple. Pour ces raisons, il peut être amené à consulter un kinésithérapeute.

En fonction du stade d'évolution de la maladie, des aides peuvent être mises en place afin de porter assistance au patient et à sa famille pour les actes de la vie quotidienne. Le plus souvent, elles sont apportées par le conjoint ou l'entourage. En plus du soutien familial, le patient peut obtenir des aides médicales pour favoriser le maintien à domicile. Lorsque ces dernières deviennent insuffisantes, le médecin peut faire entrer le patient en institution. L'admission du patient dans une structure dépend de son état de santé, de la résistance et des capacités de l'aidant mais aussi des places disponibles (7). D'après l'étude Paquid, 40% des personnes démentes sont en institution. Plus la démence est sévère moins les patients vivent à domicile. La maladie d'Alzheimer est la première cause d'entrée en institution (7).

Pour ralentir la perte d'autonomie, une prise en charge (PEC) pluriprofessionnelle peut être mise en place incluant la masso-kinésithérapie, l'ergothérapie ou encore l'orthophonie (8). Le masseur-kinésithérapeute (MK) peut ainsi agir auprès du patient à domicile ou en institution. Il peut être amené à intervenir pour faire un bilan de l'état de santé du malade ou assurer un entretien physique en lien avec la MA. Il peut également soigner une pathologie provoquée par les symptômes de la maladie ou prendre en charge le patient suite à une chute. Le risque de tomber est plus important dans cette pathologie que chez une personne du même âge sans démence (6). Par conséquent, l'objectif de la masso-kinésithérapie peut être de limiter ce risque, les récurrences ou encore le déclin de l'état général du patient. Le kinésithérapeute peut donc être mis en relation avec un malade pour des séances de rééducation préventive ou curative. Ce travail, à long terme, peut avoir un impact sur le maintien à domicile du patient, sur sa qualité de vie et celle de son principal aidant.

Cependant, la prise en charge de ces patients peut être compliquée par l'impact de la maladie sur la communication. En effet, dans les stades avancés, la maladie d'Alzheimer est connue pour occasionner un syndrome aphaso-apraxo-agnosique (9). Ainsi, le patient peut présenter des troubles de la mémoire, de la communication ou encore de la compréhension. Les mécanismes de contrôle de l'attention sont également parmi les premiers touchés dans la maladie (10). La concentration ou encore la mémoire font partie des prérequis à tout apprentissage. Le patient peut alors se trouver en difficulté pour comprendre un discours, pour se faire comprendre mais aussi pour se concentrer lors de la séance. Avec l'évolution de cette pathologie, il devient parfois compliqué pour le thérapeute d'expliquer ou de faire appliquer une consigne simple au malade. Par conséquent, cette situation peut constituer un frein à la prise en charge du patient.

Il est alors intéressant de comprendre les stratégies de communication mises en place par le kinésithérapeute afin d'assurer une prise en charge auprès d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer.

Pour répondre à ce questionnement, il s'agira de faire un état des lieux de la littérature actuelle sur la maladie, les troubles de la communication engendrés et les moyens de communication possibles pour le thérapeute. Puis, il conviendra de faire un parallèle en interrogeant des kinésithérapeutes sur le terrain afin de comprendre leur pratique pour retenir l'attention, entrer en lien et faire comprendre une consigne à un patient Alzheimer.

1.2. La maladie d'Alzheimer

Décrite par le neuropathologiste allemand Aloïs Alzheimer en 1907, la maladie d'Alzheimer est une pathologie complexe dont les causes de survenue restent peu connues. Cette maladie idiopathique et neurodégénérative touche plus souvent des femmes et concerne 15% de la population des personnes âgées de plus de 80 ans (9,11). Le diagnostic de la maladie est posé par un médecin généraliste ou un neurologue. Il réalise des examens cliniques mettant en évidence la présence de troubles cognitifs, une atrophie de l'hippocampe et d'autres lésions visibles à l'imagerie cérébrale. La présence de biomarqueurs de la pathologie est également observable sur un bilan biologique (5,9). De nos jours, il existe des traitements médicamenteux pour réduire le déclin cognitif et les troubles comportementaux mais leur efficacité est considérée comme modeste (9).

D'un point de vue biologique, selon les dernières avancées de la recherche, la maladie d'Alzheimer se caractérise par deux lésions principales. La première consiste en l'apparition de plaques séniles ou amyloïdes suite à l'accumulation anormale de protéines bêta-amyloïdes en amas extracellulaires. Selon l'hypothèse de la « cascade amyloïde », l'accumulation de ces plaques séniles induirait une toxicité pour les cellules nerveuses provoquant une accumulation inhabituelle de protéines Tubulin-Associated Unit (TAU) anormalement hyperphosphorylées (5,9). Ce phénomène de dégénérescences neurofibrillaires mènerait à la mort de cellules nerveuses dans le cerveau du patient. Des territoires liés à la mémoire sont alors touchés. Avec la progression de la maladie, les régions hippocampique, cingulaire postérieure, temporo-pariétale et enfin le cortex frontal peuvent être impactés (12,13). Chaque lobe a une fonction particulière. Ainsi, le lobe pariétal comprend les sensations somesthésiques (14). Le temporal est en charge de l'aire auditive mais aussi des aires de Wernicke responsables de

l'interprétation des phrases et de l'aire de la mémoire à court terme (14). Le lobe frontal, quant à lui, est chargé d'élaborer la pensée, planifier les mouvements complexes et de contrôler la parole par exemple (14). Ces altérations conséquentes à la maladie créent des difficultés cognitives pour le patient au quotidien. Elles vont toucher progressivement la mémoire épisodique par des troubles spatio-temporels par exemple, la mémoire sémantique avec l'atteinte du langage, la mémoire de travail mais aussi les fonctions exécutives et l'attention (5).

D'un point de vue clinique, il existe trois stades d'évolution de la maladie, la phase prédéméntielle ou prodromale, la phase démentielle et la phase très avancée dite sévère (9).

Durant la phase prédéméntielle ou stade léger, le patient peut présenter des troubles mnésiques comme une amnésie, une incapacité à conserver de nouvelles informations ou encore une anosognosie. Les troubles cognitifs présents durant cette phase peuvent compliquer certains gestes de la vie quotidienne. Mais, à ce stade, le patient n'a pas de problèmes moteurs importants (4,6).

Durant le stade modéré ou démentiel, les symptômes précédents sont toujours présents. De nouveaux troubles cognitifs et exécutifs viennent s'y ajouter. Le patient peut présenter une apraxie, une aphasie, une agnosie mais aussi une perte des repères spatio-temporels, des troubles du raisonnement et de la planification. À partir de ce stade, il devient impossible pour le patient de vivre seul à domicile (4,6).

Enfin, le stade sévère est marqué par une atteinte mnésique totale, des troubles du langage très présents et une atteinte physique importante. La mémoire à long terme est affectée. Le patient présente des troubles de la marche et de l'équilibre avec des risques importants de chute. Cette perte de mobilité peut mener le patient à la grabatisation (4,6). Le risque de chute chez la personne atteinte de la MA est multiplié par trois comparativement à une personne non démentie du même âge (15). La maladie, la diminution de l'équilibre et un mauvais contrôle du schéma corporel avec l'avancée en âge favorisent ce risque. À ce stade, le patient est entièrement dépendant et la communication avec autrui peut devenir difficile pour lui.

Dans les différents stades, un kinésithérapeute peut donc être amené à intervenir pour lutter contre les atteintes des fonctions exécutives et motrices mais aussi agir indirectement sur les troubles cognitifs. Cependant, le dialogue avec le patient peut être impacté au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Au cours de la PEC, la communication peut être restreinte jusqu'à parfois devenir non verbale.

1.3. La communication du patient

1.3.1. Les mécanismes de communication modifiés par la maladie

D'après le trésor de la langue Française, la communication se définit comme le fait de transmettre quelque chose à quelqu'un. Il s'agit d'un échange et d'une mise en relation de deux individus (16). Pour communiquer, un émetteur envoie un message vers un récepteur (17). Cette déclaration peut prendre une forme verbale ou non verbale. Le processus de communication entre deux personnes est régi par des facteurs psychologiques, sociaux et cognitifs. Ils influencent les idées et la façon de parler d'une personne. D'un point de vue psychologique, la personnalité et les affects jouent un rôle dans l'interprétation d'un message reçu ou émis (17). De plus, les facteurs sociaux comme l'âge, le niveau de culture, le milieu social ou encore le lieu de vie ont également un impact dans la compréhension du message. Le statut social d'une personne détermine son identité et l'image de soi. Enfin, la compréhension, l'interprétation et la réflexion sont guidées par les fonctions mentales de chacun. Ainsi, le mode de fonctionnement cognitif influence l'organisation, le traitement de l'information ou encore les représentations de soi, de l'autre ou du contexte (17). C'est pourquoi, l'interprétation des messages dans une conversation est propre à chaque personne. Par conséquent, pour une communication efficace, il est préférable pour les deux acteurs d'avoir un « *mode de fonctionnement cognitif au maximum commun* » et des représentations sociales partagées (17).

Or, dans la maladie d'Alzheimer, les troubles cognitifs et les troubles de la communication associés peuvent rendre l'échange compliqué entre le patient et le thérapeute. La mémoire sémantique du patient est touchée, causant progressivement une aphasie. Au fur et à mesure de la progression des symptômes, le patient se voit enfermé dans sa maladie sans réel contact avec l'extérieur. La communication verbale est la première touchée. Cette dégradation progressive débute dès le stade initial de la maladie avec des difficultés de

sélection du mot et la dégradation de la structure puis du contenu de la mémoire sémantique. Il est question de troubles lexico-sémantiques (18,19). Le patient Alzheimer doit alors faire face à des difficultés d'initiation verbale, d'inhibition, de flexibilité mentale mais aussi pour réfléchir sur des pensées abstraites (19). Ainsi, les symptômes de la MA ont un impact direct sur la façon de parler du patient. Son discours est moins fluide, moins riche et il perd ses mots (18). Il devient de plus en plus compliqué pour lui de s'exprimer et de se faire comprendre allant parfois jusqu'à un isolement social. Les patients atteints de ces troubles sont souvent conscients des difficultés présentes. Lorsqu'il y arrive, le patient met des compensations en place en utilisant l'humour par exemple (8). Certains patients sont parfois encore capables de comprendre l'humour ou de l'utiliser malgré l'avancée de la maladie (8,18).

1.3.2. Des difficultés à s'exprimer

Au stade initial de la pathologie, la plainte récurrente du patient concerne le manque du mot (18). Il arrive qu'il s'arrête sans avoir fini sa phrase et cherche des alternatives au mot oublié. Pour parer cette déficience, la personne Alzheimer peut ainsi avoir recours à des circonlocutions et des paraphrasies sémantiques (19,20). Lors de son discours, il va par exemple avoir recours à l'utilisation de mots relativement proches du mot initialement cherché. Le manque de vocabulaire fait écho à un déficit d'encodage sémantique lors de l'étape de sélection lexicale (18). L'observation du malade peut également mettre en avant un défaut de fluence verbale. Dans ce cas, il est question d'un dysfonctionnement dans les mécanismes de sélection, d'exploration et de contrôle des représentations (18). Ces symptômes sont le résultat d'une dégradation de la mémoire sémantique consécutive à la maladie.

D'autre part, le discours d'un patient Alzheimer est appauvri avec la maladie le rendant parfois moins cohérent (18). Assez léger au début de la maladie, l'appauvrissement s'intensifie avec l'aggravation des symptômes pour parfois en venir à un échange sommaire. Ainsi, il y a dans le discours de ces personnes une sur-utilisation des pronoms personnels mais aussi une sous-utilisation des adjectifs et des mots plus rares (18,20). Une tendance à la répétition et à l'usage de phrases entrecoupées est également observée. Progressivement, le débit du patient est ralenti avec des difficultés à enchaîner les phrases. Le discours perd de son sens, le patient perd le fil de son récit. L'échange peut alors devenir incompréhensible. A long terme, cela peut provoquer pour le patient une perte de motivation dans l'initiation des conversations (20).

C'est pourquoi, à un stade sévère, la communication non verbale est le langage principal d'une personne Alzheimer. Elle devient le marqueur de ses émotions et de sa sensibilité (18). Elle peut passer par l'accroche visuelle du patient pour interpeller le thérapeute, par un mouvement de tête, le fait de tendre le bras, de repousser un objet ou encore de crier. Par exemple, un froncement de sourcils peut exprimer la colère, les dents serrées une tension et un tapotement de doigt l'impatience (21). Ces différentes attitudes peuvent passer inaperçues à première vue mais constituent un discours pour le patient. Ainsi, il communique corporellement et le thérapeute verbalement créant parfois une discordance entre eux. D'après C. Delamarre, « *Si je ne vois pas ce qu'un aîné m'exprime par le biais du non verbal, je lui dis qu'il est transparent à mes yeux* » (21). Ainsi, le patient, se sentant ignoré, peut avoir recours à des actes d'agressivité face au thérapeute. Le maintien de la communication avec le patient est donc un élément primordial pour le soin.

Avec l'avancée de la maladie, le patient réduit ses échanges et ses contacts avec l'environnement. Une souffrance psychologique impossible à verbaliser peut se présenter menant fréquemment à la dépression et aux troubles du comportement (19). Le thérapeute doit tenter d'enrayer ce mécanisme et être attentif à tout signe de message non verbal du patient.

1.3.3. Des difficultés à comprendre

En dehors des difficultés à exprimer son ressenti ou encore à tenir un dialogue, le processus de compréhension est également touché par la maladie dans les stades les plus évolués. Ainsi, dans un premier temps, la compréhension orale sera relativement préservée. Les difficultés du patient se situent plutôt sur la compréhension du sens du langage métaphorique, des sous-entendus et d'une manière générale des idées implicites (18). Au fur et à mesure de la progression de la maladie, la compréhension de plusieurs informations successives est également perturbée. La hiérarchisation logique des informations est impossible. Le patient a donc des difficultés à faire des liens (18,20). Dans le cas d'une prise en charge kinésithérapique, une consigne expliquant un exercice peut sembler difficile à comprendre pour le patient. Ainsi, par exemple, il peut être possible pour lui de réaliser l'exercice, sans forcément parvenir à faire le lien entre la demande et la réalisation de l'exercice.

1.4. La prise en charge kinésithérapique du patient atteint de la maladie d'Alzheimer

Outre les difficultés cognitives, le patient Alzheimer fait également face à des atteintes des fonctions motrices et exécutives. Le kinésithérapeute peut ainsi intervenir auprès de lui en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), en unité cognitivo-comportementale ou à domicile. Il joue un rôle sur le maintien de l'autonomie, de la mobilité ou encore pour réduire le risque de chute (22).

Le tableau clinique de la MA n'est pas forcément le même pour tous. Par conséquent, la PEC kinésithérapique du patient Alzheimer se fait de façon personnalisée (22). Les troubles cognitifs, moteurs ou encore exécutifs compliquent la mise en place du soin. Le thérapeute doit souvent s'adapter aux difficultés de communication du patient mais aussi à ses troubles praxiques et de l'attention. Ce contexte peut rapidement mettre le kinésithérapeute dans une situation d'échec.

Lors d'une séance, faire comprendre des consignes au patient ou lui faire réaliser des exercices impliquent la sollicitation de la mémoire de travail. Or, cette mémoire est impactée dans la maladie d'Alzheimer. Rapidement, le patient peut se trouver en difficulté pour retenir une information à court terme, réfléchir tout en réalisant une activité ou encore pour maintenir son attention tout le temps d'un exercice (10).

Concernant les fonctions exécutives, elles regroupent à la fois l'élaboration de stratégies, la planification de tâches à accomplir mais aussi le maintien de l'attention et de la surveillance d'une tâche (10). Or, un patient atteint de la maladie d'Alzheimer présente des troubles d'ordre praxique. Par conséquent, il peut avoir des difficultés à réaliser et à coordonner certains mouvements volontaires. Le patient a donc les capacités motrices de réaliser la demande mais des difficultés au niveau de la commande (10). A cela, s'ajoute des troubles d'ordre moteur comme les troubles de la marche ou encore de l'équilibre.

1.4.1. Les objectifs de prise en charge du kinésithérapeute

Le kinésithérapeute peut avoir un rôle à jouer dans la vie quotidienne du malade et de l'aidant. Tout d'abord, il peut intervenir pour réaliser un bilan de l'état de santé du patient. Puis, suite à une prescription médicale, il peut proposer un entretien des capacités fonctionnelles et physiques du patient. Il peut également être amené à prendre en charge un patient Alzheimer suite à une pathologie consécutive à une chute, comme une fracture par exemple ou pour d'autres maladies liées à l'âge et aux pathologies additionnelles du patient.

Globalement, la prise en charge d'un patient atteint d'Alzheimer est semblable à celle d'une personne âgée fragile. Dans un premier temps, le masseur-kinésithérapeute peut travailler sur les capacités motrices fonctionnelles du patient comme l'équilibre, faire des transferts et des déplacements en sécurité (22). Ce travail de prévention des chutes, de marche et des fonctions motrices, associé à un renforcement musculaire adapté favorise le maintien de l'autonomie à domicile du patient. De plus, le fait de faire bouger le patient notamment en passant par la position debout est important pour limiter les troubles liés au décubitus ou à la position assise comme les risques d'escarre (18). Les techniques mises en place en kinésithérapie ont pour objectif un entretien physique global de la personne Alzheimer pour son bien-être, faciliter les soins quotidiens mais aussi pour limiter les risques de chute, évènement souvent traumatisant pour une personne âgée. Les activités de maintien des capacités fonctionnelles, au-delà d'avoir un aspect bénéfique physiquement, limitent le déclin cognitif (22). De plus, elles peuvent apporter une amélioration des troubles associés comme le sommeil, la constipation ou la dépression (5,22). Cette prise en charge est donc importante.

Au fur et à mesure de l'évolution des symptômes, le patient peut être amené à se dégrader à la fois physiquement, cognitivement et au niveau de la communication. N'étant plus aussi apte à se faire comprendre et à comprendre les demandes du kinésithérapeute, il peut parfois devenir moins acteur de sa prise en charge. Le masseur-kinésithérapeute peut alors lui-même réaliser manuellement des techniques d'entretien articulaire, musculaire et donner des conseils à l'aidant sans mettre le patient à l'écart. Ainsi, en poursuivant le traitement déjà mis en place, il peut évoquer l'usage d'aides techniques de marche, de techniques de transferts adaptées pour l'ergonomie de l'aidant et la prévention des complications liées au décubitus (8).

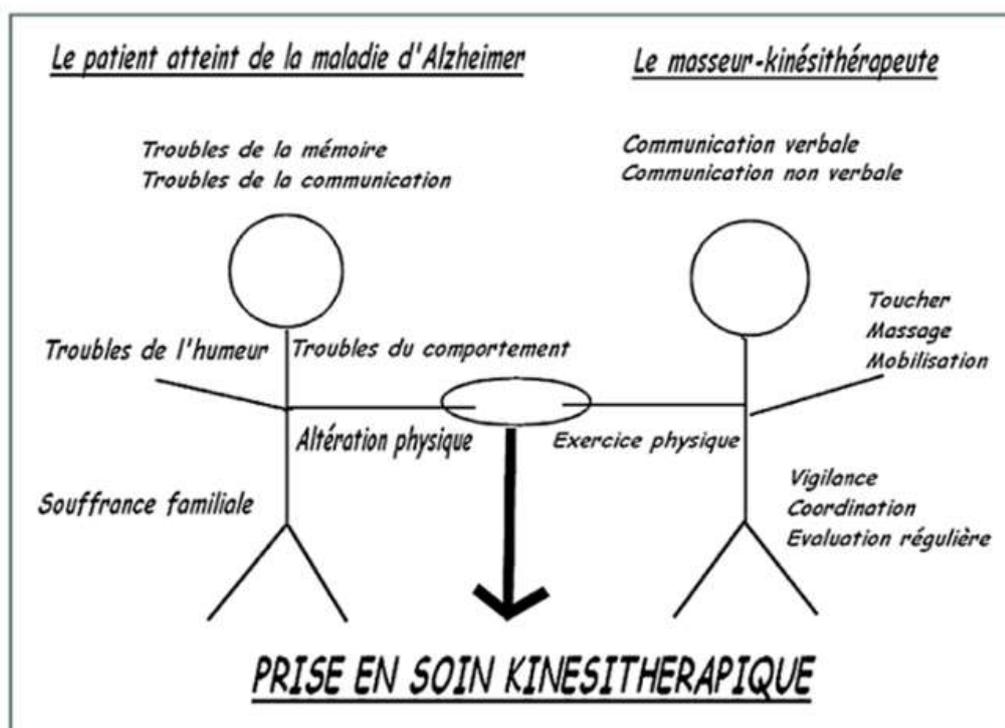


Figure 1 : La prise en charge kinésithérapique d'un patient Alzheimer (23)

Muller et Gillet, à travers la figure 1, résument les troubles principaux à prendre en compte par le masseur-kinésithérapeute pour parvenir à mettre en place une prise en charge rééducative. Ils font également apparaître différents moyens à disposition du masseur-kinésithérapeute pour canaliser et être en interaction avec le patient (23).

1.4.2. Les stratégies de communication du masseur-kinésithérapeute

Avec l'aggravation des symptômes, le soin peut donc devenir compliqué à mettre en place. Une distance peut s'installer entre le malade et le soignant par manque de communication et de compréhension. Il existe plusieurs moyens pour y remédier et établir un contact lors du soin. Il faut être capable de s'adapter et de moduler rapidement sa réponse.

1.4.2.1. Mise en place de la prise en charge kinésithérapique

Au préalable d'une séance, chez une personne démente, il est préférable de toujours se présenter. Donner son nom ou prénom et se présenter comme kinésithérapeute permet de redonner un contexte au patient. Il peut alors associer la notion de kinésithérapie au fait de

faire de l'exercice par exemple. Pour la prise en charge, avoir une routine peut ainsi permettre de limiter la survenue de stress pour le patient.

La posture du MK vis-à-vis du patient a également son importance. En effet, une position à proximité permet de bien se faire entendre et voir. Cette distance doit être sécurisante sans être intrusive pour le malade (21). Pour le soin, il est conseillé de privilégier la sphère intime. Elle correspond à une distance inférieure à 45 centimètres. Cette proximité permet de mettre les sens du patient en alerte (18). Il est cependant nécessaire de le prévenir avant de s'approcher à cette distance pour limiter les actes d'incompréhension et donc d'agressivité (21). De plus, être à sa hauteur et en face de lui, permet de garder l'horizontalité du regard et de gommer tout aspect de relation verticale et donc de notion de supériorité. Cette attitude donne au patient le sentiment d'être pris en compte par le thérapeute. Dans le même esprit, il est conseillé de l'intégrer au dialogue lors d'une conversation avec l'aidant par exemple (8). S'il est inclus à l'échange et la thérapie, le patient est alors plus actif et impliqué socialement.

Au niveau de l'environnement, privilégier un lieu calme connu du patient peut être à la fois sécurisant et plus rassurant. L'absence de bruit comme la radio ou la télévision réduit les distractions alentours. Il est alors plus facile de capter l'attention du patient. L'implication de l'aidant dépend de sa relation avec le patient. Ainsi, la présence de l'aidant peut être un atout pour mettre en confiance le patient. Il existe des programmes d'éducation thérapeutique pour faciliter la communication et impliquer la famille au quotidien (8). Cela peut être un moyen d'utiliser une personne de l'entourage lors des séances pour motiver le patient. Cependant, elle peut devenir un frein si l'aidant intervient de manière excessive dans la prise en charge. Ainsi, le patient garde des repères spatiaux et familiaux. La séance peut démarrer dans de bonnes conditions d'apprentissage.

1.4.2.2. La communication verbale

Une expression claire et audible est primordiale pour se faire comprendre efficacement et mettre en place la thérapie. Ainsi pour faciliter la compréhension des consignes, il est recommandé de parler lentement, distinctement et fort si le patient a des soucis d'audition (8). Pour limiter l'anxiété du malade, il est préférable d'utiliser un ton calme. La Haute Autorité de Santé (HAS) conseille également d'utiliser des consignes courtes, simples et d'éviter les

tâches multiples pour éviter de déconcentrer le patient (18). Pour faciliter la compréhension mais aussi la bonne réalisation des tâches demandées, il vaut mieux être synthétique dans les consignes et éviter d'en donner trop d'un coup. Avec les troubles de la mémoire, il est intéressant de favoriser la répétition de la consigne au cours de l'exécution de l'exercice.

Face à un patient communicant, il est recommandé de lui « *laisser le temps de formuler sa réponse avant de l'aider* » (8). Ce processus permet de valoriser le patient. Ainsi, il n'est pas focalisé sur ses erreurs ou ses difficultés (8).

1.4.2.3. *La communication non verbale*

Face à une personne démente, 80% des communications sont non verbales (18). Par déduction, la communication non verbale est l'ensemble des moyens mis en place lors d'un échange sans utiliser la parole. Dans ce cas de figure, parler est important dans la prise en charge. Il est préconisé d'annoncer les gestes de soins au patient ou les consignes par exemple et de le stimuler tout en restant attentif à une réponse non verbale (18).

Le lien visuel est un élément clé dans ce type de communication. Il permet de faire passer un message du patient au thérapeute mais aussi de capter l'attention du patient par le thérapeute. Les yeux peuvent donner des indications sur l'état physique mais aussi psychologique du patient. Le regard d'une personne, tout comme son visage ou ses mimiques expriment des émotions. Le patient atteint d'Alzheimer peut être capable de reconnaître les expressions primaires du visage comme la joie, la colère ou encore la tristesse (24). Par ces moyens, le patient fera passer son langage sans parler. Il faut donc tenter de déchiffrer ce message, l'observer pour comprendre sa réponse à un exercice par exemple (21). Apprendre à communiquer sans les mots peut être compliqué. C'est pourquoi, il existe, d'après la Haute Autorité de Santé, des formations sur la prise en charge de patients déments pour les professionnels de santé (8).

Par ailleurs, le thérapeute ne doit pas simplement regarder le patient. En accrochant le regard du malade, il peut tenter de capter sa concentration (10). Le kinésithérapeute devient le centre de l'attention du patient facilitant l'exécution des exercices. Les troubles cognitifs et exécutifs dus à la maladie sont handicapants dans la prise en charge de cette population.

Les mains sont l'outil de travail principal du kinésithérapeute. Ainsi, il a la possibilité d'utiliser des techniques utilisant le toucher. Il s'agit de l'un des derniers sens à disparaître chez le malade (23). Le contact peut être mis en place de manière douce comme avec le massage. Il peut également être utilisé en rééducation pour la mobilisation, pour guider un exercice ou encore pour effectuer des résistances lors de renforcement musculaire. Le contact doit être progressif pour faciliter la confiance entre le patient et le thérapeute. Il permet lui aussi d'ancrer l'attention du patient durant la séance par son ressenti et la stimulation de ses tissus (8,18). Ces techniques auront un impact relationnel mais aussi thérapeutique au cours de la séance. De plus, elles stimulent des récepteurs sensitifs pouvant améliorer le schéma corporel du patient (23).

Pour la compréhension des consignes, un mécanisme par imitation peut être mis en place. Ainsi, le MK montre l'exercice au préalable au patient et lui demande de le reproduire. Ce processus implique l'utilisation des neurones miroirs situés proche de l'aire de Broca (24). Ils s'activent lors de l'observation d'une action exécutée par une autre personne. C'est également le cas lorsque le patient regarde ou entend quelque chose (24). Quand le MK réalise un mouvement, le patient a donc plus de facilité à l'assimiler et le réaliser. Il est également possible de réaliser l'exercice en même temps que lui. Sur ce principe, certains thérapeutes utilisent la danse comme moyen de communication non verbale. Le tango par exemple est utilisé en rééducation. Il peut permettre de faire l'exercice avec le patient tout en étant motivant et ludique.

D'autres thérapies peuvent être ajoutées aux stratégies précédentes comme la musicothérapie, l'aromathérapie, la réalité virtuelle ou encore la thérapie assistée d'animaux. Elles vont avoir un impact positif sur la prise en charge, apaiser le patient et améliorer certains aspects du comportement facilitant le contact et la PEC (5).

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Stratégies de recherche documentaire

Pour la bibliographie, une recherche par mots clés a été effectuée sur les bases de données comme Google Scholar, Cairn info, Pubmed, Science Direct, Kinédoc ou encore la HAS. La recherche documentaire a également été basée sur la consultation d'ouvrages, de revues scientifiques et de fondations créées pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer. Ces documents ont été sélectionnés à REEDOC, dans les bibliothèques de l'Université de Lorraine, sur gGogle et sur les bases de données citées précédemment. Afin d'avoir les données les plus récentes possible et les plus proches de la recherche, ils ont été choisis par leur titre, leur résumé et leur date de parution. Ces documents ont été consultés pour en savoir plus sur la communication dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, appréhender la mise en place d'entretiens semi-directifs et le recueil de données qualitatives. Les articles choisis sont en français ou en anglais. Les recherches documentaires se sont étendues d'août 2020 à avril 2021.

Les mots clés utilisés lors des recherches sont « maladie d'Alzheimer » ou « Alzheimer disease », « kinésithérapie », « communication », « troubles cognitifs » ou encore « type de mémoire ». Au niveau de la méthodologie, les mots clés « recherche qualitative », « entretien semi-directif » et « échantillonnage » ont été utilisés pour recueillir les données nécessaires à cerner la démarche. Certains de ces mots clés ont été associés pour ajouter des précisions à la recherche.

De plus, un échange avec une psychologue intervenant auprès de personnes Alzheimer ou démentes a permis d'étoffer et de confirmer les données déjà recueillies.

2.2. Méthode

2.2.1. Une démarche qualitative

Dans le cadre de cette étude, l'objet de recherche est de comprendre les modèles de communication mis en place lors d'une prise en charge kinésithérapique chez une personne

Alzheimer. Cette interrogation est explorée à travers des entretiens semi-directifs. Cet outil d'investigation fait partie des différents types d'entretiens proposés dans le cadre d'une recherche qualitative (25,26). Il consiste à obtenir des informations sur la logique d'une action, son principe de fonctionnement (27). De plus, il a pour but d'étudier et de comprendre un contexte, un phénomène ou encore une pratique (28). Il s'agit par conséquent de mettre en place un travail de didactique professionnelle, c'est-à-dire une « *analyse du travail en vue de la formation* » (29). Ce type de recherche est très souvent utilisé dans les sciences humaines et sociales et est particulièrement adapté aux recherches de santé.

Pour mettre en place cette enquête, les kinésithérapeutes vont répondre à des questions ouvertes lors d'entrevues semi-dirigées avec l'investigateur. Le chercheur adopte une attitude peu directive. Il doit être attentif et à l'écoute de la personne en face de lui. L'entretien semi-directif est un procédé à la fois protocolisé et libre. La personne interrogée, ici un kinésithérapeute, doit se sentir en confiance pour parler de son vécu et pour partager son ressenti. Ces entrevues semi-directives ont pour but de permettre un échange entre l'interviewé et le chercheur autour d'un thème précis, ici la communication dans la maladie d'Alzheimer. L'analyse de ces interviews permet de faire le lien entre la vie sur le terrain et les données disponibles dans la littérature (28).

2.2.2. Création du guide d'entretien

Pour avoir un échange constructif, l'entrevue est menée avec un guide d'entretien. Ce document, préparé en amont, est constitué de questions ouvertes et de relances autour de plusieurs thématiques (26). Ces relances ont été mises en place afin de préciser le discours de l'interviewé. Elles ont pour but de souligner, synthétiser, reformuler ou encore de demander une précision sur les idées formulées (27). L'objectif premier de ce guide est de réaliser des entretiens avec les mêmes questions afin de comparer les similitudes et les divergences de point de vue des kinésithérapeutes interrogés. De plus, il peut être rassurant pour l'investigateur afin de ne pas être pris au dépourvu et montrer à l'interviewé le sérieux et l'investissement dans la recherche. Pour autant, l'entretien doit rester un dialogue et non un interrogatoire. Pour cela, l'investigateur s'appuie sur le guide, sans pour autant être contraint de le suivre à la lettre, il doit réussir à s'en détacher (27).

Ce guide (ANNEXE I) s'organise autour de trois thématiques. Le premier domaine abordé est la prise en charge d'un patient Alzheimer. Cet élément permet d'interroger le contexte de cette communication. Puis, l'exploration de l'évolution et l'impact de la maladie d'Alzheimer lors d'une séance va permettre d'apporter un regard sur l'influence de la progression de la maladie sur la communication. Enfin, le dernier champ exploré concerne les adaptations et stratégies de communication du kinésithérapeute.

Ces thématiques ont été travaillées de manière à partir du plus général pour se préciser au fur et à mesure (26). Ce guide a été testé en amont auprès d'une kinésithérapeute ayant une expérience professionnelle de prise en charge de patients Alzheimer. Cela est réalisé dans l'objectif de vérifier la compréhension, la structure et l'enchaînement des questions. De plus, ce pré-test permet de contrôler le temps de l'entretien et de corriger les questions redondantes pour améliorer le guide suite au retour de cette professionnelle.

2.3. Matériel

Les principaux matériaux utilisés pour réaliser cette enquête sont l'ordinateur et le téléphone. Pour la sélection, les participants ont été contactés par téléphone. Les entretiens ont eu lieu sur une plateforme de visio-conférence. Le lien du rendez-vous, un formulaire de consentement et une fiche de renseignements à remplir ont été envoyés par mail. Le logiciel Word® a été utilisé pour la rédaction de ce travail, la retranscription et l'analyse des entretiens.

2.4. Déroulement de l'enquête

2.4.1. Sélection de la population

Une étude qualitative ne nécessite pas forcément d'interroger une grande quantité de personnes (30). Le nombre d'entretien à mettre en place dépend du stade de saturation des données, c'est-à-dire du moment où les informations recueillies deviennent redondantes. D'après Stéphane Wahnich, l'Humain n'a « *que trois ou quatre façons de penser un enjeu ou un objet* » (30). Ainsi, selon lui, une bonne enquête qualitative résulte d'une bonne manière d'interroger et d'analyser plus que du nombre de personnes interrogées (30). Ici, le nombre d'entretiens effectués est de cinq.

Dans le cadre de ce travail de recherche, la population choisie correspond à des kinésithérapeutes libéraux intervenant en EHPAD sur des patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer. Ces critères vont permettre de constituer l'échantillon de thérapeutes nécessaire pour comprendre la manière de communiquer avec une personne atteinte de la MA. La sélection de cette population se fait par échantillonnage théorique en accès direct, c'est-à-dire par sélection des participants via l'utilisation d'une liste de noms (27,31). Ici, il a été question de chercher des kinésithérapeutes via la liste des stages fournies par l'IFMK de Nancy. Aucun lieu géographique n'a été privilégié. L'utilisation de cette technique guide cette étude vers une analyse inter-cas. Les interviewés ne pratiquant pas dans le même établissement, la population interrogée est plus vaste. Les kinésithérapeutes n'ont ainsi aucun lien entre eux et l'analyse de leurs stratégies de communication se fait à travers différentes organisations d'EHPAD et différentes patientèles. Cela permet de pouvoir comparer ces techniques établies par les thérapeutes.

Ainsi, comme dit précédemment, la première prise de contact avec les kinésithérapeutes est téléphonique (ANNEXE II). Plusieurs questions leur sont posées afin de savoir s'ils correspondent aux critères recherchés. Après avoir expliqué brièvement la thématique, l'objectif de ce travail et le principe de l'entretien, ils sont libres d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Pour ce travail de recherche, treize kinés ont été contactés, seuls cinq correspondent aux critères recherchés et ont été d'accord pour participer à l'étude.

2.4.2. Le déroulement de l'entretien

Tous les entretiens ont eu lieu par visioconférence aux horaires convenus avec les kinésithérapeutes. Dans les deux heures précédant l'interview, l'intéressé reçoit un mail contenant un formulaire de consentement (ANNEXE III) et une fiche de renseignements (ANNEXE IV) à remplir. L'ensemble des données collectées dans les fiches de renseignements permet de caractériser et de définir la population. L'anonymat des personnes interrogées et des données recueillies est respecté tout au long de ce travail. Ce principe est rappelé à travers le formulaire de consentement et en début d'entretien afin de rassurer le participant.

A l'heure de l'entrevue, le participant reçoit un mail contenant les coordonnées de la visioconférence. Une fois connecté et avant l'interview, un bref rappel est effectué concernant

les modalités de cet échange, comme la durée, allant de trente minutes à une heure, le principe de l'enregistrement ou encore le fait que l'enquêtrice suit le guide travaillé en amont. La durée moyenne des interviews a finalement été de 44 minutes. A chaque fin d'entretien, l'interviewé est remercié de sa participation.

2.4.3. Analyse des retranscriptions d'entretiens

Concernant les retranscriptions, elles ont été effectuées via le logiciel Word ®. Chaque réécriture a été réalisée de manière fidèle, écrivant les informations fournies au mot près. Les données administratives ont été classées sous forme d'un tableau et de graphiques.

Une analyse thématique des données a été effectuée. Pour la restitution des résultats, il a été question de réaliser une lecture sémantique afin d'extraire chaque élément important des entrevues. Pour cela, un résumé a été fait pour chaque réponse aux questions du guide (ANNEXE V). Puis, ces données ont été classées dans des fichiers par questions du guide d'entretien, suivant les trois thèmes (ANNEXE VI). Chaque kinésithérapeute correspond à une couleur, dans le but d'avoir une lecture plus simple visuellement. De cette lecture verticale ont été regroupées les idées redondantes, communes aux participants, mais aussi les différences afin de faire émerger des consensus, des idées complémentaires ou encore des divergences d'opinion des kinésithérapeutes. Par la suite, une analyse par triangulation des données a été mise en place, c'est-à-dire une mise en parallèle des données de la littérature et des données obtenues par entretien. Cela est fait dans le but de renforcer et de comparer les résultats de cette étude.

3. RESTITUTION DES RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques de la population

Les données recueillies avant les entretiens par la fiche de renseignements sont disponibles dans un tableau (ANNEXE VII), puis ont été mises sous forme de graphiques afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des données.

Pour cette étude, il y a quatre hommes et une femme. Leur âge varie entre 26 et 58 ans, avec une moyenne à 35 ans (Figure 2a page 20). Trois des interrogés ont effectué leurs études en France, un en Belgique et le dernier en Allemagne. Aucun des kinésithérapeutes n'a eu son diplôme en France après la réforme de 2015. Aucun d'entre eux n'a effectué de formation spécifique à la gériatrie ou aux troubles cognitifs. Quatre des kinésithérapeutes interrogés ont passé la totalité ou quasi-totalité de leur carrière en libéral. Le cinquième a pratiqué 65% de sa carrière en libéral et 35% en tant que salarié de centre de rééducation ou d'hôpital.

Sur la figure 2b ci-dessous, il est possible de voir le pourcentage de prise en charge de patients Alzheimer sur l'ensemble de la carrière de chaque participant. Les kinésithérapeutes 1 et 2 côtoient des patients Alzheimer depuis le début de leur carrière, les trois autres qu'après quelques années de carrière.

Concernant l'organisation des séances, la figure 2c montre le nombre moyen de séances par patient Alzheimer et par semaine pour chaque kinésithérapeute interrogé. Ils interviennent entre 2 et 3 fois par semaine en EHPAD. Le nombre de séances consacrées à ces malades varie de 1 à 3 fois par semaine par patient, avec une moyenne à 1,9. Chacune de ces prises en charge dure entre 15 et 30 minutes, avec une majorité de réponses avoisinant les 20 minutes. La figure 2d représente cette durée moyenne pour chaque kinésithérapeute.

La figure 2e montre le pourcentage moyen de patients Alzheimer sur la patientèle totale de chaque kinésithérapeute. Cette prise en charge représente entre 2 et 10 % de leur patientèle actuelle, allant d'un patient pour la MK 1 à dix patients pour le MK 3 et 5.

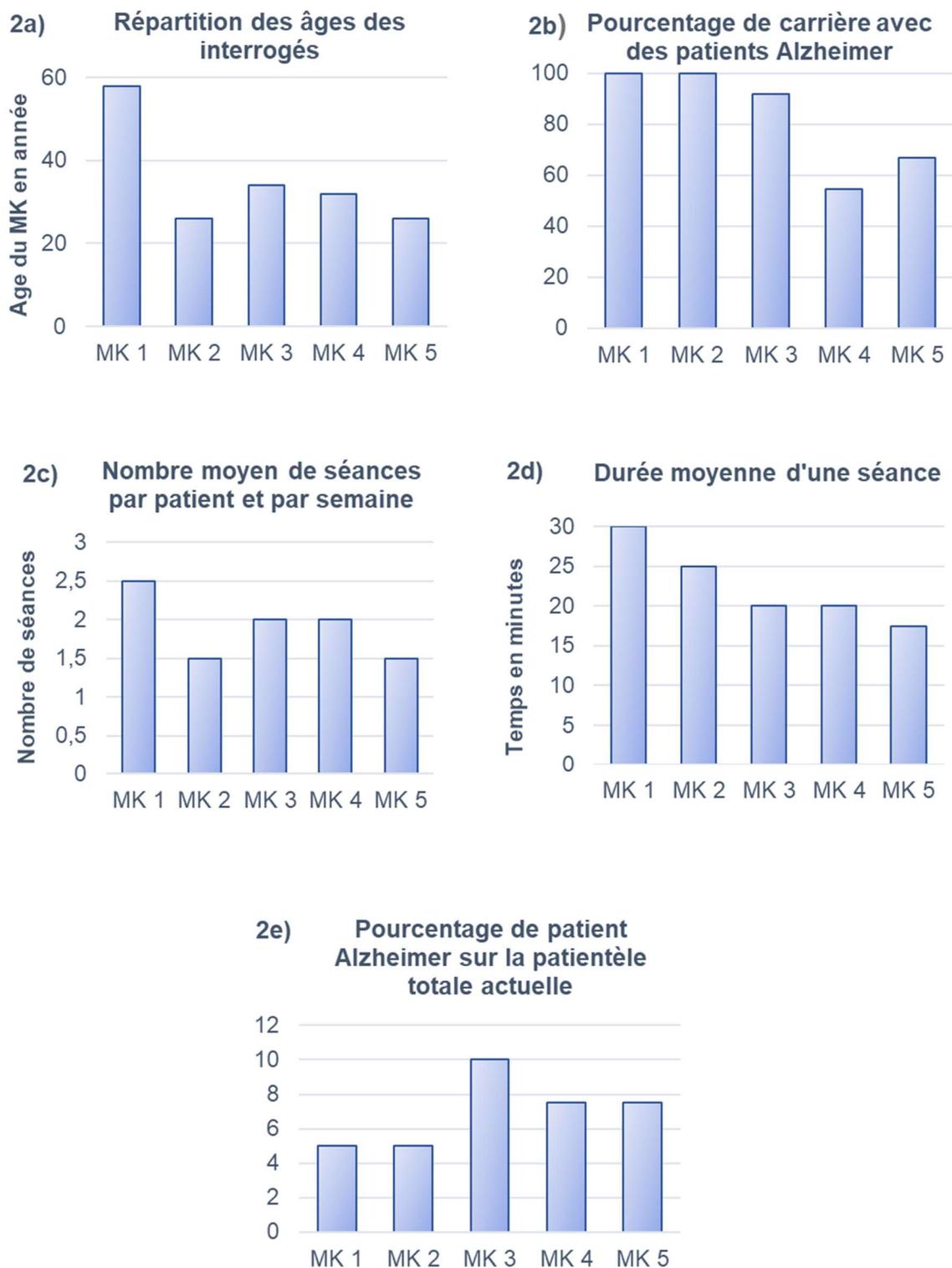


Figure 2 : 2a) Répartition des âges des interrogés, 2b) Pourcentage de carrière avec des patients Alzheimer, 2c) Nombre moyen de séances par patient et par semaine, 2d) Durée moyenne d'une séance, 2e) Pourcentage de patient Alzheimer sur la patientèle totale actuelle.

3.2. Résultats des entretiens

3.2.1. Un cadre à la communication

Lors de la prise en charge de patients Alzheimer, le kinésithérapeute agit dans un contexte défini. Il agit uniquement dans le cadre d'une prescription médicale comme en réfèrent deux d'entre eux, « *on ne peut intervenir que si le médecin prescrit* » MK1-L70. Sur avis médical, le MK 4 a d'ailleurs déjà été amené à arrêter de suivre certains patients ne communiquant plus et nécessitant une prise en charge entièrement passive car « *il y aura plus aucun intérêt kiné* » MK4-L200. Le MK 3 explique également arrêter d'en voir certains en l'absence de renouvellement de prescription, lui provoquant le sentiment d'abandonner des patients nécessitant un suivi « *pas parce que nous on voulait les abandonner, mais parce que les médecins demandent de plus les voir* » MK3-L470/471.

Pour quatre des participants à l'étude, la maladie d'Alzheimer n'est pas la pathologie à l'origine d'une demande de kinésithérapie. Il s'agit pour eux d'une pathologie associée à un autre problème de santé. Le kinésithérapeute 3 évoque d'ailleurs que « *sur l'ordonnance il n'y a quasiment rien de marqué. Moi je découvre, en fait, qu'ils sont Alzheimer quand je cherche un peu autour* » MK3-L126/128. La pluridisciplinarité pour cette pathologie permet de prendre des informations et de discuter de l'état de santé physique et cognitif du patient. Ainsi, les cinq kinésithérapeutes sollicitent à plusieurs reprises les équipes infirmières et aides-soignantes. Parmi eux, deux des interrogés les appellent en cas de difficultés face au patient, comme l'explique le MK 5 « *les aides-soignantes peuvent aider aussi [...] parfois ça peut être un renfort assez intéressant d'avoir le personnel de l'unité* » MK5-L315/320. Certains interviewés discutent avec le médecin physiquement « *au moins chacun une fois par semaine* » MK3-L100 ou « *par mail pour lui donner un petit peu l'évolution* » MK4-L60. D'autres professionnels peuvent être amenés à communiquer sur l'état du patient comme l'ergothérapeute pour le MK 1, l'orthophoniste et l'organisateur des activités de l'EHPAD pour le MK 2 ou encore la secrétaire et les autres kinésithérapeutes intervenant dans l'EHPAD pour le MK 3.

3.2.1.1. Intérêts thérapeutiques

Pour quatre des interrogés cette PEC est importante pour le patient. Trois d'entre eux pensent qu'elle présente toujours un intérêt pour le patient, peu importe le stade de la maladie. D'après le MK 1, « *c'est un maintien dans les meilleures conditions possibles en fait, même quand cette personne arrive en fin de vie* » MK1-L163/164 y compris lorsque la maladie rend le patient dépendant. Comme pour toute prise en charge, un kinésithérapeute pose des objectifs thérapeutiques à atteindre. La PEC permet d'après trois d'entre eux le maintien de l'autonomie mais aussi d'« *éviter la grabatisation rapide* » MK1-L25/26. Dans la continuité du discours du MK 1, le MK 4 explique l'impact de la rééducation sur le maintien des automatismes en disant « *éviter surtout une dégradation trop rapide notamment sur la perte de tout ce qui va être des automatismes* » MK4-L25/26. Pour le MK 5, il s'agit d'un entretien préventif ayant pour but de « *préserver justement sa durée de vie* » MK5-L35. Tous les participants de l'étude sont ainsi amenés à s'occuper de cette population pour éviter des chutes, des troubles de l'équilibre et de la marche. Trois des kinésithérapeutes interrogés se sont déjà occupés de patients Alzheimer pour des fractures suite à une chute. Parfois, lorsque la pathologie atteint un stade sévère, il s'agit de faire de la kinésithérapie respiratoire ou encore « *de la mobilisation [...] s'il y a de la raideur qui s'installe* » MK2-L137 associée à du renforcement musculaire.

Les kinésithérapeutes ont des avis partagés quant à l'atteinte de ces objectifs lors de la séance. Le 2^{ème} et le 3^{ème} accordent plus d'importance à la relation mise en place qu'à l'efficacité de la séance. Ils s'associent en décrivant la kinésithérapie comme un moment devant être agréable à passer pour le patient, « *Il faut que la personne se sente bien, qu'elle passe un bon moment quand le kiné vient* » MK2-L109/110. Le MK 2 évoque à de nombreuses reprises l'importance, à ses yeux, du bien-être mental du patient, le menant à être plus indulgent au cours de la séance. Il dit « *la relation reste la première importance quand même. [...] je serais moins attentif si on a moins marché le jour-là ou moins bien fait cet exercice* » MK2-L113/116. A l'inverse les kinésithérapeutes 1 et 4 cherchent à améliorer en priorité l'aspect physique et corporel du patient. Le MK 4 indique d'ailleurs avoir pour objectif de « *faciliter la vie pour tout le monde pour le patient, pour la famille, pour les équipes* » MK4-L193/194. Cette thérapie a une incidence sur le quotidien des familles et des équipes soignantes également dans l'entretien du 5^{ème} kinésithérapeute. Ce dernier rassemble par ailleurs ces deux objectifs. Il priorise le physique pour « *essayer de les maintenir le plus*

longtemps possible » MK5-L82/83 tout en essayant de mettre en place un échange visuel ou verbal afin « *d'avoir un échange avec eux* » MK5-L83.

3.2.1.2. *Ressentis du patient*

Il est difficile de savoir si le patient a conscience de ses atteintes. Chaque kinésithérapeute a sa propre théorie appuyée par son expérience professionnelle. D'après deux des participants, « *Il ne se rend pas forcément compte qu'il perd en autonomie* » MK1-L46/47. Le MK 5 estime que le stade de conscience des troubles évolue avec l'aggravation de la maladie. Il explique ainsi que « *plus ça évolue moins ils s'en rendent compte* » MK5-L342. Selon le MK 4, certains patients au stade débutant peuvent s'en rendre compte après l'initiation d'un exercice. Il l'illustre en expliquant avoir eu une patiente qui, suite à la prise de conscience de son incompréhension, a dit « *Ah oui, ah c'était ça ! D'accord, bah oui. Ah désolée des fois je comprends pas !* » MK4-L311/312. Le MK 2 évoque, dans ce genre de moment, un renfermement du patient, « *des fois ils ont conscience un petit peu de leur pathologie et ils ont plus tendance à se refermer et à moins parler aussi* » MK2-L59/60.

3.2.1.3. *Formation d'un lien adapté par le kinésithérapeute*

Pour un patient Alzheimer, les cinq kinésithérapeutes interrogés perçoivent la prise en charge comme du « *cas par cas* » MK2-L298. Ainsi, ils évoquent cette rééducation comme celle d'une personne âgée sans troubles cognitifs à laquelle ils adaptent leur discours et leur technique aux capacités du patient. Ils sont amenés à analyser le contexte dans lequel ils interviennent avant la prise en charge. Selon le MK 5, ces séances nécessitent plus de patience de la part du kinésithérapeute. En effet, pour une séance avec un patient Alzheimer, trois kinésithérapeutes sur cinq s'accordent à dire qu'« *il va falloir être un peu plus attentif* » MK2-L42 au patient, à ses humeurs et son état mental par rapport à une personne âgée sans troubles cognitifs. Quatre d'entre eux considèrent que le patient a des jours où la prise en charge est rapide et classique. D'autres jours, le patient est moins enclin à effectuer les consignes et la présence des troubles ralentissent la progression du MK dans la séance. Selon le MK 3, il faut accepter que toutes les séances ne soient pas productives « *Il y a des fois, il y a des jours sans comme ... comme pour tout le monde quoi* » MK3-L65/66. Il évoque le fait d'être « *le plus directif possible dans ce qu'[il] donne à faire* » MK3-L363. Il pense d'ailleurs avoir une approche avec plus de « *négociations* » MK3-L48 vis-à-vis du patient Alzheimer. A contrario, trois des kinésithérapeutes interrogés estiment être moins directifs et laisser le

patient faire les choses seul comme le dit le MK 4 L40/41 « *essayer s'ils sont capables de [...] le faire tout seul* ». Cependant, ils s'accordent dans le fait de ne pas braquer le patient. En effet, par exemple, la MK 1 dit « *On ne va pas le contrarier en disant « Mais non ce n'est pas ça, mais je vous ai déjà dit ». Il faut aller dans son sens* » MK1-L213/214. Ce principe de ne pas entrer en conflit avec le patient et d'éviter de le braquer revient à plusieurs reprises. D'après quatre kinésithérapeutes, braquer un patient dessert la prise en charge la rendant plus difficile. Dans ce genre de situation ou lorsqu'il éprouve des difficultés, les MK 3 et 4 se rejoignent en évoquant le fait de partir pour revenir à posteriori voir le patient « *je repasse après je m'occupe d'une autre personne* » MK4-L335/336.

3.2.2. Evolution de la maladie, son impact sur la communication

3.2.2.1. Une séance ajustée

Au cours d'une séance, chaque kinésithérapeute interrogé se présente au patient en donnant son prénom et sa profession. De cette manière, il instaure un repère pour le patient. Plusieurs techniques sont mises en place pour commencer chaque séance. Le MK 1 et 5 choisissent de débiter par « *un tout petit bilan* » MK1-L108/109 afin d'avoir une idée de l'état physique et cognitif du patient. Trois des interrogés réalisent une mise en route progressive en essayant pour deux d'entre eux de passer par le jeu « *faire ça, alors pas comme les enfants mais, d'essayer de faire un peu un jeu* » MK3-L172/173 ou pour le troisième de pratiquer un court échauffement à travers « *un petit peu de [...] travail actif de petits mouvements de dérouillage* » MK4-L98/99.

Lors du déroulement de la séance, quatre kinésithérapeutes sur cinq s'accordent sur l'utilisation de la répétition des consignes et des exercices. Certains, comme les MK 1 et 4, estiment que cela permet de créer des habitudes pour le patient. La MK 1 dit « *essayer de répéter les mêmes exercices pour que ça devienne un automatisme* » MK1-L117/118. D'autres, comme le MK 2 et 3, pensent que cette répétition peut rassurer le patient. Dans cette même optique, ils estiment que l'instauration d'une routine auprès du malade est bénéfique. Ils expliquent alors respectivement que « *le fait que ce soit assez routinier, ça va leur faire du bien. Ça va les rassurer beaucoup plus* » MK2-L271/272 et qu'« *une routine [...] au moins voilà, il y a ce côté rassurant pour le patient* » MK3-L332-333. Cependant, ils s'accordent avec la MK 1 lorsqu'elle évoque le principe de ne pas toujours effectuer la même séance et de diversifier sa prise en charge.

Pour clôturer la séance, le MK 4 indique au patient la date de sa prochaine séance. Il tente de donner un repère au patient dans l'hypothèse où « *peut-être que quelque part il y a une intégration qui se fait* » MK4-L369. Cette démarche vient dans la continuité de sa séance durant laquelle il essaye de stimuler cognitivement le patient en donnant une direction « *je leur dis on essaye d'aller voir les infirmières* » L117 lors de la marche plutôt que d'indiquer droite ou gauche.

3.2.2.2. *Des stratégies définies pour établir une relation avec le patient*

Pour les kinésithérapeutes, la relation mise en place avec le patient a un intérêt pour la prise en charge. Sur les cinq kinésithérapeutes interrogés, quatre évoquent leur présentation au patient comme le premier contact avec lui. Les MK 4 et 5 choisissent d'adapter leur posture « *j'arrive, je me mets face à lui et puis, euh, je lui parle* » MK4-L142. Le MK 5 choisi d'attirer l'attention sur lui en parlant d'une manière douce dans le but de ne pas « *trop l'agresser dès le départ* » MK5-L132. Deux des kinésithérapeutes passent par le regard pour capter l'attention du patient, en restant « *dans son champ de vision* » MK3-L497 ou encore « *le regarder dans les yeux* » MK5-L288. Le MK 2, quant à lui, cherche des éléments de discussion familiers au patient à travers des éléments connus du passé ou encore l'environnement « *au sein de sa chambre pour pouvoir faire un peu des liens* » MK2-L303. Tout au long de l'entretien, il explique « *prendre le soin de bien écouter* » MK2-L41 et faire le moins de différence possible entre un patient Alzheimer et une personne âgée sans troubles cognitifs. Deux autres participants cherchent une réaction du patient en parlant beaucoup pour « *qu'il soit en interaction avec moi* » MK3-L498 ou en n'hésitant pas « *à parler même si des fois le discours n'est pas [...] forcément cohérent* » MK4-L148. Parfois ce discours est associé au toucher « *Ça peut être par une caresse sur le bras, sur l'épaule* » MK4-L145/146 ou « *On prend le bras et on caresse la main tout en marchant* » MK1-L285. Selon la MK1, le contact peut aider à réduire une crainte, une anxiété, parfois une dépression. Les MK 2 et 3 passent par l'utilisation de blagues pour créer une connexion avec le patient. Le MK3 dit « *Sortir des blagues déjà s'ils rigolent, si on peut arriver à faire le truc, en général c'est là que ça passe un peu plus facilement* » MK3-L272/273. Cependant, selon lui, le second degré n'est pas forcément compris par toutes les personnes Alzheimer.

Les kinésithérapeutes s'aperçoivent rapidement lorsque la connexion est établie entre eux et le patient. Cela passe dans un premier temps par l'observation de « *son visage on voit tout de suite s'il est, euh, s'il est open aujourd'hui ou pas* » MK5-L134/135. Quatre d'entre eux

l'observent par le regard. « *La personne qui est restée le regard dans le vide* » MK4-L169 est un indicateur de l'absence d'attention du patient pour trois d'entre eux. Pour deux kinésithérapeutes, c'est à travers les yeux de la personne qu'on capte l'attention. Le MK2 explique « *chercher un peu le regard de la personne* » MK2-L72. L'interaction du patient vis-à-vis du kinésithérapeute est également un signe de connexion entre eux. Ainsi, il y a un échange pour trois d'entre eux « *s'il réagit à ce que je lui dis. Et, euh, voilà, principalement voir s'il m'écoute, s'il veut bien faire déjà ce que je lui propose ou non* » MK2-L73/74. Cette mise en relation du professionnel et du patient est bénéfique pour les deux parties. D'après les cinq kinésithérapeutes, cela facilite la prise en charge. Pour quatre d'entre eux, établir un échange avec le patient permet d'obtenir son adhésion pour la séance. D'après le MK 1, il « *accepte de faire des exercices avec moi. S'il a confiance* » MK1-L143. Le kinésithérapeute arrive à mettre en place sa séance de manière plus simple d'après le MK 3 « *ce sera plus facile pour bosser* » MK3-L278. Le patient est plus attentif et participant pour le MK 4. Le MK 5 estime que la connexion établie entre le patient et le thérapeute influe sur les résultats de la séance « *plus la relation est bonne, plus les résultats seront bons* » MK5-L169/170. Il en est de même pour le kinésithérapeute 3 expliquant d'ailleurs que « *S'il y a pas de lien, on ne fait plus rien* » MK3-L298. Comme à de nombreuses reprises au cours de son interview, il évoque l'importance d'établir une relation de confiance pour une séance en bon terme et le fait d'être parfois en difficulté pour l'obtenir, « *on essaye d'avoir une relation de confiance et c'est toujours un peu plus galère à avoir qu'avec un autre patient* » MK3-L161/162. En dehors de l'aspect rééducatif pur, ce lien avec le thérapeute offre au patient un moyen de garder un lien social. Pour l'un, il s'agit de « *garder un contact humain* » MK2-L86, pour l'autre « *leur permettre de conserver la dignité* » MK1-L148. C'est également un moyen de limiter la crainte du côté du patient « *qu'il y ait le moins d'appréhension possible* » MK4-L182. Il est important pour deux des kinésithérapeutes de prendre en compte le bien être du patient.

Au fil des années, la relation entre le malade et son thérapeute est impactée par la pathologie. Avec l'aggravation des stades de la maladie, le lien entre le patient et son kinésithérapeute s'affaiblit. Pour le MK 3, souvent, le passage en EHPAD est assez court pour ce type de patient ne lui permettant pas de voir l'évolution de la maladie. Il décrit « *En un an ou deux ans finalement ils sont souvent en fin de pathologie et malheureusement ils décèdent d'autre chose* » MK3-L396/397. Il en est de même pour le MK 4 expliquant « *je communique beaucoup plus avec une personne qui va être en stade léger* » MK4-L218. Il explique mettre plus facilement tout en œuvre dans la rééducation d'un patient en stade léger, « *en stade*

effectivement plus avancé, voilà, on va essayer d'entretenir au maximum l'autonomie mais voilà, sans forcément chercher à aller plus loin » MK4-L222/223. Pour le MK 5 aussi, il y a une diminution de la discussion et des échanges avec un même patient, progressivement sur un intervalle de trois ans. Il explique « *on leur parle mais quand on n'a pas de réponse en retour ou qu'ils répondent à côté alors que, un an avant on arrivait à avoir une discussion à peu près correcte. C'est sûr que forcément, d'un côté la relation se dégrade un peu* » MK5-L202/204.

3.2.2.3. *Les stratégies d'approche d'une personne non communicante*

Lorsqu'il s'agit d'un patient Alzheimer non communicant, les moyens d'établir un contact pour les kinésithérapeutes tournent ici aussi autour des sens. Il s'agit d'un lien « *moins évident* » MK2-L339 à mettre en place pour le MK 2. Le MK 3 est plus facilement gêné dans cette situation et éprouve plus de difficultés à faire la séance, « *quand il n'y a pas de réponse, c'est, euh, je vais être limite timide avec quelqu'un qui est timide* » MK3-L532/533. Les kinésithérapeutes utilisent naturellement les techniques fonctionnant avec les patients Alzheimer communicants. Cependant, quelques adaptations supplémentaires sont mises en place.

Pour les kinésithérapeutes 1, 4 et 5, la communication chez un patient privé de parole passe à travers le toucher principalement que ce soit pour établir un rapide bilan « *Ils réagissent à notre passage comme ça, ils font des petites grimaces. Alors là, on se dit bah tiens ça fait mal là.* » MK1-L389/390 ou simplement pour prendre un premier contact en douceur « *commencer doucement par lui toucher le bras, lui bouger un peu les mains* » MK5-L326/327. D'après ce dernier, un mouvement brusque peut mener le patient à se renfermer.

La vue joue également un rôle dans la relation. Les kinésithérapeutes 2 et 4 s'accordent à tisser un lien à travers des gestes « *essayer de faire comprendre par nos mains, par nos gestes* » MK2-L341. Comme vu précédemment, MK1 implique le visuel en se mettant à hauteur du patient, au niveau de son regard. Une attitude bienveillante favorise le lien selon le MK 2. C'est pourquoi il tente de faire des sourires pour établir un contact avec le patient. Cependant, cela reste compliqué à mettre en place avec le contexte sanitaire actuel et le port du masque.

Enfin, trois des kinésithérapeutes interrogés utilisent la parole comme moyen de contact principal, comme chez une personne communicante. Pour ces derniers, parler en permanence est important. A travers son interview, la MK 1 dit « *beaucoup parler même si on a l'impression qu'on parle à un mur* » MK1-L400/401, selon elle, il y a toujours une connexion qui se crée. A contrario, le MK 2 pense qu'il n'y a « *pas forcément besoin de parler* » MK2-L344. Ce type de patient reste, d'après le MK 1 et 3, assez rare au cours d'une carrière. Au cours des interviews, plusieurs participants de l'étude évoquent le fait d'être non communicant comme une dégradation ou l'approche de la fin de vie. La MK 1 dit d'ailleurs « *quand il n'y a plus de relationnel c'est quasiment ... ça va vite, ça va très vite pour être en fin de vie* » MK1-L352/353. Pour le MK 5, « *en général quand il n'y a pas de communication verbale, euh, c'est déjà des patients qui sont à un stade où ils ne marchent plus* » MK5-L355/357. D'après son expérience, le MK 3 raconte que cette absence de communication verbale vient parfois du traitement médicamenteux « *des cachets qui étaient trop forts* » MK3-L564. Le traitement étant géré par le médecin, il explique, ici encore, l'utilité de discuter et de travailler en pluridisciplinarité.

3.2.2.4. Des changements visibles au quotidien

3.2.2.4.1. Des difficultés grandissantes pour le patient

Parmi les troubles du malade retrouvés en séance, deux des kinésithérapeutes abordent les troubles de l'équilibre et les difficultés pour le patient de s'orienter dans l'espace. Les MK 1 et 5 ressentent même une perte de confiance en marchant « *plus les patients, euh, sont atteints au niveau de la maladie, moins ils sont sûrs au niveau de la marche* » MK5-L207/208. Les cinq kinésithérapeutes évoquent progressivement une dégradation du patient avec souvent une perte du mouvement. Cette évolution de la maladie se fait, selon eux, différemment d'un patient à l'autre, y compris chez des patients de stade similaire. La MK 1 parle d'une progression faible mais possible dans les stades légers puis d'une régression avec l'évolution de la maladie « *on n'arrive plus à les faire marcher. Ils ne savent plus comment mettre un pied devant l'autre* » MK1-L267/268. Il lui est déjà arrivée de retrouver une patiente « *prostrée dans son fauteuil* » MK1-L229 en l'absence de stimulation extérieure. C'est pourquoi, comme vu précédemment, ses objectifs sont de restaurer des automatismes et de pallier le plus possible les déficits musculaires et articulaires. Dans le même esprit, le 4^{ème} interrogé pense qu'un mouvement correct est possible, si les mécanismes sont encore

présents. Pour lui, c'est aléatoire d'un patient à l'autre, il dit « *ils veulent avancer les fesses par exemple mais ils ne posent pas les pieds par terre, voilà, donc là effectivement c'est compliqué de se mettre debout* » MK4-L320/321. L'explication des différentes étapes faites par le kinésithérapeute peut aider le patient à réaliser la tâche. Quant au MK 2, il estime que la prise en charge peut évoluer dans tous les sens avec la maladie. Il peut « *être assez plateau. D'autres qui vont descendre vachement vite. Tu vas pouvoir avoir des gens avec des pics de lucidité aussi sur certaines séances* » MK2-L253/255. La plupart du temps, il constate une dégradation « *nos échanges, que ce soit par la parole, par le regard, par les consignes, vont se dégrader* » MK2-L259/260. Selon le MK 3, la dégradation s'accélère suite à un évènement comme une chute ou une fracture. A contrario, le MK 5 évoque une réduction des réflexes du patient. Selon lui, c'est une pathologie où « *on ne va pas vraiment progresser* » MK5-L38/39.

Les gestes des patients sont aussi modifiés par l'avancée des symptômes. Pour deux des kinésithérapeutes, les mouvements du patient Alzheimer sont plus lents. Ils estiment d'ailleurs que le risque de chute est plus important dans cette pathologie « *c'est des gens qui vont chuter plus facilement et qu'on retrouve finalement à moins se mouvoir* » MK3-L435/436. Enfin pour le MK 4, le mouvement varie de l'un à l'autre, « *certains le mouvement est très très fluide et puis il y en a d'autres chez qui il n'y a rien du tout, ils sont raides complètement* » MK4-L332/333.

3.2.2.4.2. Une communication modifiée

Tous les kinésithérapeutes interrogés évoquent une modification de la communication du patient avec l'avancée de la maladie d'Alzheimer. D'après ces derniers, ces troubles varient d'un patient à l'autre. Selon le MK 2, ils seraient en corrélation avec la personnalité et le caractère de chacun. Il évoque d'ailleurs le fait que des patients Alzheimer naturellement discrets ne réussissent pas à communiquer « *parce que justement ils seront trop renfermés* » MK2-L363. Certains kinésithérapeutes, comme les MK 1 et 4, observent ces changements à travers des patients partants « *dans une idée obsessionnelle* » MK1-L212 avec des « *discours incohérents ou des phrases répétitives* » MK1-L217. Au stade léger, le MK 4 explique avoir des patients pouvant tenir une conversation et évoquer des souvenirs malgré des difficultés pour intégrer certaines choses. Avec l'évolution de la maladie, trois kinésithérapeutes constatent des difficultés à « *structurer ses pensées* » MK5-L337, « *à trouver le bon mot à un endroit* » MK4-L424 ou encore le patient peut « *baragouiner des mots mais des choses qui*

n'existent pas » MK4-L424/425. A cela s'ajoute, pour le MK 2, une fuite de la conversation, « *Soit ils vont te parler d'un sujet complètement différent, soit ils vont éviter un peu le regard, soit ils vont vouloir se déplacer ils vont être agités* » L374/375. Enfin au stade sévère de la maladie, le MK4 évoque des échanges limités avec le patient, il ne reçoit « *aucune réponse de sa part quel que soit ce que je vais lui dire en fait, ou alors la réponse est complètement [...] inadaptée* » MK4-L132/134.

A cela s'ajoute pour chacun des kinésithérapeutes, une diminution de la compréhension avec plus de difficulté à intégrer les consignes « *plus la maladie a avancé plus c'est difficile* » MK5-L238. Pour la MK 1, il s'agit d'une incapacité à réaliser une consigne par défaut de commande « *le cerveau qui ne commande plus* » MK1-L304. La réaction du malade, face au fait de ne pas saisir l'exercice demandé, diffère. Le MK 4 remarque chez certains patients une tendance à lutter contre les mouvements du kinésithérapeute « *je vais la mobiliser et puis après elle va tout raidir parce que [...] elle ne sait plus ce qu'on lui fait malgré les explications* » MK4-L249/251. Dans cette situation, certains malades ne bougent pas. D'autres réalisent un autre exercice que celui demandé en essayant de « *faire comme s'ils avaient compris* » MK5-L260/261. Dans les deux cas, les kinésithérapeutes expliquent voir cette incompréhension dans le regard du patient « *on voit dans leur yeux qu'ils comprennent pas* » MK4-L300/301. A ces difficultés d'assimilation s'ajoutent parfois des incohérences lors de l'utilisation d'aide technique de marche, par exemple « *ils ne savent plus bloquer les freins* » MK5-L240/241 ou encore « *elle va lâcher le truc [le déambulateur] comme ça et partir d'un seul coup de l'autre côté* » MK4-L240/241.

Les kinésithérapeutes évoquent également la présence d'autres dysfonctionnements cognitifs lors de leur séance. Trois d'entre eux décrivent des difficultés de reconnaissance pour le patient. Ce trouble ne semble pas déranger le MK 3, confondu avec ses collègues intervenant dans le même EHPAD, il a tendance à aller dans le sens des patients « *S'ils m'appellent Benjamin, finalement je finis par avoir le même prénom que mon collègue* » MK3-L193/194. A cela s'ajoute, pour chacun des kinésithérapeutes, les troubles de la mémoire faisant également partie du quotidien du malade. D'après la MK 1, ils sont aussi visibles en kinésithérapie à travers un oubli ou une erreur de jour pour certains rendez-vous ou encore « *d'une séance à l'autre ils ont oublié ce qu'on a fait la séance dernière* » MK1-L220.

Selon le MK 3, la dégradation mnésique complique forcément la prise en charge mais à ses yeux, ce sont les troubles du comportement et de l'attention qui sont les plus dérangeants. D'après deux MK, l'agressivité se retrouve principalement chez les patients aux stades sévères. C'est un comportement remarqué dans différentes situations. Trois des participants justifient cette agressivité par un moyen pour le patient de s'exprimer à travers la violence « *ça va vraiment nous faire comprendre que ça allait pas* » MK3-L580. Pour les MK 1 et 5, cela peut traduire un refus d'être touché, « *ils peuvent se sentir agressés* » MK5-L346. Le MK 5 appuie ces propos à travers son expérience avec un patient lors de mobilisations « *tu lui bouges la jambe et il te montre le poing* » MK5-L363. A cela s'ajoute des marques d'animosité « *avec d'autres résidents, parfois avec des thérapeutes, parfois avec nous malheureusement* » MK3-L339/340 mais aussi de la vulgarité. Ces actes perturbent, selon le MK3, la concentration du malade au cours de la séance. Ces difficultés d'attention et de concentration, d'origine comportementale ou non, sont perçus par trois des kinésithérapeutes. Un des participants évoque des « *troubles de l'attention avec difficultés à être attentif sur des durées un peu plus longues* » MK2-L370/371 mais aussi « *des gens qui vont pouvoir t'écouter même pas une seconde* » MK2-L367. En accord avec le MK 3, il évoque des instants où le patient part dans son monde en pleine séance. Cela limite son niveau d'exigence de la séance qu'il diminue pour favoriser le fait de passer un bon moment.

3.2.2.5. *Le discours d'un patient Alzheimer non communicant*

Parfois, un patient même non communicant tente de s'exprimer. L'observation de ce type de patient est importante pour les kinésithérapeutes 1 et 4, « *je regarde beaucoup ça, beaucoup, beaucoup* » MK1-L392. Pour le MK 2, il s'agit d'une « *analyse assez globale* » MK2-L410. D'autre, comme le MK 5, pense qu'« *il faut faire plus attention aux signes, euh, extérieurs* » MK5-L145/146. Pour quatre des kinésithérapeutes, les mimiques du visage donnent beaucoup d'informations sur le ressenti du patient. Ainsi, pour le MK 5 le patient « *a tendance à plus s'exprimer par le visage* » MK5-L144, lui permettant de montrer parfois sa douleur. Le regard est un indicateur important du visage pour trois kinésithérapeutes. Un regard fuyant peut signifier que le patient « *va peut-être vouloir un peu bouger* » MK2-L403/404. Certains détournent le regard « *ne voulait pas nous regarder* » MK3-L581.

Le patient communique également à travers l'ensemble de son corps. Les cinq kinésithérapeutes remarquent des mouvements corporels des patients. Les kinésithérapeutes parlent d'observer « *tous les mouvements corporels ou tous les mouvements non verbaux que*

tu peux retrouver » MK2-L404/405 ou encore « *parfois ils essayent de faire des gestes, rarement* » MK5-L360. Un des kinésithérapeutes évoquent les mouvements de la main pour s'exprimer à travers les expressions « *Avancer sa main* » MK4-L411, « *mettre sa main sur la mienne* » MK4-L411/412 ou encore par retrait de la main. Pour un autre, il s'agit de « *taper sur les mains* » MK3-L578 ou du patient qui « *tournait la tête* » MK3-L581. La posture du patient incite aussi le kinésithérapeute à l'analyse. Pour deux kinésithérapeutes, une position prostrée au fond du fauteuil évoque un patient qui se renferme, « *il y a un contact qui est établi, c'est pas celui que je voudrais* » MK4-L416/417. Le MK2 interprète cela comme « *quelque chose qui ne va pas* » MK2-L410. Il arrive parfois que le patient soit réticent aux soins ou douloureux. Il le notifie alors par « *un recul* » MK1-L378, « *il râle* » MK3-L576 ou « *elle nous repousse* » MK1-L371. A cela s'ajoute des « *des cris ou des bruits* » MK4-L425/426. Il arrive aussi pour deux d'entre eux d'observer de l'agressivité de la part du patient. Selon le MK 5, lorsqu'un patient ne parle plus « *c'est rare qu'ils essayent de rentrer en contact* » MK5-L361.

3.2.3. Les stratégies de communication du kinésithérapeute

3.2.3.1. Une adaptation au quotidien

Face à ces constats, chaque kinésithérapeute met en place des stratégies. À de nombreuses reprises au cours des interviews, les kinésithérapeutes évoquent le verbe s'adapter. Ainsi, un des participants s'adapte pour réagir « *plus vite qu'[avec] une personne non atteinte pour ne pas perdre l'attention de la personne* » MK2-L226. Tandis qu'un autre évoque adapter les techniques face à « *la compréhension des consignes qui est limitée et une participation sur les exercices qui est limitée* » MK4-L50/51. Ces troubles impactent la thérapie. Le MK 5 explique que la maladie « *limite les possibilités* » MK5-L274. Il simplifie alors au maximum sa prise en charge allant jusqu'à estimer la dégrader. Pour deux des MK, les incompréhensions du patient rendent les séances difficiles, « *c'est toujours plus long et plus compliqué à faire, s'il comprend pas ce que je dis* » MK3-L450. Pour réaliser un exercice, ils modulent donc leurs techniques au cas par cas. Ainsi, le MK 2 explique qu'il n'y a pas de recette miracle. Il fait selon son ressenti « *je le fais quand même au feeling finalement* » MK2-L308. Comme le MK 3, il s'adapte au caractère et à la personnalité du patient. La MK 1, quant à elle, adapte ses stratégies en fonction du stade. Si le patient arrive encore à suivre cognitivement, « *c'est en répétant les mouvements. Ça il n'y a pas de soucis, par le jeu, par le mime* » MK1-L316/317. Si l'attention du patient régresse, elle tente de passer par « *les barres*

parallèles pour les verticaliser » MK1-L318/319. Lorsque le patient n'a plus les capacités de participer, elle réalise, comme le MK 4, une séance entièrement passive.

A travers leur méthodes, il est toujours question d'utiliser les sens comme lors d'entrer en contact avec le patient. Les cinq kinésithérapeutes interrogés utilisent principalement la parole comme stimulation pour faire comprendre les exercices. Pour des patients avec une compréhension suffisante, plusieurs kinésithérapeutes choisissent, dans un premier temps, d'adapter les consignes. Trois des kinésithérapeutes racontent donner des consignes simples, claires et courtes, « *j'essaye de pas prendre des plombes à lui expliquer parce que sinon euh je le perds rapidement* » MK4-L377/378. Pour deux des participants, si le patient est perdu ou ne comprend pas un mot, ils adaptent le langage dans le sens où ils essayeront de « *passer par d'autres consignes, d'utiliser d'autres mots* » MK4-L391. Le MK 5 ajoute « *si jamais je vois qu'ils sont perdus je réexplique* » MK5-L311/312. Trois des kinésithérapeutes interrogés expliquent parler en permanence. Pour un des kinésithérapeutes, la verbalisation est importante, peu importe le stade, « *peut-être que quelque part il y a une intégration qui se fait* » MK4-L369. Il donne la consigne y compris lorsqu'il mobilise passivement le patient pour le stimuler. Un autre essaye de parler plus fort et de ramener l'attention sur lui en expliquant « *si je vois qu'ils sont ailleurs j'essaye de les rappeler un peu à l'ordre* » MK5-L310/311. Pour tous les interrogés, la répétition des consignes est un élément prégnant à la rééducation. Par exemple, un des kinésithérapeutes témoigne « *Des fois il va falloir que je le répète tous les deux mouvements parce qu'ils oublient ce qu'ils étaient en train faire* » MK4-L346/347. Un autre estime le fait de répéter comme une méthode commune à tout patient âgé.

Si les explications ne suffisent pas au patient pour réaliser l'exercice demandé, tous les kinésithérapeutes interrogés utilisent le principe du mime. Ainsi, tout en expliquant, le MK 3 « *montre l'exercice en même temps* » MK3-L525. Il évoque d'ailleurs faire « *une espèce de thérapie miroir* » MK3-L527. Le MK 4 utilise la même technique tout en faisant des pauses pour couper les exercices, « *Pas forcément des fois enchaîner les mouvements mais des fois faire deux mouvements, arrêter un petit peu reprendre après toujours en verbalisant* » MK4-L379/381.

A cela s'ajoute l'utilisation du toucher pour trois des kinésithérapeutes. Le MK 4 explique par exemple mettre une stimulation « *au niveau de la ceinture en décollant les fesses pour essayer de leur dire on va se lever* » MK4-L386/387 ou encore être progressif dans ses

mobilisations. Lorsqu'il ne retrouve aucune réponse du patient, il initie le mouvement sur ce dernier ou travaille la séance entière en passif toujours en verbalisant. D'une autre manière, la MK 1 se sert de sa main comme repère visuel devant le pied du patient par exemple et lui demande « *Ah donnez, venez taper avec votre pied* » MK1-L65/66 en faisant un signe pour montrer où aller. Elle essaye d'être ludique.

Il arrive d'ailleurs pour trois kinésithérapeutes de passer par l'univers du jeu. La MK1 se sert parfois d'une balle ou de « *quelque chose qu'il a envie, hop de l'obliger à venir le chercher* » MK1-L248. Pour le MK 2, comme pour le MK 4, il s'agit plus de créer une distraction par des moyens détournés pour faire réaliser le mouvement au patient et ainsi atténuer l'aspect exercice. Par exemple, il va demander « *Est-ce que vous pouvez m'attraper quelque chose en hauteur ?* » MK2-L318/3019 pour le faire monter sur la pointe des pieds ou « *en racontant un peu une histoire* » MK2-L321/322 pour lui faire faire des plus grands pas.

Quelle que soit la voie d'entrée utilisée, l'objectif pour la MK 1 est de « *trouver l'agent aidant pour déclencher le réflexe* » MK1-L274. Dans son exemple, elle évoque le fait de pousser un fauteuil roulant comme unique moyen de faire marcher sa patiente. Un des kinésithérapeutes se sert de son expérience personnelle avec sa grand-mère pour trouver des astuces. Un autre préfère quant à lui « *un petit peu entrer dans leur univers et voir ce qui marche le mieux* » MK2-L327/328.

3.2.3.2. *Une réaction adaptée face à l'incompréhension du patient*

Il arrive pour le patient, de ne pas comprendre une consigne formulée par le kinésithérapeute. Dans cette situation, la MK 1 explique ne pas voir de colère de la part du patient. Pour le deuxième interrogé, la réaction du patient dépend du caractère comme chez toutes personnes, « *Tu vas avoir des gens qui auront plus tendance à s'énerver. D'autres qui vont plus baisser les bras* » MK2-232/233. Le MK 3 a plus tendance à faire face à de la vulgarité, des « *gros mots* » MK3-L417/418 ou encore un patient qui se braque arrêtant de travailler.

Pour pallier cette situation, les kinésithérapeutes tentent de changer d'exercice en proposant autre chose. Dans chacune des interviews, l'interrogé cherche à aider le patient et à l'accompagner dans sa maladie. Pour les MK 2 et 5, il est important de ne jamais mal réagir et de ne pas forcer. Un d'eux évoque « *Ne pas baisser les bras [...] en évitant de s'acharner*

bien sûr » MK2-L419. Pour deux kinésithérapeutes, « *il ne faut pas le laisser en situation d'échec* » MK1-L329, comme pour tout patient. Dans le même esprit, le MK 3 fait tout pour ne pas contrarier le patient « *si eux ils sont contents de pouvoir faire les choses avec nous, moi, c'est ce qui m'importe* » MK3-L196/197. Trois kinésithérapeutes sur les cinq retiennent l'exercice incompris plus tard, à distance de l'échec. Un des participants explique même « *je ne pense pas que t'aies des exercices qui sont vraiment indispensables* » MK2-L333/334. Il réessaye plus tard mais si l'exercice ne passe toujours pas, il l'abandonne au profit du bien-être du patient. Enfin, s'il en vient à réaliser une séance passive où le patient ne comprend pas la consigne allant jusqu'à lutter, le MK4 choisit d'« *appuyer un petit peu plus fort automatiquement euh ... toujours en sécurité pas comme une brute non plus* » MK4-L395/396 pour obtenir un mouvement dans l'intérêt du patient pour limiter les enraidissements.

3.2.3.3. *Adaptation de la prise en charge chez le patient Alzheimer non communicant*

Pour les patients non communicants, les techniques utilisées restent les mêmes que celles citées précédemment. Quelques adaptations supplémentaires sont mises en place. La MK 1 tente une première approche tactile douce avant la mobilisation « *je commence par des massages puis ils se laissent faire* » MK1-L382/383. Un des autres participants raconte pallier le manque de parole en essayant « *de jouer sur les autres sens* » MK2-L381 afin de toujours stimuler le patient. Il est d'ailleurs le seul à évoquer « *la musique* » MK2-L384 comme stimulation auditive. Pour trois kinésithérapeutes, le manque de communication rend la prise en charge plus passive. C'est également le cas du MK 5, lorsqu'il évoque « *Si on n'arrive pas à communiquer verbalement, si je n'arrive pas à faire comprendre au patient ce que je veux, ça sera plus passif* » MK5-L353/354. Pour un des kinésithérapeutes, la rééducation d'un patient Alzheimer non communicant nécessite « *plus de gestes de ma part, plus de difficultés pour moi* » MK4-L430. Selon lui, ce type de patient a tendance à « *être un peu plus dans l'opposition* » MK4-L442/443. L'absence de communication le pousse à « *vraiment se concentrer sur l'essentiel* » MK4-L435/436 et à réaliser « *des séances qui sont forcément plus courtes et adaptées, euh, à la personne* » MK4-L436/437.

Pour deux des kinésithérapeutes, la maladie d'Alzheimer dans les stades sévères est comparable à un retour à l'enfance. Un d'entre eux exprime son sentiment à travers l'expression « *un peu comme les enfants. Si on ne passe pas du temps avec eux et qu'on ne leur montre pas qu'on est bien autour d'eux, j'ai l'impression qu'on les perd un peu* » MK3-

L613/615. Une autre évoque ce retour à l'enfance à travers le fait que « *parfois il peut être très participatif et d'autres fois non, comme un petit enfant* » MK1-L205/206. Comme elle le dit dans son interview, « *si elle [la personne Alzheimer] ne communique plus verbalement mais qu'elle sait encore faire des choses de façon active, on essaye de la stimuler à faire le mouvement* » MK1-L356/357.

3.2.3.4. *Vers l'amélioration des pratiques du masseur-kinésithérapeute*

Quatre des participants ne changeraient pas leur manière de travailler actuellement. Chacun évoque le fait d'obtenir des résultats et d'avoir le sentiment de réussir ce qu'ils entreprennent, « *je pense que je m'en sors plutôt pas trop mal* » MK4-L457. Cependant, trois d'entre eux restent ouverts à de nouvelles formations ou publications scientifiques. L'un d'eux a d'ailleurs « *prévu de faire une formation aussi en gériatrie* » MK5-L368/369. Le MK 3, s'il le pouvait, améliorerait sa pratique en augmentant la durée de ses séances. Il estime ne pas avoir le temps nécessaire en EHPAD par rapport au moment où il intervenait en unité spécialisée « *je ne suis pas sûr qu'on ait le temps nécessaire pour faire une prise en charge correcte* » MK3-L110/111. Il pense que mettre ces patients dans une unité spécialisée à l'écart permet de leur accorder plus de temps et d'interactions sociales.

4. DISCUSSION

4.1. Le kinésithérapeute au cœur des troubles du patient Alzheimer

4.1.1. Une identité professionnelle impactant le modèle de communication

Chaque kinésithérapeute intervient dans un contexte délimité par une ordonnance rédigée par le médecin de l'EHPAD ou le médecin traitant du patient. Lors des entretiens, cette dépendance médicale est rappelée pour le commencement d'une prise en charge mais aussi pour l'arrêt du traitement kinésithérapique, allant parfois même à l'encontre du ressenti du kinésithérapeute. Cette absence de liberté vis-à-vis du médecin pour les prises de décisions concernant le patient peut faire naître des questions d'identité professionnelle pour le kinésithérapeute. D'après Fray et Picouveau, ce concept s'articule autour de trois notions : « *le monde vécu du travail* », « *les relations de travail* » et « *les trajectoires professionnelles* ». Elle est basée à la fois sur l'image personnelle de soi dans le cadre professionnel mais aussi sur les représentations et le regard des autres. Il s'agit alors d'un sentiment d'appartenance à un groupe professionnel (32). Cette identité se construit progressivement avec l'expérience. Un kinésithérapeute se sentant utile pour le patient et pensant appliquer correctement ses connaissances peut avoir un sentiment d'appartenance à sa profession. Par conséquent, un médecin décidant d'arrêter le traitement contre l'avis du kinésithérapeute peut remettre en question l'identité de ce dernier. Cet arrêt de la prise en charge peut entraîner un sentiment de manque de reconnaissance professionnelle pour le kinésithérapeute. Ceci pouvant mener à une perte de confiance et une timidité face au patient Alzheimer allant à l'encontre d'une relation et d'une communication épanouie. L'identité professionnelle peut donc diriger et orienter la communication avec la personne. Par conséquent, il est supposé qu'une identité professionnelle perturbée ou remise en question va peut-être transformer le style de communication du kinésithérapeute.

Certains kinésithérapeutes s'efforcent alors de trouver du sens dans leur thérapie. La famille ou le tiers aidant sont très peu évoqués au cours des entretiens. Une minorité d'entre eux effectue ses séances dans le but d'aider au quotidien l'entourage du patient et les équipes soignantes et prend le temps de parler aux familles pour les rassurer. Parmi les kinésithérapeutes, les avis divergent entre ceux qui choisissent de privilégier la relation et ceux qui favorisent la fonction mécanique du corps.

4.1.2. Une communication perturbée par l'absence du patient

A travers les entretiens, la maladie d'Alzheimer semble passer au second plan des objectifs thérapeutiques. Un des kinésithérapeutes essaye de stimuler le patient cognitivement à travers l'exploitation de ses repères dans l'espace. Un autre cherche à rappeler des souvenirs au cours des discussions. Cependant, l'aspect cognitif paraît effacé de la prise en charge pour une part d'entre eux, au profit d'une amélioration ou d'un maintien des capacités physiques du patient. Or, il existe des thérapies visant à améliorer le bien-être et à renforcer les compétences du patient. Ainsi, des méthodes psycho-pédagogiques ont été développées dans le but de faciliter l'apprentissage et d'aider le patient à réagir plus facilement à des situations de la vie quotidienne en recréant un environnement familial (33). Le patient est mis dans une situation de la vie quotidienne pour voir comment il agit et améliorer ce qui peut l'être dans cette réaction. Ces techniques, développées à l'origine pour des neuropsychologues et des psychologues, peuvent être mises en place de manière adaptées par le kinésithérapeute lors de séances. A cela s'ajoute la thérapie par réminiscence consistant à évoquer des souvenirs anciens pour solliciter la mémoire épisodique et sémantique du patient (33). Cette thérapie améliorerait l'estime personnelle du patient ainsi que son humeur et son sentiment de bien-être. Cette pratique est utilisable en séance de kinésithérapie. Elle est d'ailleurs retrouvée dans les témoignages de l'un d'entre eux cherchant tout au long de son entretien à mettre l'accent sur le bien-être du patient avant tout. Il est d'ailleurs le seul à mentionner l'utilisation de la musique comme moteur pour le patient car elle évoque chez certains d'anciens moments agréables. Il existe d'autres thérapies visant à aider cognitivement et psychologiquement le patient comme les techniques Snoezelen. Cette thérapie originaire des Pays-Bas se base sur l'utilisation des sens et les regroupe en un lieu spécifique (chambre, salon, extérieur, ...). Déjà adoptée dans plusieurs pays européens, elle consiste à apaiser et réduire l'agressivité du patient dément par l'utilisation d'expériences sonores, tactiles, visuelles et olfactives (23).

4.1.3. Les connaissances et l'appréhension des troubles de la maladie

Selon les caractéristiques de la population, la séance varie d'un kinésithérapeute à l'autre, allant de 15 minutes jusqu'à parfois 30 pour certains. Il semble que cette durée soit proche de celle consacrée à un patient âgé sans trouble cognitif. Cependant, les difficultés de compréhension, la lenteur ou encore les pertes d'attention semblent imposer des modifications

dans la prise en charge de chaque kinésithérapeute. A cela s'ajoute un sentiment d'étrangeté pour le patient, pouvant faire apparaître une situation inhabituelle pour le kinésithérapeute. Le malade n'a plus la même perception de la réalité, il est ailleurs mentalement (34). Cette perte de contact avec le réel est retrouvée à plusieurs reprises à travers la déconnexion du patient lors des séances. Il s'agit alors d'un réel défi pour les kinésithérapeutes de garder le lien établi. Il paraîtrait donc logique d'allonger la durée de la séance. C'est le cas pour un d'eux trouvant la durée habituelle d'une séance de kinésithérapie, pour lui, trop courte pour la réalisation d'une séance efficiente. Cependant, cet avis n'est pas unanime, puisqu'un d'eux écourte les séances face à la difficulté de mettre en place des exercices sans communication verbale. La réalisation de séances au cabinet ou dans une salle de rééducation au sein de l'EHPAD semblerait plus avantageux pour le kinésithérapeute. En effet, le lieu de prise en charge pourrait avoir un impact sur la durée de cette séance et faciliter le contact. D'après une des interrogés la rééducation en cabinet permet de réaliser des séances plus efficaces et complètes qu'en EHPAD. Il peut être supposé que la présence de barres parallèles ou de matériels de kinésithérapie utilisés lors d'exercices permet de donner plus d'alternative au kinésithérapeute et facilite la stimulation du patient à travers une plus grande variété d'exercices.

De plus, les MK semblent être en difficultés face à un comportement s'apparentant à celui d'un enfant sans attention. Certains contrent ces difficultés de communication en laissant le patient pour revenir plus tard lorsqu'ils sont dans l'incapacité de mettre en place les exercices demandés. La majorité d'entre eux va chercher de l'aide auprès des équipes soignantes pour différentes raisons. Ces réactions peuvent refléter un sentiment de solitude et d'impuissance des kinésithérapeutes. Ils se retrouvent face à une situation pouvant les mettre en échec au point de vue professionnel. A travers les interviews, certains semblent démunis face à cette sensation et manquer de connaissances sur la maladie en elle-même. Ils ne semblent pas préparés à ces troubles cognitifs et de communication du patient Alzheimer malgré leur expérience et des études effectuées en France, en Allemagne et en Belgique. L'hypothèse d'une formation initiale européenne en kinésithérapie ne fournissant pas suffisamment d'outils nécessaires à la communication avec un patient Alzheimer peut être posée. De plus, les caractéristiques de la population montrent une absence de formation complémentaire dans le secteur gériatrique pour les interrogés ainsi qu'une absence de prise en charge de patients Alzheimer immédiatement à la suite de l'obtention du diplôme d'état pour la majorité d'entre eux. Il est donc possible de poser l'hypothèse d'un manque

d'expérience dans le secteur gériatrique pour des kinésithérapeutes exerçant principalement en libéral au cours de leur carrière.

4.2. La communication au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer

4.2.1. Un schéma de communication brouillé

Comme évoqué dans la partie 1.3.1, pour qu'une communication s'établisse, il est nécessaire d'avoir un émetteur et un récepteur communiquant dans un certain contexte selon ses particularités psychologique, social et cognitive (17). Selon le schéma de Jakobson (figure 3), pour avoir un échange efficace, l'émetteur et le récepteur doivent communiquer selon un code commun permettant au destinataire de décoder le message encodé par le destinataire. Ainsi, il résume la communication verbale à travers six facteurs, le destinataire, le destinataire, le message, le contexte, le code et le contact (35).

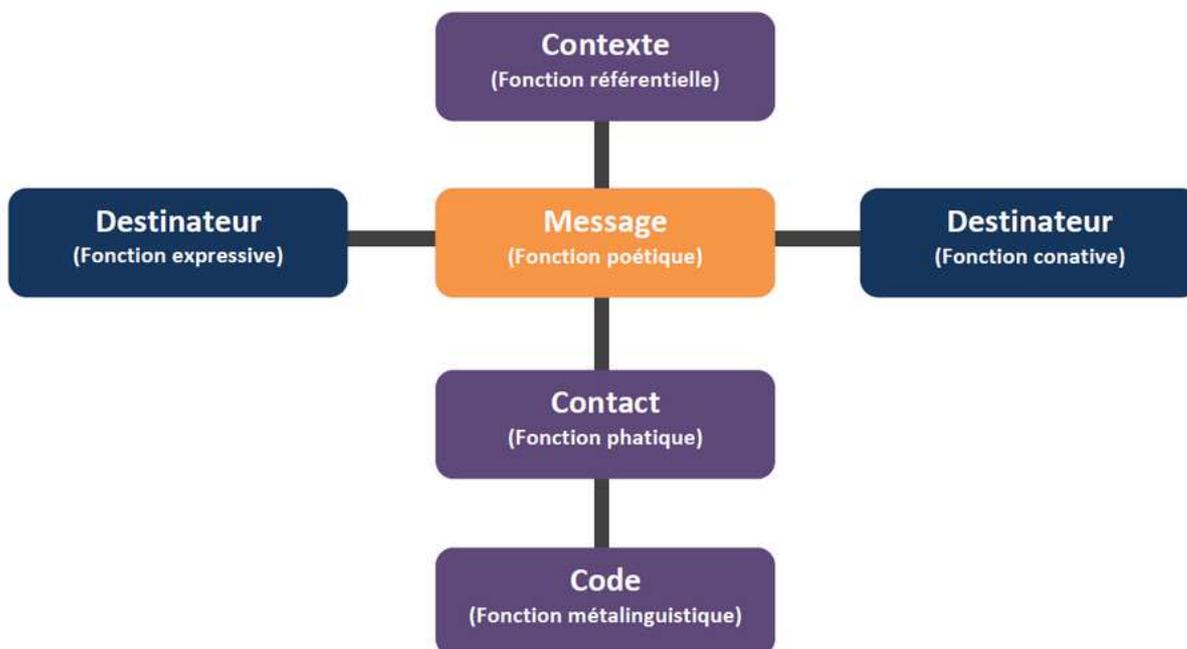


Figure 3 : Schéma de la communication de Jakobson (36)

Le contexte ou encore le contact entre le kinésithérapeute et le patient ne change pas entre une séance avec une personne présentant des troubles cognitifs comme dans la maladie

d'Alzheimer ou une personne sans troubles. Mais ne suivant pas le même mode de codage de l'information d'un point de vue cognitif, un décalage s'opère entre les deux intermédiaires. Ainsi, une consigne ou un message expliqué clairement et simplement d'après le kinésithérapeute, peut sembler incompréhensible pour le patient. Malgré les tentatives des MK de reformuler les consignes, le message semble brouillé pour le patient. La présence des troubles cognitifs et leur stade d'évolution modifient plus ou moins l'intégration et la compréhension du message. Le MK observe une absence de réaction ou la réalisation d'un exercice autre que celui demandé par le patient. Du point de vue du kinésithérapeute, le patient n'a pas compris. Mais du point de vue du patient, c'est le kinésithérapeute qui semble ne pas s'exprimer correctement. La communication verbale semble floue d'une certaine manière pour les deux partis. L'appauvrissement de la communication ou une limitation de celle-ci au niveau verbal tend vers la mise en place progressive d'une communication non verbale entre le patient et thérapeute.

4.2.2. Un combat contre la dépersonnalisation du patient

Ainsi, en l'absence de communication verbale, les kinésithérapeutes ne pouvant pas modifier le code et le contexte, semblent choisir de modifier le contact établi. Il semble que la présence de troubles cognitifs rende la communication difficile, mais pas impossible. C'est pourquoi à de nombreuses reprises, il est possible de voir la volonté des kinésithérapeutes d'entrer en contact avec ce type de patient. Ils évoquent passer plus par les sens comme le toucher, l'ouïe en verbalisant beaucoup et la vue à travers le regard. Certains kinésithérapeutes expliquent d'ailleurs parler en permanence, réalisant parfois même un monologue pour combler le manque de réponse orale du patient. Ce mode de communication traduit peut-être un manque de connaissance de la maladie et un malaise pour le kinésithérapeute. Pour certains participants de l'étude, l'individu n'apparaît plus réellement au fil de la prise en charge au profit de discussions entre soignants. Le récepteur du message semble absent de sa prise en charge, comme un corps démuné d'âme, sans libre arbitre, mobilisé pour son bien. Les discussions sur son état de santé se font directement avec les équipes soignantes et majoritairement avec le médecin lors de réunion, par mails ou lors d'entrevues brèves dans un couloir. Les décisions le concernant sont prises directement avec la famille, le plus souvent avec le tiers aidant, évinçant le patient de tout choix. Il arrive parfois que le malade reprenne possession de son libre arbitre en refusant la prise en charge. Pour

se faire entendre et marquer son refus, il arrive qu'il ait des gestes agressifs comme l'évoquent plusieurs kinésithérapeutes au cours de leur entretien.

Dans ces conditions, il devient compliqué de mettre en place une relation soignant-soigné, semblant pourtant jouer un rôle important dans l'efficacité de la séance d'après les interviews. Le malade a une place prépondérante dans la mise en place d'une alliance thérapeutique. Cette association entre le patient et son soignant est réalisée dans le but d'atteindre des objectifs communs (37). Mettre en place une alliance thérapeutique et créer cette relation patient-thérapeute est essentiel pour le soin. Cette collaboration est au cœur même de la prise en charge. Cependant, les objectifs fixés par le patient ne sont pas clairement définis. Il est pris en charge sans réellement être impliqué dans sa rééducation. Il est alors légitime de se demander si la prise en charge d'un patient non communicant présente la même efficacité et la même efficience que celle d'une personne communicante. En ce sens, la rééducation de patient ayant des troubles de la communication est un réel défi amenant le kinésithérapeute à remettre perpétuellement en question sa pratique et l'efficacité de ses techniques.

4.3. Les adaptations et stratégies de communication du kinésithérapeute

4.3.1. Une prise en charge ritualisée

Pour la majorité des participants, chaque séance est organisée de manière similaire pour créer le lien avec le patient Alzheimer. Il se met alors en place une sorte de rituel. En sociologie, les rites correspondent à des « *pratiques réglées de caractère sacré ou symbolique* » (16). Dans le cas présent, ces habitudes de prise en charge représentent une forme de communication par la parole et par le corps entre le kinésithérapeute et le malade atteint d'Alzheimer. Ce sont des dispositifs sociaux à travers lesquels une organisation et un ordre sont retrouvés (38). Cela commence par la présentation au patient. Donner son prénom, sa profession de kinésithérapeute, adopter une posture à hauteur de son regard, être proche, semblent favoriser l'écoute pour le patient. Ces éléments, retrouvés à la fois dans la littérature et dans les entretiens des kinésithérapeutes, forment une routine à laquelle certains kinésithérapeutes paraissent s'attacher. Pour plusieurs d'entre eux, cette routine a un intérêt thérapeutique pour rassurer le patient, le mettre en de bonnes conditions pour commencer la

séance en douceur mais avant tout pour établir une relation. Associés à ces éléments de mise en route, des rites de clôture de la séance sont également mis en place par un d'eux. Le fait de donner la date du prochain rendez-vous instaure une chronologie pour le patient. Il arrive que le patient retienne que le jour-là de la semaine correspond au jour de passage du kinésithérapeute. Ces habitudes de travail paraissent importantes à la fois pour mettre en place une relation captivante pour le patient mais aussi pour stimuler sa mémoire à travers le souvenir du rituel.

4.3.2. Des techniques communes

Au fil des entretiens, il est possible d'observer une action commune des kinésithérapeutes. Chacun agit autour d'un même état d'esprit en ce qui concerne les stratégies mises en place pour entrer en contact ou effectuer un exercice. Toutes les techniques ne sont pas utilisées dans le même ordre pour tous les kinésithérapeutes. La plupart du temps, elles sont associées par ces derniers pour optimiser les chances d'atteindre le résultat espéré. A travers le déroulement des séances, les méthodes visant à obtenir des exercices ne paraissent pas spécifiques aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les kinésithérapeutes usent de techniques utilisées pour n'importe quelle personne âgée. Concernant les stratégies, à plusieurs reprises, ils choisissent la stimulation par les sens, la posture ou encore l'humour. Il s'agit de moyens de communication simples, acquis par expérience au fur et à mesure de leur carrière. Ils se basent sur le principe de l'essai/erreur. Si la méthode fonctionne, ils l'exploitent le plus possible. Si au contraire, elle ne fonctionne pas, ils tentent un autre canal d'entrée de l'information pour le patient. Le manque de connaissance de cette maladie peut être traduit par plusieurs kinésithérapeutes à travers l'utilisation de ces méthodes empiriques. Il se met en place une sorte de contrat didactique entre le patient et le kinésithérapeute. Chacun a un rôle délimité auquel s'ajoute un apprentissage réciproque. Le patient apprend du kinésithérapeute et inversement. Chacun des deux partis apportent implicitement des connaissances à l'autre.

4.4. Limites de l'étude

Issue de la réflexion de l'auteur, l'analyse des différentes étapes de cette recherche est circonscrite par certains éléments liés à la méthodologie, au chercheur et à l'interviewé.

4.4.1. Limites méthodologiques

Pour cette étude, il est possible de trouver des limites méthodologiques. Le fait d'interviewer uniquement cinq kinésithérapeutes ne permet pas d'extrapoler cette recherche à l'ensemble des kinésithérapeutes. Cependant, elle permet de dégager une tendance de travail pour ces derniers. Interroger plus de MK aurait permis d'obtenir une redondance des informations et donc une saturation des données, critères nécessaires à la généralisation des résultats.

Lors des entretiens, un guide a été utilisé pour réaliser des interviews les plus similaires possibles. Cependant, l'interprétation des questions peut être différente selon leur formulation et les personnes interrogés. De plus, des questions de relance ont été préparées et n'ont pas toutes été posées à chacun. Pour certains interviewés, il a été nécessaire de les poser pour obtenir plus de précisions, pour d'autres non. A cela s'ajoute des relances propres au chercheur comme la reformulation ou des questions fermées pour obtenir plus d'informations. Il est donc possible que certains points aient été plus approfondis avec certains kinésithérapeutes interrogés.

4.4.2. Limites liées à l'enquêteur

Les entretiens, les retranscriptions ainsi que l'analyse ont été effectués par une seule et même personne entraînant implicitement de la subjectivité. S'agissant d'une première expérience pour l'enquêteur, il est possible de retrouver son influence involontaire par une réaction comme un sourire ou un hochement de tête lors de l'entretien. Le participant de l'étude peut ainsi penser qu'il donne la réponse attendue et poursuivre son idée suite à cela. De plus, le tri des informations lors de l'écriture des résultats ainsi que l'analyse des données et leur interprétation peuvent suivre une tendance naturelle à chercher la confirmation de ses propres idées et à accorder moins d'importance aux points allant dans le sens contraire.

4.4.3. Limites liées à l'interviewé

Chaque participant à l'étude a passé l'entretien chez lui en visioconférence. Le fait d'être à son propre domicile, sans réel contact entre l'enquêteur et le kinésithérapeute, peut aider à être plus à l'aise. Cependant, il est également possible que ce climat de détente, créé par une atmosphère familiale, ait distrait le participant. Il est donc probable que certains participants aient omis de donner des informations.

Enfin, il est possible de retrouver des oublis pour les interviewés. En général, une personne évoque plus facilement des souvenirs sur des éléments récents. Par conséquent, il est possible que les kinésithérapeutes interrogés aient parlé de leur dernière expérience avec des patients Alzheimer sans évoquer des souvenirs plus lointains.

5. CONCLUSION

Afin de comprendre les stratégies de communication des kinésithérapeutes pour assurer une prise en charge d'un patient Alzheimer, cinq kinésithérapeutes ont été interrogés. Une tendance se dégage de ces entretiens.

La plupart du temps, les kinésithérapeutes ne traitent pas la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'une maladie au second plan rendant la prise en charge plus difficile par la présence de troubles de l'attention, de la communication ou encore comportementaux. Ces derniers obligent les kinésithérapeutes à s'adapter et à remettre en permanence leur pratique en question. Pour communiquer, l'émetteur transmet un message vers un récepteur. Dans la maladie d'Alzheimer, le message n'est pas décodé par le patient et lui paraît brouillé. Ainsi, une consigne simple et claire peut paraître compliquée voire incompréhensible pour le malade.

Différentes techniques sont utilisées pour capter l'attention d'un patient mais aussi pour lui faire réaliser un exercice. Ces stratégies tournent principalement autour des sens avec l'utilisation du regard, de la parole et du toucher. Les MK passent aussi par la posture, le mime ou encore l'humour. Ces techniques, retrouvées dans la littérature, sont utilisées au quotidien sur le terrain par les kinésithérapeutes. Il s'agit de stratégies de communication simples et empiriques auxquelles s'ajoutent l'utilisation de jeux ou de moyens détournés pour atténuer le sentiment de travail du patient. Chaque patient Alzheimer étant différent, ces méthodes ne sont pas forcément efficaces pour tous, poussant le kinésithérapeute à s'adapter à chacun et à remettre en permanence sa pratique en question. La communication avec le patient Alzheimer semble donc être un défi à relever au quotidien.

Cependant, avec l'évolution de la maladie, il arrive que le patient ne communique plus du tout verbalement. Un sentiment de difficulté générale émane de cette absence de mots. Le kinésithérapeute réalise sa séance et essaye ses techniques par principe d'essai-erreur. Il exploite celles qui fonctionnent le mieux sur le patient. Il arrive pour certains professionnels de mettre un terme à la séance pour revenir ultérieurement. D'autres choisissent d'écourter la séance par excès de difficultés. Un manque d'outils et de connaissance de la maladie place parfois le kinésithérapeute en situation d'échec vis-à-vis de ses objectifs thérapeutiques. Le patient apparaît alors comme une personne non communicante absente de sa rééducation.

Les tentatives de communication des kinésithérapeutes ont pour but de lutter contre la dépersonnalisation du patient. Cette absence vocale et les troubles qui accompagnent la maladie ne permettent pas au malade de prendre pleinement sa place dans la relation soignant-soigné. Il serait alors intéressant de voir la place du patient Alzheimer non communicant dans l'alliance thérapeutique mise en place lors d'une séance de kinésithérapie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee Références. Population par âge – Tableaux de l'économie française [Internet]. 2020 [Cité 15 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Fondation Alzheimer : fondation française sur la recherche sur la maladie d'Alzheimer [Internet]. Fondation Alzheimer. [Cité 19 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.fondation-alzheimer.org/>
3. Ramaroson H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J-F, PAQUID. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort. Rev Neurol (Paris). avr 2003 ; 159(4) : 405-11.
4. LECMA-Vaincre Alzheimer - Nos missions : le financement de la recherche et la sensibilisation du public à travers l'information [Internet]. Fondation Vaincre Alzheimer. [Cité 26 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.vaincrealzheimer.org/>
5. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Déc 2011 [Cité 14 août 2020] ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf
6. Kubicki A, Manckoundia P, Taroux M, Mourey F. Kinésithérapie gériatrique à domicile : effets sur les capacités motrices et cognitives chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer. Kinésithérapie Rev. 1 mai 2014 ; 14(149) : 42-9.
7. Gallez C. N° 2454 - Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé [Internet]. 2005 [Cité 19 oct 2020]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2454.asp#P877_104224

8. HAS. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Mai 2018 [Cité 26 sept 2020] ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
9. Collège des enseignants de neurologie. Neurologie. Elsevier Masson. 2017. 561 p.
10. Bherer L. Le vieillissement cognitif chez les personnes âgées en bonne santé. Cardinale. Septembre 2005 ; 17(7) : 4.
11. Maladie d'Alzheimer : les chiffres de la pathologie [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. 2020 [Cité 19 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer/alzheimer-en-chiffres>
12. Fouquet M, Villain N, Chételat G, Eustache F, Desgranges B. Imagerie cérébrale et physiopathologie de la maladie d'Alzheimer. Psychol NeuroPsychiatr Vieil. 2007 ; 5 : 12.
13. Buée L, Delacourte A. La maladie d'Alzheimer : une tauopathie parmi d'autres ? Med Sci (Paris). 1 juin 2002 ; 18(6-7) : 727-36.
14. Les aires corticales et leurs fonctions [Internet]. Neuromedia. 2021 [Cité 19 nov 2020]. Disponible sur : <http://www.neuromedia.ca/les-aires-corticales-et-leurs-fonctions/>
15. Faupin B. Efficacité de la kinésithérapie chez des patients atteints de démences de type Alzheimer. Étude bibliographique. Kinésithérapie Rev. 1 août 2016 ; 16(176) : 5-15.
16. Gobert L. TLFi | Trésor de la Langue Française informatisé [Internet]. ATILF | CNRS-UL. [Cité 11 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.atilf.fr/ressources/tlfi/>
17. Abric J-C. Psychologie de la communication : théories et méthodes. Dunod ; 2019. 192 p.

18. Touchon J, Brun V, Gabelle A. Maladie d'Alzheimer et communication. Sauramps Médical. Entretiens de rééducation et réadaptation fonctionnelles, éditeur. Montpellier ; 2013. 103 p.
19. Rousseau T. Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication : évaluation et prise en charge thérapeutique. Elsevier Masson. Issy les Moulineaux ; 2011. 143 p.
20. Barkat-Defradas M, Martin S, Duarte LR, Brouillet D. Les troubles de la parole dans la maladie d'Alzheimer. 27ème Journ D'études Sur Parole. 2008 ; 5.
21. Delamarre C. Alzheimer et communication non verbale. Paris : Dunod ; 2014.
22. Prise en charge pluridisciplinaire de la maladie d'Alzheimer : le rôle de la kinésithérapie [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [Cité 29 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.ordremk.fr/actualites/patients/prise-en-charge-pluridisciplinaire-de-la-maladie-dalzheimer-le-role-de-la-kinesitherapie/>
23. Muller C, Gillet M. Maladie d'Alzheimer : stratégies de communications et d'interventions. Une approche sans mots. Kinésithérapie Rev. Mars 2015 ; 15(159) : 65-9.
24. Beauseigneur M. Maladie d'Alzheimer : communication par le langage non verbal. Kinésithérapie Rev. Mars 2019 ; 19(207) : 53-60.
25. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010 ; N° 102(3) : 23-34.
26. Kivits J, Houbre B. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils - Déroulement d'un entretien semi-directif [Internet]. 2010 [Cité 21 nov 2020]. Disponible sur : https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Deroulement_semi.html
27. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan ; 2001. 127 p. (Collection 128 Sociologie).

28. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. La revue française de médecine générale. 2008 ; 19(84) : 4.
29. Pastré P. La didactique professionnelle : Approche anthropologique du développement chez les adultes. Presses Universitaires de France. 2011. 328 p. (Formation et pratiques professionnelles).
30. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique [Internet]. 2006 [Cité 5 avr 2021]. Disponible sur : <https://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>
31. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM [Internet]. [Cité 27 janv 2021]. Disponible sur : https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/
32. Fray A-M, Picouleau S. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. Manag Avenir. 2010 ; n° 38(8) : 72-88.
33. Seux M-L, Rotrou JD. L'accompagnement du patient. Gerontol Soc. 1 sept 2009 ; 32 / n° 128-129(1) : 195-208.
34. Troubé ST. From the Uncanny to the Delusional Atmosphere. Rech En Psychanal. 2 nov 2015 ; No 19(1) : 32-42.
35. Hébert L. Roman Jakobson : Les fonctions du langage [Internet]. [Cité 15 avr 2021]. Disponible sur : <http://www.signosemio.com/jakobson/fonctions-du-langage.asp>
36. Pitte M. Les modèles de communication [Internet]. 2019 [Cité 15 avr 2021]. Disponible sur <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/modeles-de-communication>
37. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspect Psy. 2010 ; Vol. 49(4) : 317-26.
38. Yannic A. Le rituel. CNRS Éditions via OpenEdition ; 2019. 170 p.

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Tableau I : Guide d'entretien

Questions	Commentaires
Thème 1 : La prise en charge kinésithérapique d'un patient Alzheimer	
<p><u>Question</u> : Selon vous, quelle place occupe le kinésithérapeute auprès d'un patient Alzheimer ?</p> <p><u>Relances</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aujourd'hui, comment s'organise la prise en charge de ce type de malade ? ⇒ Quelles sont les raisons de cet accompagnement de la personne Alzheimer ? ⇒ Quels sont les principaux types de prises en charge de cette population ? ⇒ Quels liens avez-vous avec les autres thérapeutes d'un patient Alzheimer ? 	<p><u>Attendus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre les représentations que se fait la personne de la maladie d'Alzheimer
<p><u>Question</u> : Comment concevez-vous la prise en charge d'un patient Alzheimer ?</p> <p><u>Relances</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Quelles prescriptions vous ont amené à vous occuper d'un patient Alzheimer ? ⇒ Quels sont vos objectifs kinésithérapiques vis-à-vis d'un patient Alzheimer ? ⇒ Pouvez-vous expliquer comment se passent vos séances avec des patients Alzheimer ? ⇒ Avec le recul, qu'est-ce qui vous a conduit vers la prise en charge de cette population ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaitre la place du kinésithérapeute dans la rééducation de la personne Alzheimer - Comprendre l'action d'un kinésithérapeute auprès d'un patient Alzheimer - Comprendre la conception du kinésithérapeute sur la prise en charge d'un patient Alzheimer - Appréhender la mise en relation d'un patient Alzheimer avec le kinésithérapeute
<p><u>Question</u> : De quelle manière, entrez-vous en relation avec ce patient ?</p> <p><u>Relances</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Comment savez-vous qu'une connexion s'est établie entre le patient et vous ? ⇒ Quel est l'intérêt pour vous et le patient d'être en relation ? ⇒ Qu'est-ce qui vous encourage à continuer votre prise en charge avec cette personne ? 	

Thème 2 : L'évolution et l'impact de la maladie d'Alzheimer lors d'une séance

Question : *Quel lien faites-vous entre l'échange établi avec le patient et sa prise en charge ?*

Relances :

- ⇒ Comment imaginez-vous l'évolution de cette relation avec la progression de la maladie ?
- ⇒ Pouvez-vous expliquer quels troubles associés à la maladie d'Alzheimer percevez-vous le plus lors d'une séance ?
- ⇒ Selon vous, comment ces troubles entrent en compte pendant le déroulement de la séance ?

Question : *Selon vous, quels sont les impacts de la maladie d'Alzheimer sur l'apprentissage et l'application des consignes lors de votre prise en charge ?*

Relances :

- ⇒ Pouvez-vous expliquer quels comportements percevez-vous lorsqu'un patient Alzheimer ne comprend pas l'exercice demandé ?
- ⇒ Comment décririez-vous l'évolution des mouvements du patient au cours de l'exercice ?
- ⇒ Avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer, comment les changements de capacité d'attention et de dialogue ont une incidence sur la prise en charge ?

Attendus :

- Appréhender les changements et l'attitude d'une personne Alzheimer avec l'évolution de la maladie.
- Identifier l'impact des troubles cognitifs dans la compréhension du patient et les changements de stratégies de communication du MK associés.

Thème 3 : Les adaptations et stratégies de communication du kinésithérapeute

Question : *Pouvez-vous expliquer comment vous procédez pour capter l'attention d'un patient Alzheimer lors d'une séance ?*

Relances :

- ⇒ Pouvez-vous expliquer votre façon de faire comprendre un exercice à un patient ?
- ⇒ Comment réagissez-vous quand un patient ne comprend pas une consigne ?
- ⇒ Avez-vous des techniques pour stimuler l'attention et la concentration d'un patient lors d'un exercice ?

Attendus :

- Déterminer les techniques de communication utilisées par des kinésithérapeutes intervenant en EHPAD
- Comprendre les adaptations entre la prise en charge d'un patient communicant ou non

Question : De quelle manière établissez-vous le contact avec une personne Alzheimer non communicante ? et avec une personne communicante ?

Relances :

- ⇒ Comment les troubles de la communication se présentent-ils chez les patients Alzheimer que vous avez côtoyé ?
- ⇒ Pouvez-vous m'expliquer les modifications de prise en charge masso-kinésithérapique qu'engendre l'absence de communication verbale ?
- ⇒ Comment remarquez-vous qu'un patient non communicant essaye d'entrer en contact avec vous ?

Conclusion

Question : A l'avenir, comment imaginez-vous travailler avec des patients Alzheimer ?

ANNEXE II : SOLLICITATION TÉLÉPHONIQUE DES KINÉSITHÉRAPEUTES

Bonjour, je m'appelle Clara Bachy étudiante en 4^{ème} année de Masso kinésithérapie à l'IFMK de NANCY. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite interviewer des kinésithérapeutes intervenant auprès de personnes Alzheimer. Prenez-vous en charge des patients Alzheimer au sein d'une EHPAD ? Seriez-vous disponible pour échanger sur ce sujet ? Je vous propose de participer à un entretien semi directif. J'aurais un guide d'entretien pour mener cet échange. L'entretien sera soumis à l'anonymat et si vous me le permettez il sera enregistré afin que je puisse retranscrire notre échange de manière fidèle. Il se déroulera en visioconférence, à la date que nous conviendrons ensemble et durera environ entre 45 minutes et 1 heure. Etes-vous d'accord pour participer à mon étude ?

→ Réponse si le kinésithérapeute correspond aux critères demandés et est d'accord de participer : Au niveau de l'organisation, je vous enverrai deux heures avant l'entretien un mail contenant une fiche de renseignements et un formulaire de consentement à compléter et à me renvoyer par mail. Je vous enverrai également un mail à l'heure de l'entretien pour vous informer les coordonnées de la visioconférence.

Quel jour et heure vous conviendrez ? Puis-je prendre vos coordonnées (Nom, Prénom, numéro de téléphone, adresse mail) ?

Je vous remercie de votre attention. Je vous souhaite une bonne journée. Au revoir.

→ Réponse si le kinésithérapeute ne correspond pas aux critères demandés ou ne souhaite pas participer : Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps. Je vous souhaite une bonne journée. Au revoir.

ANNEXE III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Étude sur la prise en charge masso-kinésithérapique de la personne Alzheimer en EHPAD

Informations générales

Je suis Clara Bachy, étudiante en 4^{ème} année à l'Institut de Formation Masso-Kinésithérapique de Nancy. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une étude sur la prise en charge de patients Alzheimer par des masseur-kinésithérapeutes au sein d'une EHPAD. Vous avez été contacté(e) pour réaliser un entretien semi-directif afin d'échanger ensemble autour de ce sujet.

Toutes les informations recueillies ainsi que l'ensemble des données personnelles fournies au cours de cette étude seront confidentielles et anonymisées. L'entretien sera réalisé sur Zoom et enregistré via un dictaphone.

Cet enregistrement sera exploité pour réaliser une retranscription fidèle de vos propos. Ces données seront utilisées uniquement dans le cadre de ce travail de recherche. L'identité des participants de cette étude ne sera jamais dévoilée.

L'entretien, la retranscription et l'analyse des données seront réalisées par Clara BACHY.

Nous vous rappelons que cet entretien est volontaire et non obligatoire. Vous êtes donc libre d'y mettre fin à tout moment sans justification.

Diffusion

L'analyse des résultats sera retranscrite dans un mémoire de fin d'étude et peut être amenée à être publiée par l'IFMK de Nancy.

Formulaire de consentement libre et éclairé

Je, soussigné(e), M, Mme, Mllené(e) le.....
déclare :

- Avoir lu et compris les informations ci-dessus
- Avoir été informé(é) des modalités de déroulement de cette étude
- Avoir eu la possibilité de poser des questions sur les modalités de déroulement de l'entretien
- Savoir que je peux arrêter ma participation à tout moment sans justification
- Accepter l'enregistrement, la retranscription et l'analyse de cet entretien
- Accepter librement et de manière éclairée de participer à l'étude sur la prise en charge masso-kinésithérapique de la personne Alzheimer en EHPAD dirigée par Clara BACHY.

Fait à _____, le _____

Signature du volontaire
précédée de la mention lu et approuvé

Signature de l'investigateur

ANNEXE IV : FICHE DE RENSEIGNEMENTS

QUESTIONNAIRE DE PRÉSENTATION DU KINÉSITHÉRAPEUTE

Age :

Sexe :

→ En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

→ Avez-vous une spécialité ? Si oui, laquelle ?

→ Avez-vous des formations spécifiques ? Si oui, laquelle/lesquelles ?

→ En quelques lignes, pouvez-vous décrire votre parcours professionnel depuis votre diplôme ?

Libéral (pouvez-vous préciser le statut : titulaire, collaborateur, assistant ou remplaçant) :

Salarié (pouvez-vous préciser le type de structure) :

Activité mixte (pouvez-vous estimer un pourcentage de temps passé en activité salariale et libérale) :

→ Depuis quand prenez-vous en charge des patients Alzheimer ?

→ Combien de fois par semaine intervenez-vous en EHPAD ?

→ Combien de séances avez-vous par patient Alzheimer par semaine ?

→ Combien de temps en moyenne prenez-vous en charge un patient Alzheimer par séance ?

→ Actuellement parmi votre patientèle, pouvez-vous estimer le nombre de patients Alzheimer que vous prenez en charge ? (Vous pouvez répondre en donnant une fourchette)

→ Quel pourcentage de votre patientèle cela représente-t-il ?

ANNEXE V : EXEMPLE DE LECTURE SÉMANTIQUE DES RETRANSCRIPTIONS

<p>272 une couche, on n'y arrive pas quoi. Sortir des blagues déjà s'ils rigolent, si on peut arriver à 273 faire le truc, en général c'est là que ça passe un peu plus facilement que les autres.</p> <p>274 E : Ouais c'est voir s'ils sont réceptifs quoi.</p> <p>275 I : C'est ça !</p> <p>276 E : Ok et quel est l'intérêt pour toi d'avoir cette relation avec le patient ?</p> <p>277 I : Ah, moi j'estime que, bah c'est pareil qu'au cabinet ou qu'avec n'importe quelle pathologie, 278 c'est, plus c'est simple et plus il y a le sourire. Puis ce sera plus facile pour bosser quoi. Ouais, 279 si c'est dans une euh, dans une atmosphère un peu austère c'est pas du tout mon truc. Si, 280 c'est sympa, si ça rigole un peu, c'est toujours plus facile pour tout le monde, pour le 281 thérapeute, pour le patient et pour ... voilà.</p> <p>282 E : Ok et qu'est-ce qui l'encourage à continuer cette prise en charge avec des patients 283 Alzheimer ?</p> <p>284 I : Bah, parce qu'ils ont besoin et que, notamment sur les EHPAD où on intervient, il y a 285 beaucoup de kinés qui ont commencé et qui ont arrêté parce que ça leur prend du temps, 286 parce que c'est pas rentable. Et que j'estime qu'effectivement euh, il faut le faire quoi parce 287 que sinon personne ne le fera. Et eux, ils ont besoin comme tout un chacun, comme eux, 288 comme le reste des patients, ils ont besoin. Et souvent, les gens ils disent qu'ils ne veulent 289 pas y aller parce que le patient est Alzheimer, parce que ça prend du temps, parce que voilà. 290 Mais après c'est comme une, comme toute personne, lui dire si on commence à plus le faire 291 nous, l'infirmier il n'ira plus non plus, le médecin il s'en fout et puis c'est des gens qu'on laisse 292 à l'abandon, donc voilà. Vaut mieux le faire.</p> <p>293 E : Ouais. Euh, du coup on va parler un peu de l'évolution et l'impact de la maladie. Quel lien 294 tu fais entre l'échange que tu as réussi à créer avec le patient et la prise en charge ?</p> <p>295 I : Quel lien ? Bah ouais s'il y a pas de, s'il y a pas d'échange, il y a plus de séances donc c'est 296 ...</p> <p>297 E : ... c'est un peu le starter ?</p> <p>298 I : S'il y a pas de lien, on ne fait plus rien. S'il y pas, voilà, s'il n'y a plus la confiance, c'est plus 299 euh, pour faire une séance ça va être très compliqué. Et puis ça va mal se passer, donc il faut 300 absolument qu'il y ait ce lien, sinon on ne peut plus rien faire.</p> <p>301 E : D'accord et comment tu imagines l'évolution de cette relation avec la progression de la 302 maladie ?</p> <p>303 I : Bah c'est ça qui est toujours plus compliqué, c'est que, après quand on ... bah moi je le 304 vois, que ce soit, bah ma grand-mère à l'époque ou que ce soit par rapport au patient. Souvent</p>	<p> Clara Bachy Intérêt de cette relation : - Pour n'importe quel patient, rend la thérapie plus simple. Bonne humeur plus facile pour travailler. - N'aime pas l'atmosphère austère</p> <p> Clara Bachy Encouragement dans cette prise en charge : - Il y a un besoin. Ne pas laisser les patients à l'abandon. - Peu de kiné. Prise en charge qui prend du temps, ça fait fuir certains kinés.</p> <p> Clara Bachy Lien entre l'échange et la prise en charge : - « Il faut absolument qu'il y ait ce lien » L299-300 - Pas d'échange, pas de lien = pas de séance - « S'il y a pas de lien on ne fait plus rien » L298 - Besoin de confiance pour faire la séance dans de bon terme</p> <p> Clara Bachy Evolution de cette relation avec la progression de la maladie : - Le patient reconnaît moins le kiné ou reconnaît le kiné mais pas les autres thérapeutes parce que la prise en charge est plus fréquente. - Certains patients sont complètement perdus - Assimilation du kiné à quelqu'un d'autre (petit fils...) - Profession assez souvent connue de la personne, même s'il y a 4 kinés, ça correspond à un pour le patient. Il sait qu'avec cette personne il marche. - Même si absence de reconnaissance du kiné, il est possible de faire quelque chose. - Kiné pas associé à un soin désagréable par le patient. - Il y a des exceptions où ça se passe mal</p>
---	---

Figure 4 : Exemple de l'analyse sémantique de la retranscription du MK 3

ANNEXE VI : EXEMPLE DE DONNÉES CLASSÉES PAR SOUS-THÈMES

Le thème étudié au cours de cette question est l'évolution et impact de la maladie lors d'une séance. La question est la suivante : Quel lien faites-vous entre l'échange établi avec le patient et sa prise en charge ?

MK 1

Lien entre l'échange établie avec le patient et la prise en charge :

- Obtenir son accord, l'adhésion du patient est nécessaire pour commencer la séance.
- Sans accord, la séance n'est pas de qualité et passive de la part du patient. Parfois il peut nous rejeter, refus d'effectuer la séance.
- « Faut pas forcer à tout prix » L195-196, moins directif qu'une rééducation classique.
- Parfois il y a des problèmes de compréhension. Le patient ne comprend pas, il fait autre chose. On le suit dans ce qu'il fait, l'objectif est de faire bouger et participer.
- Parfois le patient a un langage obsessionnel, le MK 1 ne va pas à l'encontre pour ne pas contrarier le patient → aller dans son sens.
- Patient parfois participatif, parfois pas du tout, comme un enfant.
- « Adapter à chaque fois » L208 et faire en fonction du patient au moment où on le voit. Il n'est pas forcément pareil tous les jours.

Troubles associés perçus :

- Discours incohérent, phrases répétitives avec « la même chose toutes les 5 minutes » L218.
- Difficulté pour reconnaître le kiné.
- Patient qui oublie ce qui a été fait d'une séance à l'autre donc il faut réexpliquer à chaque fois.

MK 2

Lien entre l'échange avec le patient et la prise en charge :

- Privilégier le côté humain à la rééducation.
- Rééducation classique avec des petits points à adapter ou être plus attentif à la concentration de la personne, à son attention. Plus d'exigence sur la stimulation du patient.

Impact des troubles sur la séance :

- Ça limite la séance, changement de plan de traitement, diminuer le niveau d'exigence.
- On réduit la spécificité du kiné pour favoriser le bien être, le confort et le bon moment. Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, l'écart va se creuser entre le taux de kiné et taux de bien-être.
- Moins d'exigence.
- Plus d'adaptation pour réagir plus vite pour ne pas perdre l'attention du patient. Donc trouble de l'attention, moment où il déconnecte

MK 3

Lien entre l'échange avec le patient et la prise en charge :

- « Il faut absolument qu'il y ait ce lien » L299-300.
- Pas d'échange/pas de lien = pas de séance.
- « S'il y a pas de lien on ne fait plus rien » L298.
- Besoin de confiance pour faire la séance dans de bon terme.

Evolution de cette relation avec la progression de la maladie :

- Le patient reconnaît moins le kiné ou reconnaît le kiné mais pas les autres thérapeutes parce que la prise en charge est plus fréquente.
- Certains sont complètement perdus.
- Assimilation du kiné à quelqu'un d'autre (petit fils...).
- Profession assez souvent connue de la personne même s'il y a 4 kinés, ça correspond à un pour le patient. Il sait qu'avec cette personne il marche.
- Même si absence de reconnaissance du kiné, il est possible de faire quelque chose.
- Kiné pas associé à un soin désagréable par le patient.
- Il y a des exceptions ou ça se passe mal.

Troubles associés perçus :

- Troubles du comportement.
- Agressivité avec d'autres résidents, des thérapeutes.
- Des gens qui deviennent vulgaires.

Impact des troubles sur la séance :

- Croiser un voisin et faire preuve d'animosité pour rien → (perturbe l'attention du patient) peut être une peur qu'on ne s'occupe pas seulement d'eux ou sans raison.
- Mémoire : pas trop embêtant pour les remises en marche, il est plus directif, répétition des mêmes choses souvent, parler en permanence. Mais ça c'est valable pour les personnes avec des troubles de la mémoire ou sans. Les troubles de la mémoire ne sont pas forcément une gêne.
- Agressivité.
- Personne dans leur monde tout d'un coup en plein milieu de la séance, début ou fin.
- Changement de comportement : un coup ça va, l'instant d'après non → Plus embêtant pour lui.

MK 4

Evolution de cette relation avec l'évolution de la maladie :

- Il n'a pas de recul là-dessus. Il n'a jamais eu un patient du stade léger au stade sévère.
- Stade sévère il n'avait pas de communication.

Différence entre une patiente stade léger et une patiente stade sévère :

- Communication pas du tout pareille : plus importante avec la personne de stade léger.
- Stade léger : plus d'implication du kiné dans la séance dans le sens où il mettra tout en œuvre pour améliorer ses conditions.
- Stade plus avancé : entretenir au maximum l'autonomie mais sans forcément aller plus loin.

Troubles associés perçus :

- Trouble de l'équilibre.
- Trouble de l'orientation.
- Trouble de la reconnaissance.
- Changement dans le discours.
- Comportement « pas du tout raccord avec ce qui devrait être fait sur le moment » L234 → exemple : lâcher le déambulateur pour marcher sans, comportement inapproprié par rapport à ce qu'on voudrait.

Impact des troubles sur la séance :

- La personne va lutter contre les mouvements que lui fait le kiné. La personne ne comprend pas ce qu'on lui fait elle raidit ses membres par exemple.
- Comportements inadaptés (lâcher le déambulateur, appeler au secours pendant une séance).

MK 5

Lien entre l'échange avec le patient et la prise en charge :

- Echange positif = bonne prise en charge.
- Lien important.
- Si le patient et le kiné ne s'entendent pas, ils changent de kiné. En fonction du collègue ils veulent plus ou moins faire les activités.

Evolution de cette relation avec l'évolution de la maladie :

- Si la maladie est stable, il peut nous reconnaître jusqu'au bout.
- Certains patients qu'il a, par rapport au début de la prise en charge 3 ans auparavant, ne parlent et ne discutent plus.
- On voit peu à peu une dégradation.
- La relation change puisqu'avec l'évolution il y a moins d'échange. Il parle sans forcément avoir de retour du patient ou une réponse à côté. La relation se dégrade forcément un peu, moins de connexion.

Troubles associés perçus :

- Perte de confiance au niveau de la marche avec l'évolution de la maladie. Perte de l'orientation dans l'espace, moins bonne perception des dangers, perte de l'équilibre, de la force musculaire.
- Avec l'évolution de la maladie, moins de mobilité → Objectif kiné.
- Avec l'évolution : dégradation de l'état général.

Impact des troubles sur la séance :

- Bilan tous les 6 mois pour voir l'état du patient : stable, régression, progression sur certains points.
- En général c'est du maintien.

ANNEXE VII : CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques de la population interrogée. Ce tableau est détaillé dans la partie 3.1.

Tableau I : Caractéristiques de la population

		MK 1	MK 2	MK 3	MK 4	MK 5
Age		58 ans	26 ans	34 ans	32 ans	26 ans
Sexe		F	M	M	M	M
Année du diplôme		1985	2017	2009	2010	2015
Spécialités et formations		Soins palliatifs ETP Périnéo-sphinctérienne Réhabilitation BPCO	Tapping Sohier de l'épaule Crochetage	Kinésiotaping Dryneedling Névrodynamique Rééducation périnéale Niromathe	Formation Concept Global de l'épaule complète K-Tape Approche fasciathérapie Trigger points	Non
Parcours professionnel	Salarié	5 % En hôpital			35 % en CR*, hôpital	5 % en CR*, SSR, hôpital
	Libéral	95 %	100 %	100 %	65 %	95 %
Expérience auprès de patients Alzheimer		36 ans	4 ans	11 ans	6 ans	4 ans
Intervention en EHPAD par semaine		2 fois +/- pour aider sa collègue	2 fois	2 fois	2-3 fois	3 fois
Séances par patient Alzheimer par semaine		2 à 3 séances	1 à 2 séances	2 séances	1 à 3 séances	1 à 2 séances
Durée moyenne d'une séance		30 minutes	20-30 minutes	20 minutes	20 minutes	15-20 minutes

Concernant la patientèle actuelle des kinésithérapeutes interrogés					
Nombre de patient Alzheimer	1 patient	6-8 patients	10 patients	4 patients	5-10 patients
Equivalent en pourcentage sur la patientèle totale	Moins de 5 %	Entre 2 et 8 %	10 %	Entre 5 et 10 %	5 à 10 %
Informations supplémentaires		Etudes en Belgique			Etudes en Allemagne

*CR : Centre de rééducation

RÉSUMÉ - ABSTRACT

Communication et maladie d'Alzheimer : un défi dans la prise en charge masso-kinésithérapique.

Introduction : Cette étude a pour objectif de définir les stratégies de communication mises en place par les kinésithérapeutes pour effectuer une prise en charge (PEC) auprès de patients Alzheimer.

Méthode : Pour cela, une étude qualitative a été menée à travers des entretiens semi-directifs avec cinq kinésithérapeutes libéraux intervenant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) auprès de cette patientèle.

Résultats : Au fil de cette étude, il ressort une communication basée sur des moyens simples et communs. Cette rééducation, parsemée de troubles dûs à la maladie d'Alzheimer, oblige néanmoins les kinésithérapeutes à s'adapter.

Discussion : Les stratégies qu'ils mettent en place semblent davantage empiriques, basées sur l'utilisation des sens et sur leur expérience. La mise en œuvre de la prise en charge reste complexe avec une relation faisant face à plusieurs obstacles et une communication chancelante.

Mots clés : Adapter - Cognitif - Communication - Kinésithérapie - Maladie d'Alzheimer

Communication and Alzheimer's Disease : a challenge in physiotherapy.

Introduction : This study aims to define the communication strategies used by physiotherapists to manage Alzheimer patients.

Methods : A qualitative study was carried out through semi-directive interviews with five physiotherapists working in residential care facilities for the elderly with this patient group.

Results : Throughout this study, it emerged that communication was based on simple and common means. However, this re-education, interspersed with disorders due to Alzheimer's disease, obliges the physiotherapists to adapt themselves.

Discussion : The strategies they implement seem to be more empirical, based on the use of the senses and their experience. The care remains complex with a relationship facing several obstacles and a shaky communication.

Keywords : Adaptation - Cognitive - Communication - Physiotherapy - Alzheimer's disease