

# Mémoire de fin d'études



## **Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation Ergothérapie**

**De l'identification des sources de stress à la personnalisation des interventions de réalité virtuelle en EHPAD : une approche ergothérapeutique**

État des lieux de la pratique des ergothérapeutes

Mémoire présenté et soutenu par

**SCHWEBEL Alexia**

En juin 2025



**Mémoire dirigé par  
TROTTER Geneviève**

Ergothérapeute DE, Présidente co-fondatrice SAS ETAY'AGE



## Remerciements

---

La rédaction de ce mémoire marque l'aboutissement de trois années de formation en ergothérapie, un parcours riche et passionnant qui m'a permis de me former à un métier de vocation. Ce travail de recherche représente bien plus qu'un simple écrit : il est le reflet de l'engagement et de l'apprentissage acquis tout au long de ces années.

Je tiens tout particulièrement à remercier ma directrice de mémoire, **Madame Trotter Geneviève**, avec qui l'aventure a commencé dans le doute, autant pour elle que pour moi.

Malgré la distance géographique, elle, sous le soleil du Sud, et moi, dans les paysages verdoyants du Limousin, elle s'est toujours montrée disponible. Merci Geneviève pour ton accompagnement précieux et bienveillant. Ton expertise et ton partage de connaissances ont été d'une grande aide tout au long de ce travail, et je t'en suis profondément reconnaissante.

Je tiens également à exprimer toute ma gratitude à **Monsieur Mandigout**, mon professeur de recherche, pour ses précieux conseils et sa bienveillance tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Toujours disponible, même lorsque son déjeuner l'appelait, son soutien a été d'une grande aide dans l'aboutissement de ce travail.

Je remercie également **l'ensemble de mes professeurs** pour leur accompagnement et leurs enseignements tout au long de ces trois années de formation.

Je souhaite également remercier les ergothérapeutes qui m'ont formée sur le terrain et qui ont contribué à faire de ce métier une véritable vocation. Un merci tout particulier à **Chloé, Laura et Christèle**, qui, par leur passion, leur expérience et leur expertise, m'ont offert un cadre de tutorat de grande qualité. Leur accompagnement a été une ressource précieuse pour moi. Merci à vous mes collègues d'une autre vie.

Je remercie,

**Ma famille** ainsi que **ma belle-famille** pour leur soutien indéfectible tout au long de ce parcours, leur présence et leurs encouragements ayant été une véritable force pour moi.

**Ma famille de cœur et mes amis**, dont le soutien et la bienveillance m'ont accompagnée à chaque étape de ce chemin. Mention spéciale pour Antoine, Max et Guigui

**Mes camarades de promotion** pour les galères partagées et les bons moments passés ensemble. Au fil du temps, vous êtes devenues bien plus que des collègues de formation : de véritables amies. Merci les filles, et merci de faire vivre le groupe **LANAE**.

**Mon colocataire**, pour sa présence, son soutien au quotidien et les moments de détente partagés qui ont rendu cette période plus légère.

Je souhaite enfin remercier mon **partenaire de vie**, qui a sans doute été le plus confronté aux moments difficiles de ce parcours, et qui, malgré tout, a toujours été là pour me soutenir avec patience et amour.

Et un clin d'œil à **Nelson**, mon compagnon à quatre pattes, toujours présent pour apporter un peu de douceur et de réconfort pendant les longues heures de travail.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Charte anti-plagiat

---

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

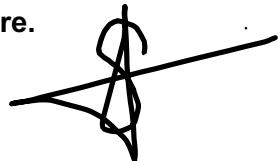
**Je, soussigné SCHWEBEL Alexia**

**Atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS NA  
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

**Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.**

**Fait à Limoges, Le jeudi 23 janvier 2025**

**Suivi de la signature.**



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagitaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagitaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

## Vérification de l'anonymat

---

**Mémoire DE Ergothérapeute**  
**Session de juin 2025**  
**Attestation de vérification d'anonymat**

Je soussignée(e) SCHWEBEL Alexia

Étudiante de 3ème année

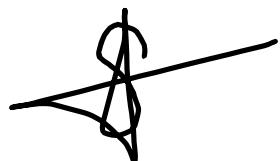
Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec ma Directrice de mémoire.

Fait à :Limoges

Le : jeudi 23 janvier 2025

Signature de l'étudiante



## Glossaire

---

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**ESPT** : État de Stress Post-Traumatique

**MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**RV** : Réalité Virtuelle

**TAG** : Trouble Anxieux Généralisé

**TOC** : Trouble Obsessionnel Compulsif

**VR** : Virtual Reality

## Table des matières

---

Introduction.....	1
Cadre théorique.....	2
1. Les personnes âgées en institution .....	2
1.1. Processus de vieillissement et vulnérabilité.....	2
1.1.1. Définition vieillissement normal et pathologique.....	2
1.1.2. Vulnérabilités physiques, cognitives et psychosociales liées au vieillissement.....	2
1.1.3. Impact du vieillissement sur la santé mentale .....	3
1.2. Institutionnalisation des personnes âgées .....	3
1.2.1. Définition et enjeux de l'institutionnalisation .....	3
1.2.2. Facteurs menant à l'entrée en EHPAD .....	4
1.2.3. Impact de l'institutionnalisation sur le bien-être psychologique et social.....	4
1.3. Source de stress en institution .....	4
1.3.1. Facteurs de stress en EHPAD.....	4
1.3.2. Impact des sources de stress sur la santé mentale et physique des résidents...5	5
1.3.3. Importance de l'identification des sources de stress pour la personnalisation des interventions .....	5
2. Stress et Anxiété.....	5
2.1. Distinction entre stress et anxiété .....	5
2.1.1. Définition du stress .....	5
2.1.1.1. Stress biologique et physiologique .....	5
2.1.1.2. Stress psychologique.....	6
2.1.1.3. Stress perçu et stress réel .....	6
2.1.2. Définition de l'anxiété .....	6
2.1.3. Différences fondamentales .....	7
2.2. Anxiété chez les personnes âgées en EHPAD .....	7
2.2.1. Épidémiologie .....	7
2.2.2. Étiologie et Facteurs de risques .....	7
2.2.3. Manifestation de l'anxiété : physiopathologie et symptômes.....	8
2.3. Identification des sources de stress et leur lien avec l'anxiété .....	8
2.3.1. Importance de l'identification pour prévenir et réduire l'anxiété .....	8
2.3.2. Méthode d'identification.....	8
2.3.2.1. Questionnaires standardisés .....	9
2.3.2.2. Entretiens semi directifs.....	9
2.3.2.3. Observations en milieu institutionnel .....	9
2.4. Prise en charge de l'anxiété.....	9
2.4.1. Approche médicamenteuse et non médicamenteuse .....	9
2.4.2. L'intérêt des thérapies alternatives.....	10
2.4.3. Focus sur les interventions adaptées aux personnes âgées en institution .....	10
3. La réalité virtuelle (RV) comme technique non médicamenteuse pour gérer le stress et l'anxiété.....	10
3.1. Définition et principe de la RV .....	10
3.1.1. Définition de la RV et fonctionnement .....	10
3.1.2. Intérêt de la RV dans le domaine de la santé.....	11
3.2. Réalité virtuelle et santé mentale .....	11
3.2.1. Efficacité de la RV pour la gestion de l'anxiété, du stress et de la dépression .11	11

3.2.2. Méthodes d'évaluation des effets de la RV sur l'anxiété .....	12
3.2.3. Limites et précautions liée à l'utilisation de la RV.....	12
3.3. Spécificité de la RV en EHPAD .....	13
3.3.1. Obstacles à la mise en place de la RV en institution.....	13
3.3.2. Intérêts et bénéfices potentiels pour la personne âgée.....	13
4. Stress, anxiété et réalité virtuelle : une approche adaptée aux besoins en EHPAD .....	13
4.1. Importance de l'identification des sources de stress .....	13
4.1.1. Étape essentielle pour l'adaptation des interventions .....	13
4.1.2. Modèles et approches pour relier les sources de stress aux interventions .....	14
4.2. Lien entre l'anxiété et l'Ergothérapie.....	14
4.2.1. Définition de l'ergothérapie .....	14
4.2.2. Rôle de l'ergothérapie dans la gestion de l'anxiété .....	14
4.2.3. Place de l'ergothérapie dans la conception et l'adaptation des interventions en réalité virtuelle .....	15
4.2.4. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et Réalité virtuelle .....	15
5. Problématique et hypothèses .....	16
Méthodologie.....	18
1. Objectif de l'étude .....	18
2. Description de la population .....	18
3. Mode de diffusion et de sélection .....	19
4. L'outil méthodologique .....	19
4.1. Partie 1 : Informations générales .....	20
4.2. Partie 2 : Identification des situations stressantes .....	20
4.3. Partie 3 : Personnalisation des interventions .....	20
4.4. Partie 4 : Technologies et réalité virtuelle dans la gestion du stress .....	20
5. L'analyse des résultats .....	20
Résultats .....	22
1. Population étudiée .....	22
2. Identification des situations stressantes .....	23
2.1. Sources de stress identifiées .....	23
2.2. Perception de l'impact du stress sur la qualité de vie .....	24
2.3. Signes de stress les plus fréquemment observés .....	25
2.4. Outils d'évaluation du stress .....	26
3. Personnalisation des interventions .....	26
3.1. Fréquence d'adaptation des interventions .....	26
3.2. Outils et critères utilisés .....	27
3.3. Obstacles rencontrés .....	28
4. Technologies et réalité virtuelle dans la gestion du stress .....	28
4.1. Usage actuel des technologies .....	28
4.2. Connaissances et perceptions de la réalité virtuelle .....	29
4.3. Obstacles rencontrés .....	30
Discussion .....	31
1. Objectifs de l'étude .....	31
2. Réponse à la problématique .....	31
2.1. Identification des sources de stress par les ergothérapeutes .....	32
2.2. Personnalisation des interventions .....	33
2.3. Technologies et réalité virtuelle : un potentiel encore peu exploité .....	34

3. Implication pour la pratique des ergothérapeutes .....	36
4. Limites .....	36
5. Perspectives .....	37
Conclusion.....	38
Références bibliographiques.....	39
Annexes .....	48

## Table des illustrations

---

Figure 1. Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) .....	16
Figure 2. Types d'établissement .....	22
Figure 3. Sources de stress identifiées .....	23
Figure 4. Signes de stress.....	25
Figure 5. Éléments pris en compte dans la personnalisation des interventions .....	27
Figure 6. État de connaissance sur la réalité virtuelle.....	29

## Table des tableaux

---

Tableau 1. Principales sources de stress identifiées en fonction de l'ancienneté en EHPAD24	24
Tableau 2. Fréquence d'adaptation des interventions en fonction de la taille des EHPAD ...	26
Tableau 3. Freins identifiés en fonction de l'usage actuels des technologies.....	30

## Introduction

---

Le vieillissement de la population constitue aujourd’hui un défi majeur pour notre société. Les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) occupent une place croissante dans le parcours de vie des personnes âgées. Cette transition marquée par une perte de repères et un changement brutal de mode de vie, peut être une source de stress significative pour certains résidents. En effet, l’institutionnalisation peut s’accompagner d’une rupture avec le domicile, d’un éloignement des proches et d’une adaptation à un nouvel environnement collectif. Ces bouleversements, conjugués à la perte d’autonomie, exposent les personnes âgées à un risque accru de détresse psychologique, impactant directement leur bien-être et leur qualité de vie.

L’anxiété représente l’une des manifestations fréquentes de ce stress institutionnel. Actuellement, sa prise en charge repose souvent sur un traitement pharmacologique par anxiolytiques. Cependant, ce type de traitement, bien que répandu, n’est pas sans risque pour un public exposé aux risques de iatrogénie, et peut entraîner des effets indésirables. Ces constats soulignent la nécessité de développer des approches alternatives venant en appui ou en remplacement des médicaments, qui seront adaptées aux besoins spécifiques des résidents.

Dans ce contexte, les nouvelles technologies offrent des perspectives prometteuses. Parmi elles, la réalité virtuelle (RV) émerge comme un outil thérapeutique innovant. Permettant une immersion sensorielle complète dans un environnement apaisant, la RV se distingue par sa capacité à procurer un sentiment d’évasion, réduisant ainsi le stress et l’anxiété. Elle est déjà utilisée dans divers champs médicaux pour ses vertus relaxantes et distractives.

Depuis le début de ma formation en ergothérapie, mes stages en EHPAD et en services gériatriques m’ont permis de constater l’impact émotionnel de l’institutionnalisation sur les résidents : isolement, anxiété, perte de repères. Bien que les soins physiques soient privilégiés, la santé mentale reste en second plan. Sensibilisée à ces enjeux et formée dans un institut axé sur l’innovation technologique, l’idée d’explorer l’utilisation de la réalité virtuelle (RV) pour apaiser le stress en institution m’est apparue comme une évidence.

Afin d’explorer le lien entre l’anxiété, son impact en EHPAD et la perception de la RV sur le terrain, j’ai choisi d’approfondir ce thème dans ce mémoire de fin d’étude. Pour cela, j’explorerai, dans une première partie théorique, les concepts liés à la santé mentale des personnes âgées, l’anxiété en institution et l’apport potentiel de la RV. Après avoir exposé ma problématique et mes hypothèses de recherche, je présenterai les résultats de mon étude, en analysant les liens entre les pratiques actuelles et les perspectives d’intervention.

## Cadre théorique

---

### 1. Les personnes âgées en institution

#### 1.1. Processus de vieillissement et vulnérabilité

D'après l'OMS, toute personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans. À partir de ce seuil, elle est considérée comme entrant dans le processus de vieillissement. Cette phase de vie se caractérise par divers changements physiologiques et cognitifs. Ces derniers ne sont ni linéaires, ni réguliers, et ni associés au nombre des années. (OMS Organisation Mondiale de la Santé, 2024)

##### 1.1.1. Définition vieillissement normal et pathologique

Sur le plan physique, le vieillissement entraîne une diminution de la masse musculaire, de la densité osseuse et des capacités cardiorespiratoires. De plus, avec l'âge les fonctions cognitives comme la mémoire de travail, la mémoire épisodique et l'attention diminuent. Des modifications neuroanatomiques et neurochimiques au niveau de la masse cérébrale sont observables et contribuent à ces altérations cognitives. Ce déclin cognitif est courant dans le processus de vieillissement. Il s'accompagne de troubles sensoriels comme l'altération de la vision, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher (Blanchet et al., 2018)

Ces modifications ne perturbent pas de manière significative le fonctionnement quotidien des individus. Elles incluent une diminution naturelle des capacités physiques et des fonctions cognitives. Ces altérations sont donc considérées comme partie intégrante du processus naturel de la vie et ne sont pas associées à des pathologies spécifiques.

En revanche, le vieillissement pathologique se caractérise par la présence de maladies ou de troubles qui accélèrent et/ou aggravent ces changements naturels. Ce type de processus s'accompagne de pathologies chroniques comme le diabète, l'ostéoporose ou l'insuffisance cardiaque, mais aussi des maladies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer ou de Parkinson). (Tison, 2023)

Contrairement au vieillissement physiologique, le vieillissement pathologique entraîne une altération significative des capacités fonctionnelles, de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées. Il s'inscrit dans une dynamique où les mécanismes adaptatifs de l'organisme sont dépassés. Ces modifications nécessitent donc une prise en charge médicale et thérapeutique adaptée.

Ainsi, bien que ces deux types de processus partagent des manifestations communes, ils diffèrent par leur impact sur la santé, l'autonomie et le bien-être global des individus. (Tison, 2023)

##### 1.1.2. Vulnérabilités physiques, cognitives et psychosociales liées au vieillissement

Ces transformations augmentent la vulnérabilité des personnes âgées. « Communément, la vulnérabilité traduit une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée. » (Liendle, 2012) La vulnérabilité se manifeste par divers aspects : la diminution des capacités cognitives, qui peut parfois mener à la confusion ou à la démence, la perte d'autonomie, perçue comme une perte de contrôle de sa propre vie, les douleurs chroniques liées à des pathologies comme l'arthrose,

et les troubles sensoriels (audition et vision). Ces troubles sensoriels quant à eux favorisent l'isolement social et le sentiment de solitude. (Rigal & Saïas, 2022)

De plus, les interactions sociales peuvent se réduire avec l'âge, à la fois en raison des pertes de proches mais aussi en raison de la stigmatisation liée à l'âge. Ce phénomène, appelé « âgisme », renforce la vulnérabilité psychologique des personnes âgées. (Dufeu, 2021) Par ailleurs, l'environnement physique peut jouer un rôle aggravant, notamment lorsqu'il est peu adapté aux limitations physiques ou sensorielles. Ces éléments contribuent à un sentiment de perte d'autonomie qui peut s'accompagner de sentiment négatif comme la honte ou la culpabilité, accentuant la fragilité psychosociale. (CISSS de la Montérégie-Centre, 2024)

Cependant, il est important de noter que certains facteurs, comme le soutien familial, les aides techniques ou les activités stimulantes peuvent réduire cette vulnérabilité et préserver la qualité de vie des personnes âgées.

### **1.1.3. Impact du vieillissement sur la santé mentale**

Le vieillissement, au-delà de ses effets physiques, a un impact significatif sur la santé mentale. Les modifications biologiques et neurologiques liées à l'âge peuvent prédisposer à des troubles de l'humeur. En effet, le processus de vieillissement peut entraîner une diminution de certains neurotransmetteurs comme la sérotonine et la dopamine. (Psycom, 2021)

De plus, les événements de vie sont fréquents vers ces âges (perte d'un conjoint, entrée en institution, ...) et peuvent provoquer un sentiment de deuil, de solitude, d'abandon. Ces expériences de vie ajoutées aux diminutions du rôle social ou à un isolement augmentent le risque d'anxiété et de troubles dépressifs. (Psycom, 2021)

De surcroit les personnes âgées sont souvent confrontées à un double défi : accepter les limitations imposées par l'âge tout en maintenant une perception positive d'elles-mêmes. Ce double défi peut générer des conflits internes et des états de détresse psychologique. (Psycom, 2021)

## **1.2. Institutionnalisation des personnes âgées**

L'impact du vieillissement sur la santé mentale peut être amplifié par un changement majeur dans la vie des personnes âgées : l'entrée en institution.

### **1.2.1. Définition et enjeux de l'institutionnalisation**

L'institutionnalisation correspond à l'entrée d'une personne âgée dans une structure d'hébergement collectif, comme un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Cela, dans le but de répondre à ses besoins de soins et de sécurité. Ce processus marque souvent une rupture avec le milieu de vie habituel et peut être vécu comme une perte d'autonomie et de liberté. (Pelletier, 1992)

Les enjeux de l'institutionnalisation sont multiples : préserver la qualité de vie et l'intégrité de la personne tout en répondant à ses besoins physiques, cognitifs, et psychosociaux. (Perrin-Hayne & Chazal, 2011)

### **1.2.2. Facteurs menant à l'entrée en EHPAD**

L'entrée en EHPAD est souvent déclenchée par une combinaison de facteurs complexes. Parmi ceux-ci, l'état de santé général et la perte d'autonomie jouent un rôle central, tout comme les troubles cognitifs. L'isolement social, l'épuisement des aidants et des ressources financières insuffisantes pour maintenir un cadre sécurisé à domicile sont également des facteurs fréquents. Enfin, l'inadaptation de l'environnement, le manque de structures professionnelles intervenant à domicile et l'âge avancé figurent aussi parmi les facteurs. (Manent & Protat, 2011)(Dressaire & Brouillet, 2006)

### **1.2.3. Impact de l'institutionnalisation sur le bien-être psychologique et social**

En institution, la santé mentale des personnes âgées est fragilisée en raison de divers facteurs tel que l'isolement social, le manque de stimulation, la dépendance et les conditions de vie.

De plus, l'éloignement des proches, la routine quotidienne et le manque d'activités signifiantes contribuent à la monotonie. En effet, une fois leur intégration en institution, les personnes âgées doivent souvent renoncer à des activités signifiantes qu'elles pratiquaient chez elles. Ce renoncement peut engendrer une diminution de leur engagement dans des activités ainsi qu'un déséquilibre occupationnel important. (*Mental Health in Nursing Homes*, 2024)

Parmi les troubles psychologiques, l'anxiété est particulièrement répandue dans les établissements pour personnes âgées. Souvent sous-évaluée ou confondue avec d'autres symptômes du vieillissement, l'anxiété reste un enjeu de santé majeur en institution. En effet lorsqu'elle est non traitée, elle peut aggraver la qualité de vie des résidents et entraîner des troubles du sommeil, de l'agitation et une diminution de leur bien-être. (Eileen M. Wong, 2023)

## **1.3. Source de stress en institution**

Les personnes âgées vivant en EHPAD sont confrontées à de nombreuses sources de stress qui peuvent altérer leur bien-être.

### **1.3.1. Facteurs de stress en EHPAD**

En EHPAD, l'environnement institutionnel peut être une source majeure de stress. Le bruit constant, le manque d'intimité, et les changements d'habitudes imposés par la vie en collectivité sont souvent vécus comme intrusifs. Par ailleurs, les relations sociales peuvent être une double source de tension : le sentiment de solitude persiste parfois malgré la vie en communauté. De plus, la cohabitation avec d'autres résidents, souvent imposée, engendre des conflits ou des incompréhensions. (Nedelec, 2021)

Puis, le manque d'activités signifiantes adaptées aux envies et aux capacités des résidents, accentue le sentiment d'ennui et d'inutilité. L'ensemble de ces facteurs, comme abordé précédemment, contribue à un déséquilibre occupationnel et à une perte de sens dans leur quotidien. (Martin et al., 2024)

### **1.3.2. Impact des sources de stress sur la santé mentale et physique des résidents**

Les sources de stress en EHPAD, qu'elles soient liées à l'environnement, aux relations sociales ou au manque d'activités signifiantes, ont des répercussions majeures sur la santé mentale et physique des résidents. Sur le plan mental, elles peuvent exacerber des troubles tels que l'anxiété, la dépression ou l'agitation, diminuant ainsi leur qualité de vie. (Shirine Abdoul-Carime, 2020)

Physiquement, le stress chronique est associé à une augmentation des douleurs somatiques, à une diminution des défenses immunitaires et à une aggravation des pathologies préexistantes. Ces impacts sont souvent interconnectés et soulignent l'importance d'identifier et de gérer efficacement ces facteurs pour préserver le bien-être global des résidents. (Shirine Abdoul-Carime, 2020)

### **1.3.3. Importance de l'identification des sources de stress pour la personnalisation des interventions**

L'identification précise des sources de stress est essentielle pour personnaliser efficacement les interventions destinées aux personnes âgées en EHPAD. Une étude intitulée « Personalized Stress Monitoring using Wearable Sensors in Everyday Settings » souligne l'importance de cette identification pour développer des modèles personnalisés de surveillance du stress permettant ainsi aux professionnels de santé de proposer des interventions adaptées aux besoins individuels des patients. (Tazarv et al., 2021)

## **2. Stress et Anxiété**

Après avoir exploré les spécificités du vieillissement en institution et les facteurs de stress qui en découlent, il est essentiel de s'intéresser plus en détail aux concepts de stress et d'anxiété. En effet ces deux notions sont étroitement liées mais distinctes. L'objectif est de mieux comprendre leur impact sur la santé mentale des résidents.

### **2.1. Distinction entre stress et anxiété**

#### **2.1.1. Définition du stress**

Le stress est un concept multidimensionnel qui peut être abordé sous différents angles selon les disciplines. Dans le cadre de cette étude il est donc important de préciser les différentes approches du stress et leur pertinence dans le contexte des personnes âgées en EHPAD.

##### **2.1.1.1. Stress biologique et physiologique**

L'OMS définit le stress comme « un état d'inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile. Il s'agit d'une réponse humaine naturelle qui nous incite à relever les défis et à faire face aux menaces auxquels on est confrontés dans notre vie ». (OMS Organisation Mondiale de la Santé, 2023)

Sur le plan physiologique, il s'agit d'un processus impliquant l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et du système nerveux autonome. Ce processus entraîne une libération de cortisol et une réaction en chaîne visant à mobiliser les ressources énergétiques nécessaires. (Martinez Corada, 2021)

Chez les personnes âgées, cette réponse peut se traduire par des modifications hormonales (augmentation du cortisol), cardiovasculaire (augmentation de la fréquence cardiaque) ou immunitaires. Ces modifications sont influencées par l'environnement institutionnel et les conditions de vie. (Dressaire & Brouillet, 2006)

### **2.1.1.2. Stress psychologique**

Le stress psychologique, selon Lazarus et Folkman (1984) repose sur l'évaluation cognitive d'une situation et la manière dont l'individu y fait face. En effet, lorsqu'un événement est perçu comme menaçant pour le bien être, l'individu mobilise des stratégies de « faire face » (coping) pour tenter de s'y adapter. Ces stratégies sont variées : certains se laissent submerger par leurs émotions, d'autres adoptent une posture de détachement intellectuel, ou minimisent l'impact de la situation stressante. (Dressaire & Brouillet, 2006)

En EHPAD, les résidents sont confrontés à de multiples sources de stress psychologique, comme la perte d'autonomie, l'éloignement de leur domicile ou l'institutionnalisation perçue comme contraignante. Leur capacité à faire face à ces changements influence leur niveau d'anxiété et leur adaptation à la vie en établissement. (Dressaire & Brouillet, 2006)

### **2.1.1.3. Stress perçu et stress réel**

Le stress perçu et le stress réel sont deux dimensions complémentaires du stress. En effet le stress perçu correspond à l'évaluation subjective qu'un individu fait d'une situation stressante en fonction de ses expériences, de ses croyances et de ses ressources personnelles. Ce stress étant subjectif, il peut être vécu différemment selon les individus. De plus, il est influencé par deux types de facteurs : des facteurs personnels (cognitifs, motivationnels ou dispositionnels) et des facteurs situationnels (imprévisibilité, ambiguïté, incontrôlabilité) (Meditas Cardio, s. d.)

À contrario, le stress réel peut être objectivé par des mesures physiologiques (taux de cortisol, fréquence cardiaque) ou par des observations comportementales (agitation, troubles du sommeil). (Meditas Cardio, s. d.)

## **2.1.2. Définition de l'anxiété**

L'anxiété se définit comme une réaction émotionnelle naturelle caractérisée par une sensation de peur ou d'inquiétude excessive en réponse à un stress ou un danger. Cependant, l'anxiété peut évoluer vers la pathologie lorsqu'elle se manifeste à des moments inappropriés et de façon inadaptée. (Barnhill, 2023) Ces réactions physiologiques déréglées altèrent le fonctionnement de l'organisme. Caractérisés par un état d'inquiétude intense et constant, les troubles anxieux ont des répercussions significatives sur la qualité de vie des individus. (El-Hage, 2021)

Chez les personnes âgées, l'anxiété peut se manifester de manière différente en raison de changements liés à l'âge, tels que des troubles cognitifs ou des problèmes de santé physiques. Elle peut être transitoire (liée à un événement de vie) ou devenir un trouble chronique (comme les troubles anxieux généralisés). (Beaudreau et al., 2021)

### **2.1.3. Différences fondamentales**

Le stress et l'anxiété, bien qu'ils soient liés, sont différents sur plusieurs aspects : la durée, l'intensité, les symptômes, les éléments déclencheurs, l'évolution et les conséquences. En effet le stress est une réponse immédiate à un agent stresseur externe spécifique et disparaît généralement une fois le facteur déclencheur résolu. En revanche, l'anxiété est une réaction interne, prolongée et souvent déconnectée du déclencheur identifiable. De plus cette réaction est marquée par une anticipation constante de dangers futurs. (Clinique E-santé, 2024)

Le stress peut agir comme un facteur déclenchant ou aggravant de l'anxiété lorsqu'il devient chronique. Comprendre cette distinction est crucial pour explorer le rôle des sources de stress dans l'émergence de l'anxiété pathologique. (Clinique E-santé, 2024)

## **2.2. Anxiété chez les personnes âgées en EHPAD**

### **2.2.1. Épidémiologie**

L'anxiété représente l'une des préoccupations majeures de santé publique. En effet, à l'échelle mondiale, les troubles anxieux touchent 4% de la population, soit environ 301 millions d'individus selon l'OMS en 2019. (OMS Organisation Mondiale de la Santé, 2023)

L'anxiété est l'un des troubles les plus répandus chez les personnes âgées. Des études montrent que les symptômes anxieux dans les établissements de soins de longue durée peuvent toucher jusqu'à 58 % des résidents. (Creighton et al., 2024)

Il est important de noter que l'anxiété est fréquemment sous-diagnostiquée chez les personnes âgées, en raison de la confusion des symptômes anxieux avec des signes de vieillissement ou des troubles cognitifs. Traiter ces troubles une fois diagnostiqués est crucial pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. (Cléry-Melin, 2015)

### **2.2.2. Étiologie et Facteurs de risques**

L'étiologie des troubles anxieux est difficile à déterminer. En effet, ces troubles ne sont pas causés par un gène ou une cause psychologique mais il semble être le résultat de différents facteurs biopsychosociaux (Juruena et al., 2020). Concernant les facteurs biologiques, le vieillissement entraîne des changements altérant les neurotransmetteurs comme la sérotonine et le GABA. Ces neurotransmetteurs jouent un rôle déterminant dans la régulation de l'anxiété.

Au niveau psychologique, la perte d'autonomie, les événements traumatisques, la peur de la dépendance ou de la mort sont des sources d'anxiété fréquentes. Les facteurs sociaux, tels que l'isolement social, la solitude et la réduction des interactions sociales en institution favorisent l'apparition de l'anxiété. (Ramos & Stanley, 2021) (Belon, 2019)

### **2.2.3. Manifestation de l'anxiété : physiopathologie et symptômes**

La physiologie des troubles anxieux implique des déséquilibres dans les neurotransmetteurs comme la sérotonine, la noradrénaline et le GABA, entraînant des réponses physiologiques et comportementales inadaptées. Ces dysfonctionnements sont influencés par des boucles de rétroactions complexes et des interactions neurobiologiques (Juruena et al., 2020)

Les troubles anxieux englobent plusieurs sous-types, tels que le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble de panique, le trouble d'anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress post-traumatique (ESPT) (Lépine et al., 2005)

L'anxiété se manifeste souvent par des symptômes physiques tels que des palpitations, des tremblements, des douleurs musculaires, ainsi que des symptômes cognitifs comme des pensées récurrentes ou envahissantes, des difficultés de concentration et une hypervigilance. Chez les personnes âgées, ces symptômes peuvent être confondus avec d'autres pathologies, comme les maladies cardiaques ou les troubles neurologiques. (El-Hage, 2021)

## **2.3. Identification des sources de stress et leur lien avec l'anxiété**

Comme énoncé précédemment, les sources de stress spécifiques jouent un rôle central dans le développement et l'intensification de l'anxiété. Il est essentiel de s'intéresser à leur importance et aux études déjà menées.

### **2.3.1. Importance de l'identification pour prévenir et réduire l'anxiété**

L'identification des sources de stress est cruciale pour prévenir et réduire l'anxiété, en particulier chez les personnes âgées en institution. En comprenant les déclencheurs spécifiques de stress, il est possible d'adapter les interventions afin de répondre de manière ciblée aux besoins des résidents. Il s'agit d'une approche proactive permettant de diminuer l'intensité des réactions anxiées, mais aussi d'améliorer la qualité de vie. L'objectif est de favoriser un environnement plus sécurisant et des interactions mieux adaptées.

À Guingamp, l'EHPAD de Kersalic a identifié les différentes sources de stress des résidents pour adapter la philosophie de leur établissement et leur approche. Les résidents sont appelés « habitants », et hébergés dans un environnement domestique recréé qui favorise leur autonomie et leur bien-être. De plus les soignants, surnommés « souffleurs de vie » ne portent pas de blouse blanche et sont responsables de diverses activités exercées auprès des résidents. Cette philosophie a permis une approche humaine et chaleureuse. Grâce à cela, cet EHPAD a réduit de manière significative l'utilisation d'anxiolytiques et de somnifères et a amélioré la qualité de vie des résidents. (Jérôme, 2024)

### **2.3.2. Méthode d'identification**

L'étude menée dans le cadre de ce mémoire portant sur l'anxiété, il est pertinent de s'intéresser au stress psychologique et donc au stress perçu. Diverses méthodes ont déjà été utilisées pour identifier des sources de stress.

### **2.3.2.1. Questionnaires standardisés**

Les questionnaires sont des outils utilisés pour identifier les sources de stress. Par exemple le Perceived Stress Scale (PPS) est souvent utilisé pour évaluer le niveau de stress perçu chez les individus y compris chez les résidents en EHPAD.

Une étude menée par (Chew et al., 2020) a déjà utilisé le PPS pour évaluer le stress perçu chez les résidents d'EHPAD et identifier les facteurs les plus déclencheurs.

### **2.3.2.2. Entretiens semi directifs**

Les entretiens semi-directifs permettent une exploration approfondie des expériences personnelles des résidents et des déclencheurs de stress spécifiques à leur environnement.

Plusieurs études ont utilisé des entretiens semi-directifs pour identifier les sources de stress professionnelles et les conditions de travail en EHPAD. Ces différentes études ont impliqué les professionnels de santé pour analyser leur bien-être au travail. (Soyer et al., 2023)(Masson, 2020)

### **2.3.2.3. Observations en milieu institutionnel**

L'observation directe des résidents permet d'identifier les interactions, les comportements, les événements stressants dans leur environnement quotidien.

Une étude examine comment les interactions entre le personnel influencent la qualité des soins. Elle permet de mettre en évidence que la méthode observatrice est riche. En effet elle a permis d'identifier les différentes stratégies pour améliorer les résultats des soins. (Toles et al., 2012)

## **2.4. Prise en charge de l'anxiété**

La prise en charge de l'anxiété repose sur différentes approches : médicamenteuse et non médicamenteuse.

### **2.4.1. Approche médicamenteuse et non médicamenteuse**

La prise en charge des troubles anxieux repose sur une double approche se constituant de traitements médicamenteux et de thérapies non-médicamenteuses. Les traitements médicamenteux incluent l'utilisation d'anxiolytiques tels que les benzodiazépines ou les antidépresseurs pour réduire l'agitation et l'insomnie dues à l'anxiété. Cependant ces médicaments peuvent entraîner des effets secondaires indésirables tels que la somnolence, la confusion, la dépendance et l'altération des fonctions cognitives. Ces effets négatifs impactent grandement la qualité de vie et engendrent des risques de chute. (Somnifères, anxiolytiques, 2022)

De surcroit, certains médicaments sont contre-indiqués en raison de leurs interactions avec d'autres traitements utilisés pour les pathologies chroniques des personnes âgées, comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète.

Face à ces limites, des alternatives non médicamenteuses, telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'activité physique, la médiation animale et l'immersion par la réalité virtuelle sont de plus en plus explorées. (Moreno et al., 2019)

#### **2.4.2. L'intérêt des thérapies alternatives**

Les thérapies alternatives jouent un rôle crucial dans la prise en charge de l'anxiété chez les personnes âgées. En effet, comme énoncé précédemment les traitements médicamenteux peuvent avoir des limites et des effets secondaires indésirables. Chez les personnes âgées, le processus de vieillissement s'accompagne souvent de polyopathologies nécessitant une polymédication. Cette polymédication augmente le risque de iatrogénie. (Legrain, 2005) « La iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments. » (Tanda & Soyer, 2022)

Les thérapies non médicamenteuses telles que la thérapie cognitivo-comportementale, l'hypnose, la sophrologie, la médiation animale, la méthode snoezelen et la réalité virtuelle, offrent des alternatives bénéfiques. En effet, de nombreuses études portées sur d'autres domaines ont démontrés les effets positifs de ces thérapies alternatives sur l'anxiété. (Wood et al., 2007) (Moussa, 2014)(Sillou, 2016)

#### **2.4.3. Focus sur les interventions adaptées aux personnes âgées en institution**

Dans les EHPAD, diverses interventions sont déjà mises en place pour gérer l'anxiété des résidents. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est fréquemment utilisée pour aider les résidents à identifier et modifier les schémas de pensée négatifs. (Fournier, 2024)

De plus, des techniques de relaxation et la méthode Snoezelen sont également employées pour favoriser la détente et diminuer le stress. Ces approches non médicamenteuses visent à offrir un soutien adapté aux besoins des personnes âgées en institution. (Fournier, 2024)

De surcroit, la réalité virtuelle représente également une thérapie alternative, encore peu répandue en EHPAD, mais dont l'utilisation se développe progressivement. Certaines études ont déjà été menées sur cette thérapie et ont montré que cette approche immersive peut être bénéfique. Plus particulièrement une étude menée par Tri Quentin Tran Huu en 2020 a exploré l'utilisation des casques de réalité virtuelle dans la relaxation psychomotrice pour gérer l'anxiété chez les résidents d'EHPAD. Les résultats démontrent un effet positif sur la régulation émotionnelle et la réduction de l'anxiété. (Tran Huu, 2020)

### **3. La réalité virtuelle (RV) comme technique non médicamenteuse pour gérer le stress et l'anxiété**

#### **3.1. Définition et principe de la RV**

##### **3.1.1. Définition de la RV et fonctionnement**

La réalité virtuelle trouve ses origines au XIXème siècle avec les premières images en trois dimensions. Cependant le terme de RV est défini en 1986 par Joan Lanier. Il décrit la RV comme une technologie permettant de créer des environnements numériques immersifs et interactifs, accessibles par plusieurs utilisateurs via des dispositifs informatisés stimulant les sens. (Ouramadane et al., 2009)

La RV est une technologie immersive qui s'appuie sur des environnements simulés en trois dimensions dans lesquels il est possible d'interagir de manière contrôlée. Grâce à des dispositifs comme les casques de VR (Virtual Reality), elle plonge l'utilisateur dans un monde simulé, lui donnant la sensation d'y être réellement.

Elle est utilisée dans de nombreux domaines (santé, éducation, industrie, divertissement, recherche scientifique ...) et possède donc plusieurs définitions.

Cependant, elle repose sur trois principes clés : l'immersion, l'interaction et l'imagination. L'immersion désigne la sensation d'être plongé dans un environnement virtuel réaliste avec l'utilisation de casque de RV et d'une stimulation sensorielle adaptée. L'interaction, quant à elle, permet d'agir sur l'environnement en manipulant des objets ou en influençant le déroulement de l'expérience. Cette interaction permet de renforcer l'engagement et l'impact émotionnel de la thérapie. Puis, l'imagination, joue un rôle essentiel dans l'interprétation des stimuli virtuels. (Burdea & Coiffet, 1993)

L'objectif de la réalité virtuelle est d'offrir une expérience sensorimotrice et cognitive dans un univers numérique, qu'il soit réaliste ou symbolique. (Ouramadane et al., 2009)

### **3.1.2. Intérêt de la RV dans le domaine de la santé**

La RV constitue un outil innovant dans le domaine de la santé, permettant une nouvelle approche d'intervention. Elle est particulièrement utilisée pour la rééducation motrice car elle agit au niveau de la plasticité cérébrale. (Amber et al., 2021)

Dans le secteur de la recherche et des soins, cette technologie est principalement employée pour évaluer et prendre en charge les troubles moteurs et cognitifs. Mais également pour la formation médicale, permettant aux professionnels de s'exercer dans des environnements simulés sans risque pour les patients. (Amber et al., 2021)

Cependant, elle est aussi appliquée dans d'autres domaines thérapeutiques, en particulier pour le bien-être et la santé mentale. (Charlet, 2023)

En effet, cette technique thérapeutique se base sur l'idée que les environnements virtuels peuvent impacter de manière significative la gestion des émotions et du stress. (Kwan et al., 2023)

## **3.2. Réalité virtuelle et santé mentale**

Au-delà de son intérêt dans le domaine médical, la réalité virtuelle s'impose également comme un outil innovant dans la prise en charge des troubles psychiques. Comme énoncé précédemment, la RV a son potentiel thérapeutique en santé mentale. Celui-ci repose sur sa capacité à moduler les émotions et à exposer les patients à des environnements contrôlés.

### **3.2.1. Efficacité de la RV pour la gestion de l'anxiété, du stress et de la dépression**

La RV est de plus en plus explorée en EHPAD pour gérer le stress. Elle permet d'offrir une alternative non médicamenteuse améliorant la qualité de vie des résidents. En effet, des études montrent que la RV peut atténuer divers types de stress. Elle a déjà été utilisée pour prendre en charge l'isolement social, l'anxiété liée à la perte d'autonomie et au manque de stimulation cognitive.

Par exemple, pendant la pandémie de covid-19, des « voyages immersifs » ont aidé des résidents à contrer la solitude et à exprimer leurs émotions, réduisant ainsi leur stress lié à l'isolement. (Meriadec, 2021) Une autre étude a révélé que des activités collectives de réalité virtuelle renforçaient le lien social et réduisaient l'anxiété (Sebastien, 2021).

En parallèle, certaines applications de RV, initialement destinées à réduire l'anxiété avant des interventions médicales, montrent que la RV peut servir de distraction immersive et de relaxation.(Moreno et al., 2019) Enfin, des expériences multisensorielles par la RV (sons, lumières, images) ont été utilisées pour apaiser des résidents atteints de troubles cognitifs, offrant des moments de calme et de sécurité. (Matsangidou et al., 2023)

D'autres études ont démontré l'efficacité de la réalité virtuelle dans la gestion de l'anxiété, du stress et de la dépression. Tout d'abord, Tarrant et al., en 2018 ont démontré que l'exposition à des environnements virtuels apaisants pouvait réduire significativement le stress et favoriser la relaxation. (Tarrant et al., 2018) De même, Kwan et al en 2023 ont démontré que la RV permettait une modulation efficace des émotions, améliorant ainsi la gestion de l'anxiété. (Kwan et al., 2023)

(Carroll et al., 2021) ont mis en évidence dans une scoping review son efficacité dans la réduction des symptômes dépressifs en offrant des expériences immersives adaptées aux besoins des patients. Enfin, Jingili et al en 2023 ont confirmé par leur étude que l'utilisation de la RV pouvait améliorer la régulation émotionnelle et le bien-être psychologique. (Jingili et al., 2023)

### **3.2.2. Méthodes d'évaluation des effets de la RV sur l'anxiété**

L'évaluation des effets de la RV sur l'anxiété repose sur diverses méthodes, combinant mesures physiologiques et psychologiques. Parmi les études explorées, les outils les plus couramment utilisés incluent des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété (comme le State-Trait Anxiety Inventory).(Potvin et al., 2011) Ces échelles subjectives permettent d'évaluer le ressenti et l'engagement des participants. De plus, les indicateurs physiologiques tels que la fréquence cardiaque, sont également utilisés comme des outils d'évaluation. Certaines études intègrent des analyses neurophysiologiques comme l'électroencéphalographie (EEG) pour observer l'impact de la RV. (Tarrant et al., 2018)

### **3.2.3. Limites et précautions liée à l'utilisation de la RV**

L'utilisation de la RV en santé présente certaines limites, notamment des effets secondaires. Dans certaines études, des participants ont évoqué des effets secondaires comme des vertiges, des nausées et de la fatigue visuelle. Ces effets secondaires sont plus communément appelés « Cybermalaise ». De plus, l'acceptabilité varie selon les patients, en particulier les personnes âgées. (Arluison, 2021)

Toutefois certaines études montrent qu'une RV immersive bien adaptée est mieux tolérée et génère moins d'inconfort. Cela questionne quant à la pertinence d'évaluer préalablement les patients et de suivre les effets indésirables. (Lonjou et al., 2023)(Elies & Serra, 2022)

### **3.3. Spécificité de la RV en EHPAD**

#### **3.3.1. Obstacles à la mise en place de la RV en institution**

Bien que la réalité virtuelle présente un fort potentiel en santé, son intégration en EHPAD se heurte à plusieurs obstacles.

En effet le manque de formation du personnel, le coût élevé des équipements et l'absence de financement dédié limitent son déploiement. L'acceptabilité par les résidents peut aussi poser problème, notamment en raison de la crainte liée à l'usage des nouvelles technologies. De plus, des contraintes logistiques, comme l'espace et le temps nécessaire à l'installation, compliquent son utilisation. Une étude menée par (Charlet, 2023) souligne ces freins et la nécessité d'un accompagnement adapté.

#### **3.3.2. Intérêts et bénéfices potentiels pour la personne âgée**

La RV offre des bénéfices significatifs pour les personnes âgées. En effet, elle contribue à la stimulation cognitive et au bien-être émotionnel des personnes âgées. Certaines études montrent des effets positifs sur la mémoire, l'anxiété et la socialisation. (Bobillier Chaumon & Oprea Ciobanu, 2009) (Carroll et al., 2021) (VRmedia, 2024)

De plus une expérimentation menée par (OROI, 2024) utilise la RV pour entraîner les fonctions cognitives et offrir des expériences enrichissantes, améliorant la qualité de vie en EHPAD.

## **4. Stress, anxiété et réalité virtuelle : une approche adaptée aux besoins en EHPAD**

Au vu des bénéfices de la réalité virtuelle sur la cognition et le bien-être, son utilisation en EHPAD apparaît comme une approche prometteuse pour répondre aux besoins spécifiques des résidents. Cependant, il est possible de constater dans la littérature le manque significatif d'adaptation des interventions de la RV en fonction des sources générant du stress et de l'anxiété.

### **4.1. Importance de l'identification des sources de stress**

#### **4.1.1. Étape essentielle pour l'adaptation des interventions**

L'identification des sources de stress chez les personnes âgées en EHPAD est une étape clé pour adapter les interventions et améliorer leur bien-être. En effet, en comprenant précisément les facteurs déclencheurs de stress, les professionnels de santé peuvent mettre en place des stratégies ciblées. Marie Fournier met en évidence dans son article que la communication et l'écoute active des résidents permettent d'identifier plus efficacement leurs besoins et de proposer des réponses adaptées, réduisant ainsi leur anxiété. Elle souligne l'importance d'identifier les causes de l'anxiété afin d'adapter les interventions et agir de manière efficace. (Fournier, 2024) Par ailleurs, plusieurs études montrent que la personnalisation des interventions en réalité virtuelle augmente leur efficacité. Par exemple, une recherche publiée dans JMIR Mental Health a révélé qu'un environnement virtuel adapté aux préférences des résidents réduisait significativement leur anxiété comparée à des techniques standards. (Pardini et al., 2024)

#### **4.1.2. Modèles et approches pour relier les sources de stress aux interventions**

Afin d'établir un lien efficace entre les sources de stress identifiées et les interventions adaptées, plusieurs modèles et approches sont préconisés. Certains cadres théoriques, comme le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), mettent en évidence l'importance de l'évaluation cognitive de la situation par l'individu et la nécessité d'adapter les stratégies de coping. (Dressaire & Brouillet, 2006). En EHPAD, cela se traduit par une approche combinant soutien psychologique, réorganisation de l'environnement et interventions thérapeutiques adaptées aux besoins spécifiques des résidents.

Une étude sur la prévention des risques psychosociaux en milieu médico-social insiste sur l'importance d'une approche globale et mixte. L'approche soulignée inclut une évaluation continue des facteurs de stress et l'implication des équipes soignantes dans la co-construction des solutions. Cette dernière permet de mieux répondre aux besoins individuels des résidents et d'optimiser l'impact des interventions mises en place. (Jeoffrion et al., 2014)

### **4.2. Lien entre l'anxiété et l'Ergothérapie**

L'identification des sources de stress et l'adaptation des interventions en EHPAD nécessitent une approche thérapeutique ciblée pour améliorer le bien-être des résidents. Parmi ces approches, l'ergothérapie joue un rôle central dans la prise en charge de l'anxiété.

#### **4.2.1. Définition de l'ergothérapie**

L'ergothérapie prend ses racines des mots « Ergon » (travail, activité) et « Therapia » (soin, thérapie). Elle se définit comme une profession paramédicale qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes par l'utilisation d'activités thérapeutiques. En effet, elle se base sur l'activité comme concept central. (« Qu'est-ce que l'ergothérapie », 2024)

Ce concept repose sur le principe que « l'être humain est un être d'agir et que les activités peuvent être utilisées pour améliorer la santé ». (Charret & Samson, 2017) Son objectif est d'accompagner les individus en perte d'autonomie en utilisant des activités signifiantes comme moyen thérapeutique.

Pour cela, elle se base sur trois fondamentaux principaux : les trois « R » :

- Rééducation : Restaurer les fonctions perdues ou diminuées à travers des exercices spécifiques.
- Réadaptation : Adapter les activités et l'environnement pour compenser les déficits fonctionnels.
- Réinsertion : Aider les patients à retrouver une place active dans la société, que ce soit dans le cadre scolaire, professionnel ou social.

#### **4.2.2. Rôle de l'ergothérapie dans la gestion de l'anxiété**

Depuis de nombreuses années l'ergothérapie joue un rôle essentiel en santé mentale. Comme énoncé précédemment l'anxiété a un impact sur la qualité de vie des personnes âgées. La qualité de vie et le bien-être sont des composantes essentielles et très importantes en ergothérapie.

En effet, l'ergothérapie vise à soutenir les personnes dans leur autonomie, leur bien-être et leur participation à des activités significatives, malgré les limitations physiques et/ou cognitives. En évaluant les besoins et les capacités du patient, l'ergothérapeute met en place un plan d'intervention personnalisé. Celui-ci peut inclure des stratégies non-médicamenteuses de gestion du stress et des émotions, le développement des compétences sociales, l'adaptation de l'environnement. (Ormancey, 2024)

#### **4.2.3. Place de l'ergothérapie dans la conception et l'adaptation des interventions en réalité virtuelle**

L'ergothérapeute occupe une place clé dans l'intégration de la RV en tant qu'outil thérapeutique, en veillant à son adaptation aux besoins spécifiques des patients. Son expertise en analyse de l'activité lui permet de concevoir des environnements virtuels adaptés aux capacités physiques, cognitives et émotionnelles des utilisateurs. Il joue un rôle essentiel dans le choix des paramètres de la RV (interactions, niveau d'immersion, scénarios) afin d'optimiser l'engagement et les bénéfices thérapeutiques. De plus, l'ergothérapeute évalue l'accessibilité des dispositifs, ajuste les paramètres pour prévenir les effets secondaires (cyber malaise) et s'assure que l'expérience reste adaptée aux objectifs du patient. Enfin, il accompagne la mise en place des interventions en RV en formant les professionnels de santé et en sensibilisant les patients à cette approche innovante. (Hwang & Shim, 2021)

#### **4.2.4. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et Réalité virtuelle**

Élaboré dans les années 1980, par Kielhofner, ce modèle est basé « sur la reconnaissance de l'être humain agissant et engagé, faisant de lui un sujet en constante interaction avec son environnement ». (Pépin, 2006) Il s'agit d'un modèle théorique majeur en ergothérapie. En effet, il met l'accent sur la relation entre la motivation, les habitudes et les performances dans l'engagement occupationnel. En s'appuyant sur ce modèle il est possible de comprendre et d'expliquer la motivation d'un individu « à s'investir dans différentes occupations, et ce en lien avec les rôles et les routines comportementales ainsi que la capacité fonctionnelle de l'être humain dans son environnement ». (Pépin, 2006) (Doussin, 2020) (Kielhofner, 2002)

Pour cela, le MOH s'appuie sur trois composantes essentielles :

- La volition : motivation à agir en fonction des valeurs, des intérêts et des déterminants personnels.
- L'habituation : organisation des comportements à travers les routines et les rôles sociaux.
- La capacité de rendement : Regroupement des habiletés physiques et mentales nécessaires à la réalisation d'une activité.

Ces trois dimensions font écho aux trois dimensions de l'agir :

- Participation : engagement de la personne dans ses activités de vie quotidienne.
- Rendement : engagement dans des formes occupationnelles, « tâches ».
- Habiléités : action concrètes observables : motrices, opératoires, communication et interaction.

Ces éléments interagissent en permanence avec l'environnement, constitué de facteurs physiques, sociaux et culturels. Le MOH illustre comment la participation aux activités influence le rendement et le développement des habiletés, contribuant ainsi à la compétence, à l'identité et à l'adaptation de l'individu. (Doussin, 2020)

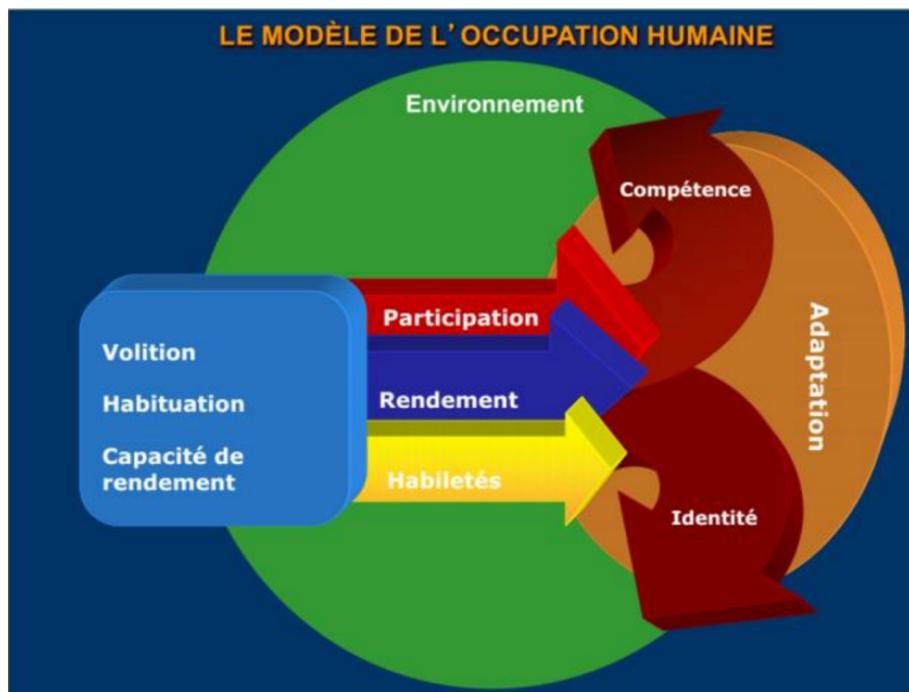


Figure 1. Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

(Doussin, 2020)

Dans le cadre de cette étude, le MOH permet d'analyser comment les interactions entre la volition, l'habituation et les capacités de rendement influencent la participation des résidents aux activités. L'anxiété peut altérer la motivation, perturber les routines, les repères habituels et réduire les performances fonctionnelles (capacité de rendement).

Ce modèle conceptuel aide à structurer les interventions en ciblant ces trois dimensions afin de favoriser l'engagement, la compétence et l'adaptation des personnes âgées. De plus en prenant en compte l'environnement, le MOH permet de mieux comprendre comment l'institution peut influencer la gestion du stress et adapter les interventions de RV pour optimiser le bien-être des résidents.

## 5. Problématique et hypothèses

Comme nous l'avons vu précédemment, l'entrée en institution peut représenter un bouleversement pour la personne âgée. De nombreux facteurs sont susceptibles de générer du stress et de l'anxiété. Ces troubles souvent liés à la perte de repère et à la diminution de l'autonomie, affectent directement le bien-être émotionnel et la qualité de vie des résidents. Dans ce contexte, l'identification précise des sources de stress apparaît essentielle pour adapter les interventions et améliorer la qualité de vie des résidents.

En tant que professionnels de « l'activité », les ergothérapeutes jouent un rôle primordial dans l'évaluation des besoins, l'adaptation de l'environnement et la mise en place d'interventions ciblées.

La personne âgée est souvent exposée à la iatrogénie, les approches non médicamenteuses constituent donc des pistes intéressantes pour la gestion de l'anxiété.(L'Assurance Maladie AMELI, 2025) Parmi ces approches, la réalité virtuelle se distingue comme un outil thérapeutique innovant. Plusieurs études ont montré son efficacité pour réduire le stress et l'anxiété.(Moreno et al., 2019) Cela, grâce à son pouvoir immersif et à sa capacité de proposer des expériences apaisantes et personnalisables. Cependant, malgré son potentiel, la RV reste peu utilisée en EHPAD. De nombreux freins substituent, comme le coût, le manque de formation ou la crainte d'effets secondaires. Cela interroge sur la manière dont les technologies et notamment la réalité virtuelle, pourraient être mieux intégrées dans les pratiques des ergothérapeutes pour répondre aux besoins spécifiques des résidents.

De plus, les études existantes sont encore limitées : elles reposent souvent sur des protocoles standardisés, peu personnalisés et menés sur de faibles échantillons. Or l'anxiété en EHPAD est multifactorielle et très dépendante de l'histoire et du vécu de chaque résident. Cette diversité des facteurs de stress rend difficile l'application de protocoles universels, nécessitant ainsi des interventions sur mesure pour répondre aux besoins individuels.

Dans ce contexte, une question centrale se pose :

***Chez les personnes âgées résidant en EHPAD, l'identification des sources de stress par les ergothérapeutes permet-elle de concevoir des interventions en réalité virtuelle plus ciblées et personnalisées, en réponse aux besoins spécifiques des résidents ?***

Cette étude vise à explorer cette problématique à travers le regard des ergothérapeutes en questionnant leur capacité à repérer les sources de stress, à personnaliser leurs interventions et à envisager l'usage de la RV comme moyen thérapeutique.

À partir de cette problématique, plusieurs hypothèses émergent :

Hypothèse 1 : Les ergothérapeutes parviennent à identifier les sources de stress récurrentes chez les résidents en EHPAD.

Hypothèse 2 : L'expérience professionnelle des ergothérapeutes influence leur capacité à identifier les sources de stress chez les résidents en EHPAD.

Hypothèse 3 : La diversité des situations stressantes complique la mise en place d'interventions ciblées, nécessitant une adaptation fine pour répondre aux besoins individuels.

Hypothèses 4 : La personnalisation des interventions est une priorité pour les ergothérapeutes dans la prise en charge du stress.

Hypothèses 5 : Les technologies, et en particulier la réalité virtuelle, encore peu utilisées en EHPAD, pourraient représenter des outils pertinents pour adapter les interventions en fonction des sources de stress identifiées.

## Méthodologie

---

### 1. Objectif de l'étude

Cette étude vise à explorer comment les ergothérapeutes exerçant en EHPAD identifient les sources de stress chez les personnes âgées résidentes, adaptent leurs interventions en fonction de ces sources et perçoivent le potentiel de la réalité virtuelle comme outil thérapeutique. L'objectif est d'évaluer si cette identification permettrait de concevoir des interventions en RV ciblées et adaptées aux besoins spécifiques des résidents.

Pour répondre à cet objectif, une analyse des pratiques professionnelles est privilégiée. Elle repose sur une approche quantitative, à travers la diffusion d'un questionnaire auto-administré en ligne.

### 2. Description de la population

La population ciblée dans cette étude est constituée d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD en France. Le choix de cette population s'explique par leur rôle clé dans l'évaluation des besoins, la mise en place d'interventions non médicamenteuses et leur potentiel à intégrer des outils innovants comme la réalité virtuelle.

L'objectif étant d'évaluer la faisabilité d'interventions standardisées en RV, il est essentiel de recueillir le point de vie des professionnels en charge de l'évaluation du stress et de la mise en place des interventions.

Pour sélectionner les ergothérapeutes pouvant répondre au questionnaire, il est essentiel de définir les critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion sont :

- Être ergothérapeute diplômé d'État.
- Exercer actuellement en EHPAD.
- Être en contact avec la population étudiée.
- Être impliqué dans la prise en charge de la santé mentale des résidents.

Les critères d'exclusions sont :

- Être professionnel d'autres disciplines ou ne pas être ergothérapeute.
- Ne pas avoir exercé en EHPAD.
- Ne pas exercer auprès de la population étudiée.
- Ne pas intervenir auprès des résidents dans le cadre de leur santé mentale.

Ensuite, le questionnaire est envoyé aux ergothérapeutes travaillant dans les EHPAD des régions alentours.

### **3. Mode de diffusion et de sélection**

Avant d'être diffusé, le questionnaire est validé pédagogiquement par l'enseignant chercheur encadrant ce travail de recherche ainsi que par la directrice de mémoire. Une fois validé, il est diffusé par courrier électronique. Le mail accompagnement le lien du questionnaire contient une présentation de l'auteure de l'étude, une explication des objectifs de la recherche, une description du public ciblé.

Le message invite également les destinataires à transmettre le mail aux ergothérapeutes de leurs structures. En effet, le mail est envoyé à l'ensemble des EHPAD, publics comme privés répertoriés sur le site du gouvernement.

La diffusion se fait selon une stratégie progressive : les EHPAD de la région de formation sont contactés par département. Les adresses mails des établissements sont prélevées une à une à partir de la liste de référence disponible sur le site du gouvernement.

Au total, 852 EHPAD ont été sollicités et 79 ergothérapeutes ont participé à l'étude en répondant au questionnaire de manière anonyme.

### **4. L'outil méthodologique**

Afin de répondre à la problématique, un questionnaire est réalisé (voir Annexe I) à l'aide du logiciel SphinxOnline. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré ce qui signifie qu'il se passe de manière autonome directement via le lien transmis.

Il contient au total 21 questions principales réparties en 4 parties. Ces parties permettent de structurer le questionnaire avec une progression logique.

Le questionnaire mélange des questions fermées et des questions ouvertes. Au total 17 questions principales et 4 questions secondaires. Dont 16 questions fermées à choix multiples et à réponse par oui/non et 5 questions ouvertes à réponse libre. Les questions secondaires découlent de 4 questions filtres (réponse obligatoire si l'ergothérapeute répond oui à la question primaire correspondante).

Les questions fermées sont :

- Q1, Q2, Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q8, Q9, Q10, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17

Les questions ouvertes sont :

- Q7bis, Q8bis, Q11, Q12bis, Q13bis

Les questions filtres sont :

- Q7, Q8, Q12, Q13
  - Si la réponse est oui, ouverture sur les questions secondaires

Les questions secondaires sont :

- Q7bis, Q8bis, Q12bis, Q13bis

#### **4.1. Partie 1 : Informations générales**

La première partie du questionnaire recueille des informations générales sur le profil des ergothérapeutes afin de mieux comprendre leur expérience et leur environnement de travail. L'objectif est de contextualiser les réponses en fonction du niveau d'expérience des professionnels, de leur type d'établissement et de la taille de leur EHPAD. Ces informations permettront d'analyser les différences possibles de pratiques en fonction de l'ancienneté et des spécificités des établissements.

#### **4.2. Partie 2 : Identification des situations stressantes**

Cette seconde section vise à explorer la manière dont les ergothérapeutes identifient et évaluent le stress chez les résidents. Elle permet de savoir quelles sont les principales sources de stress pour les personnes âgées en EHPAD et comment ces sources sont perçues et mesurées par les professionnels. L'objectif est d'obtenir une vue d'ensemble sur les critères et les outils utilisés pour évaluer l'impact du stress sur la qualité de vie des résidents.

#### **4.3. Partie 3 : Personnalisation des interventions**

Dans cette partie, l'objectif est de comprendre dans quelle mesure les interventions des ergothérapeutes sont adaptées aux situations de stress spécifiques des résidents. Cette section cherche à savoir si les ergothérapeutes prennent en compte les facteurs individuels du résident pour personnaliser leurs interventions et comment ils utilisent différents outils pour se faire. Elle permet également de mettre en évidence les difficultés rencontrées dans l'adaptation des soins face aux besoins variés des résidents.

#### **4.4. Partie 4 : Technologies et réalité virtuelle dans la gestion du stress**

La dernière partie du questionnaire explore l'utilisation des technologies, en particulier de la réalité virtuelle, dans la gestion du stress et de l'anxiété des résidents. L'objectif est de comprendre si les ergothérapeutes connaissent et utilisent des outils technologiques pour gérer le stress et de recueillir leur avis sur l'intégration de la RV comme outil potentiellement pertinent dans ce domaine. Cette section permet de recueillir les perceptions des professionnels concernant les avantages et les obstacles de l'utilisation de ces nouvelles technologies.

### **5. L'analyse des résultats**

Le questionnaire est envoyé à partir du 4 mars 2025. Comme énoncé précédemment, les EHPADs sont contactés département par département.

Une fois les questionnaires complétés par les ergothérapeutes, les réponses sont groupées puis organisées dans le logiciel Sphinx sur l'onglet « données ». L'objectif étant de générer des graphiques, une analyse plus approfondie est effectuée à partir de l'onglet « Résultats ».

Au total, 12 mails sont envoyés, un par département ciblé, en mettant en copie cachée les EHPAD recensés dans les listes officielles du gouvernement. L'enquête est clôturée le 30 avril 2025. La date de rendu du mémoire étant dans un mois après cette date, cela permet de dédier un temps pour analyser les résultats, les mettre en forme et rédiger la discussion du mémoire.

# Résultats

## 1. Population étudiée

Sur les 852 EHPAD contactés, seules 79 réponses ont pu être recueillies. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce taux de réponse. En effet, certains établissements ne disposent pas d'ergothérapeute, d'autres n'ont pas donné suite au mail (suppression sans lecture), et dans certains cas, les adresses mails référencées n'étaient plus valides ou à jour, rendant ainsi le message non délivrable.

Parmi les 79 ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire, la majorité est diplômée depuis moins de 5 ans (39% soit 31 répondants). 24 répondants (30%) sont diplômés depuis 5 à 10 ans, 14 (18%) entre 10 et 20 ans et 10 (13%) depuis plus de 20 ans.

Concernant leur expérience spécifique en EHPAD, 30 professionnels (38%) exercent dans ce milieu depuis plus de 5 ans. À l'inverse, 9 ergothérapeutes (12%) ont moins d'une année d'expérience, tandis que 21 (27%) ont entre 1 et 3 ans d'ancienneté, et 19 (23%) entre 3 et 5 ans.

Les types d'établissements représentés sur la figure 2 sont également variés. Sur les 79 répondants, 53% d'entre eux exercent en EHPAD public, 29% en EHPAD privé associatif, 22% en EHPAD privé commercial. 8% ont indiqué un autre type d'établissement, précisé pour certains par une pratique mixte ou comme un multi-établissement.

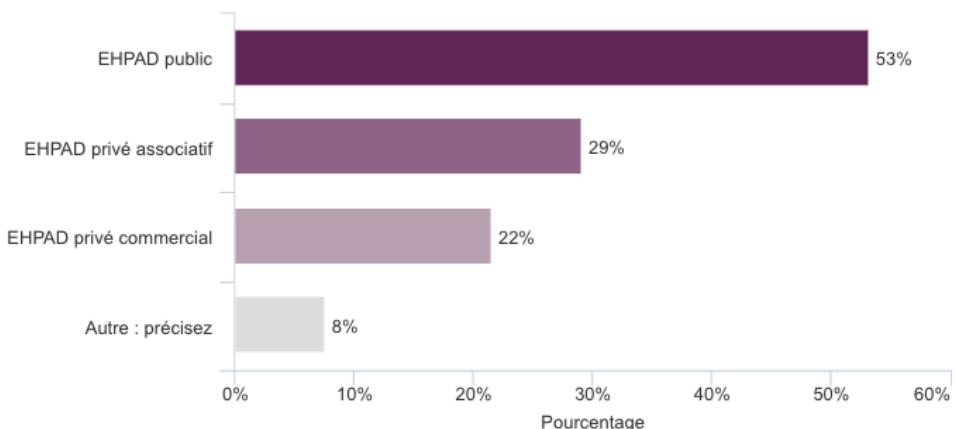


Figure 2. Types d'établissement

Enfin, concernant la taille des structures, la majorité des répondants (73% soit 58 personnes) a indiqué travailler dans des EHPAD comptant entre 50 et 100 résidents. 20 ergothérapeutes (25%) exercent dans des structures de plus de 100 résidents, tandis qu'un seul répondant travaille dans un EHPAD de moins de 50 résidents.

## 2. Identification des situations stressantes

Cette partie du questionnaire visait à recenser les sources de stress les plus fréquemment identifiées par les ergothérapeutes, les signes observés chez les résidents ainsi que les outils éventuellement utilisés pour évaluer le stress et son impact.

### 2.1. Sources de stress identifiées

Les ergothérapeutes pouvaient sélectionner plusieurs réponses. Parmi les sources de stress les plus fréquemment mentionnées, sont retrouvées :

- La perte d'autonomie (76% ; n = 59)
- L'organisation des soins (67% ; n = 52)
- Le sentiment de perte d'utilité ou d'identité (65% ; n = 51)
- Les chutes ou blessures (62% ; n = 48)
- Le sentiment de solitude (51% ; n = 40)
- Les douleurs (49% ; n = 38)

La figure 3 illustre les principales sources de stress identifiées par les ergothérapeutes.

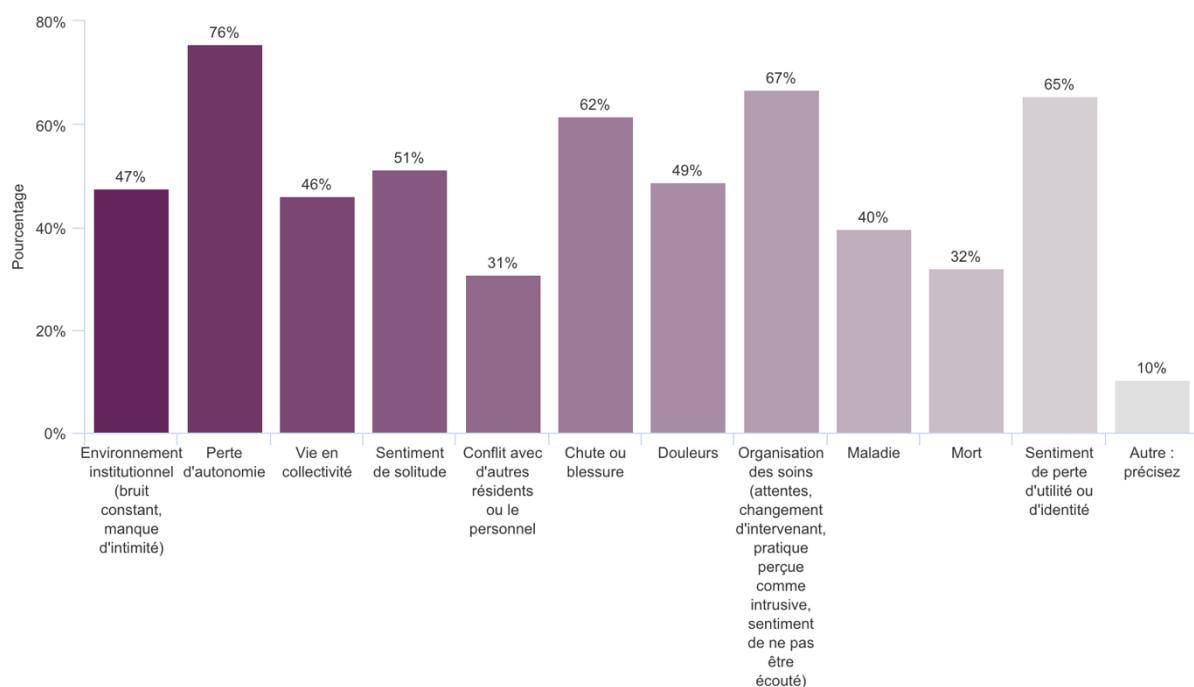


Figure 3. Sources de stress identifiées

Pour explorer l'hypothèse selon laquelle l'expérience professionnelle influence la capacité à identifier les sources de stress, un croisement a été réalisé entre l'ancienneté en EHPAD des répondants et le nombre de sources de stress identifiées. Le tableau 1 illustre ce croisement.

4. SELON VOUS, QUELLES SONT LES PRINCIPALES SOURCES DE STRESS DES RÉSIDENTS EN EHPAD ? (PLUSIEURS RÉPONSES SONT POSSIBLES)	2. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS EXERCEZ-VOUS EN TANT QU'ERGOTHÉRAPEUTE EN EHPAD ?				
	MOINS D'UN AN	ENTRE 1 ET 3 ANS	ENTRE 3 ET 5 ANS	PLUS DE 5 ANS	TOTAL
Environnement institutionnel (bruit constant, manque d'intimité)	5%	22%	27%	46%	100%
Perte d'autonomie	14%	29%	24%	33%	100%
Vie en collectivité	8%	14%	31%	47%	100%
Sentiment de solitude	16%	21%	29%	34%	100%
Conflit avec d'autres résidents ou le personnel	0%	33%	25%	42%	100%
Chute ou blessure	13%	32%	21%	34%	100%
Douleurs	8%	38%	27%	27%	100%
Organisation des soins (attentes, changement d'intervenant, pratique perçue comme intrusive, sentiment de ne pas être écouté)	12%	24%	18%	47%	100%
Maladie	6%	35%	29%	29%	100%
Mort	8%	32%	32%	28%	100%
Sentiment de perte d'utilité ou d'identité	12%	27%	20%	41%	100%
Autre : précisez	13%	63%	25%	0%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>12%</b>	<b>26%</b>	<b>24%</b>	<b>38%</b>	

Tableau 1. Principales sources de stress identifiées en fonction de l'ancienneté en EHPAD

La majorité des ergothérapeutes en poste depuis plus de 5 ans ont identifié un nombre élevé de sources de stress, notamment la perte d'autonomie, l'organisation des soins et le sentiment de perte d'utilité ou d'identité. Ces mêmes sources de stress sont également majoritairement citées par les professionnels ayant entre 1 et 3 ans d'expérience, mais avec une légère différence dans les proportions.

Les ergothérapeutes ayant moins d'un an d'expérience en EHPAD semblent quant à eux identifier principalement des sources de stress telles que les *chutes ou blessures* (62 %) et le *sentiment de solitude* (51%), ce qui pourrait indiquer une sensibilité accrue aux éléments plus visibles ou facilement observables.

Enfin, les professionnels ayant entre 3 et 5 ans d'expérience se situent de manière intermédiaire dans l'identification des sources de stress, citant fréquemment les mêmes éléments que leurs collègues plus expérimentés, mais avec des proportions légèrement inférieures.

## 2.2. Perception de l'impact du stress sur la qualité de vie

Parmi les 78 réponses, 73% des ergothérapeutes estiment que le stress est plutôt impactant pour la qualité de vie des résidents, et 23% le jugent comme très impactant. Seuls 4% considèrent cet impact comme peu significatif. Aucune réponse n'indique un stress sans impact.

### 2.3. Signes de stress les plus fréquemment observés

Plusieurs signes de stress sont régulièrement observés par les ergothérapeutes. Les plus fréquemment cités sont :

- Agitation ou agressivité (86 % ; n = 67)
- Irritabilité ou impatience (68% ; n = 53)
- Troubles du sommeil (56% ; n = 44)
- Peur exprimée ou inquiétudes répétées (55% ; n = 43)
- Évitement de certaines activités ou situations (54% ; n = 42)
- Repli sur soi (50% ; n = 39)

La figure 4 illustre les signes de stress les plus fréquemment observés par les ergothérapeutes.

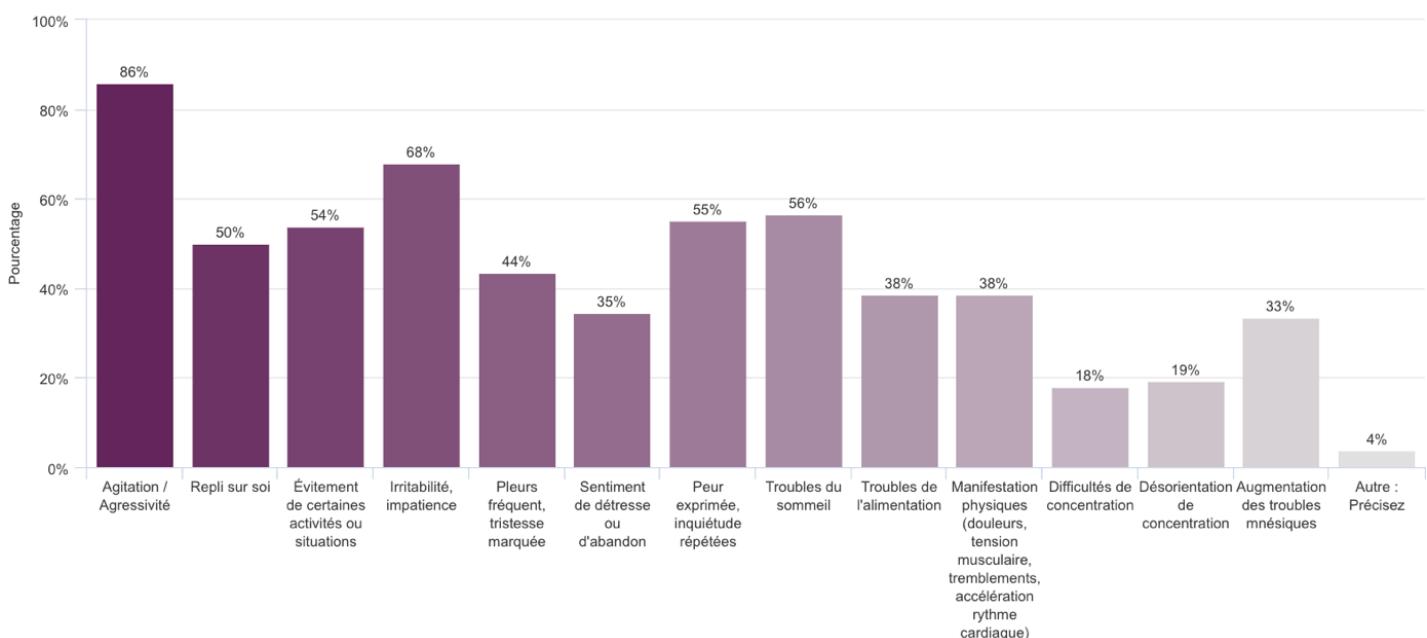


Figure 4. Signes de stress

Afin de vérifier si la diversité des situations stressantes complique la mise en place d'interventions standardisées, un croisement a été effectué entre le nombre de sources de stress identifiées et les signes de stress observés. (cf Annexe II)

Les ergothérapeutes qui ont cité un grand nombre de sources de stress (plus de 5 catégories identifiées) rapportent également une diversité plus importante dans les signes de stress, notamment l'agitation/agressivité, l'irritabilité/impatience et les troubles du sommeil. À l'inverse, les professionnels ayant identifié un nombre plus restreint de sources de stress rapportent majoritairement des signes plus généraux tels que le repli sur soi et l'évitement de certaines activités ou situations.

## 2.4. Outils d'évaluation du stress

À la question « *Avez-vous des outils ou méthodes spécifiques pour évaluer le stress des résidents ?* », 82% des répondants ont répondu non, contre 18% ayant indiqué utiliser des outils spécifiques.

Parmi les professionnels déclarant en utiliser, plusieurs mentionnent des évaluations partagées avec la psychologue de l'établissement (entretien, observation, échelles telles que le NPI-ES, HAMA, Cohen-Mansfield ou GDS), ainsi que des transmissions écrites permettant de garder une trace des évènements stressants.

Concernant l'évaluation de l'impact du stress, une très faible proportion a déclaré utiliser des outils spécifiques : 6% contre 94 % répondant ne pas en utiliser.

Pour cette minorité, les réponses évoquent principalement l'utilisation du NPI-ES, des échanges avec la psychologue, ou encore la mise en place de staffs pluridisciplinaires centrés sur le résident, avec un suivi via les transmissions.

## 3. Personnalisation des interventions

Cette partie visait à comprendre dans quelle mesure les ergothérapeutes adaptent leurs interventions en fonction des sources de stress identifiées chez les résidents, ainsi que les outils et critères mobilisés pour personnaliser cette prise en charge.

### 3.1. Fréquence d'adaptation des interventions

Concernant la fréquence d'adaptation des interventions, sur les 75 ergothérapeutes ayant répondu à cette question, 67% d'entre eux adaptent leurs interventions en fonction des sources de stress identifiées lorsque cela est possible. Par ailleurs, 29 % le font de manière systématique, tandis qu'un faible pourcentage (1%) propose uniquement des interventions standardisées. Enfin 3% d'entre eux considèrent que cela n'est pas dans leur champ d'action.

Afin d'analyser l'influence de la taille des établissements sur la fréquence d'adaptation des interventions par les ergothérapeutes un croisement a été effectué entre le nombre de résidents que comporte l'EHPAD des différents ergothérapeutes et la fréquence d'adaptation de leurs interventions. Le tableau 2 illustre ce croisement.

4. COMBIEN DE RÉSIDENTS COMpte VOTRE EHPAD ?	9. ADAPTEZ-VOUS VOS INTERVENTIONS EN FONCTION DES SOURCES DE STRESS IDENTIFIÉES CHEZ UN RÉSIDENT ?				
	OUI, SYSTÉMATIQUEMENT	OUI, LORSQUE CELA EST POSSIBLE	NON, JE PROPOSE DES INTERVENTIONS STANDARDISÉES	NON, CE N'EST PAS DANS MON CHAMP D'ACTION	NON-RÉPONSE
Moins de 50	0%	100%	0%	0%	0%
Entre 50 et 100	22%	69%	0%	3%	5%
Plus de 100	45%	45%	5%	0%	5%

Tableau 2. Fréquence d'adaptation des interventions en fonction de la taille des EHPAD

Dans les EHPAD de plus de 100 résidents, les adaptations sont partagées entre "Oui, systématiquement" (45 %) et "Oui, lorsque cela est possible" (45 %), avec une minorité (5 %) utilisant des interventions standardisées.

Dans les EHPAD de moins de 50 résidents, aucune adaptation systématique n'est rapportée (0 %), mais 100 % des répondants affirment adapter leurs interventions lorsque cela est possible.

Enfin, pour les EHPAD comptant entre 50 et 100 résidents, 22 % des ergothérapeutes adaptent systématiquement, 69 % le font lorsque possible, et 3 % considèrent que ce n'est pas dans leur champ de compétences.

### 3.2. Outils et critères utilisés

Les résultats montrent que l'adaptation des interventions repose sur plusieurs éléments. 93 % des ergothérapeutes ont répondu prendre en compte l'état émotionnel du moment du résident. 81 % considèrent les capacités cognitives et physiques, tandis que 83% tiennent compte des préférences et des habitudes de vie du résident. L'histoire personnelle et les expériences passées sont prises en compte par 68% des ergothérapeutes et 64% s'appuient sur l'environnement dans lequel évolue le résident. Les retours de l'équipe soignante et/ou de la famille sont également pris en considération par 87% des répondants. Enfin, 4% ont précisé d'autres éléments, notamment ce que la personne verbalise sur son état, les déclencheurs de son stress et ses envies.

La figure 5 illustre les critères utilisés par les ergothérapeutes pour adapter leur intervention.

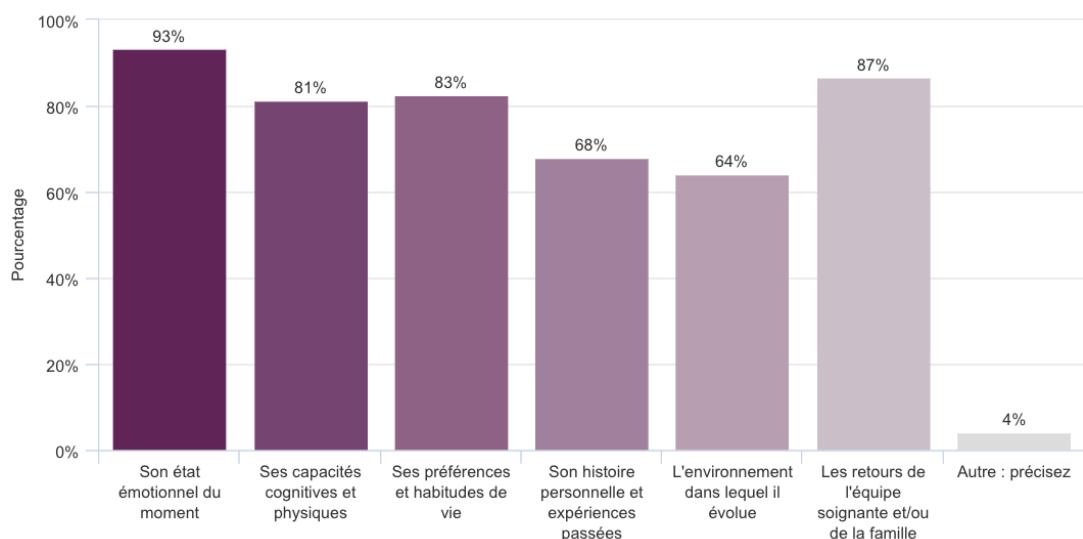


Figure 5. Éléments pris en compte dans la personnalisation des interventions

Concernant les outils, les répondants ont décrit une grande variété d'outils et de méthodes utilisées pour ajuster leurs interventions face au stress des résidents en EHPAD.

Les stratégies les plus souvent mentionnées sont : l'écoute active, la communication, la réassurance et l'adaptation des activités en fonction des besoins et de l'état émotionnel du résident. Certains ergothérapeutes ont également opté pour des approches plus ciblées comme le Snoezelen, la médiation animale ou encore des interventions multisensorielles.

Cependant, 7 répondants ont indiqué ne pas recourir à des outils spécifiques et ont préféré s'adapter directement aux réactions et comportements des résidents en ajustant leur communication et leur posture sur le moment. D'autres ont souligné l'importance de l'environnement (le lieu, l'ambiance sonore, la présence d'autres personnes) pour créer une atmosphère propice à l'apaisement. Enfin, bien que le casque de réalité virtuelle ait été mentionné, il n'avait pas encore été testé.

### **3.3. Obstacles rencontrés**

La majorité des participants (59%) a répondu rencontrer parfois des difficultés pour adapter leur intervention face au stress. Un tiers d'entre eux (36%) a affirmé que ces difficultés étaient rares, tandis que 4% ont déclaré en rencontrer souvent. Seul un ergothérapeute a affirmé ne jamais rencontrer de difficultés.

Parmi les principales difficultés rapportées par les ergothérapeutes, plusieurs thématiques se sont distinguées :

- Le manque de temps a été fréquemment cité, notamment en raison de l'organisation institutionnelle ou d'un temps partiel en établissement.
- Les troubles cognitifs des résidents ont également été décrits comme une complication dans la communication et la compréhension, rendant parfois impossible l'adaptation.
- L'intensité du stress chez certains résidents rendant difficile la mise en place d'activités apaisantes ou de solutions durables.
- Le manque de moyens ou d'outils, ainsi que les contraintes environnementales (locaux non adaptés, interruptions fréquentes).

## **4. Technologies et réalité virtuelle dans la gestion du stress**

Cette partie du questionnaire visait à explorer l'utilisation des technologies par les ergothérapeutes dans la prise en charge du stress des résidents en EHPAD, ainsi que leurs perceptions sur l'efficacité de ces outils et leur avis concernant l'intégration de la réalité virtuelle comme moyen de gestion du stress.

### **4.1. Usage actuel des technologies**

Concernant l'usage d'outils technologiques dans l'objectif de gérer le stress des résidents, la majorité des répondants a exprimé un intérêt pour l'usage d'outils technologiques même si cela ne se retrouve pas dans leur pratique. En effet, 68% ont déclaré ne pas les utiliser, tout en souhaitant pouvoir le faire. Seuls 21% ont indiqué les employer de manière occasionnelle, et 4% régulièrement. Par ailleurs, 8% n'ont exprimé aucun intérêt pour ces technologies.

Parmi les outils technologiques employés par les ergothérapeutes, les plus cités sont : les casques de réalité virtuelle, la Tovertafel, les tablettes numériques, le Snoezelen et les supports musicaux.

## 4.2. Connaissances et perceptions de la réalité virtuelle

Les répondants ont été interrogés sur leur connaissance de la réalité virtuelle (RV) dans la gestion du stress en EHPAD. Parmi eux, 17 % ont déjà expérimenté cette technologie avec des résidents, tandis que 46 % en ont entendu parler sans pour autant l'utiliser. Enfin, 37% des répondants ont indiqué ne pas connaître cette approche.

La figure 6 illustre l'état de connaissance sur la réalité virtuelle.

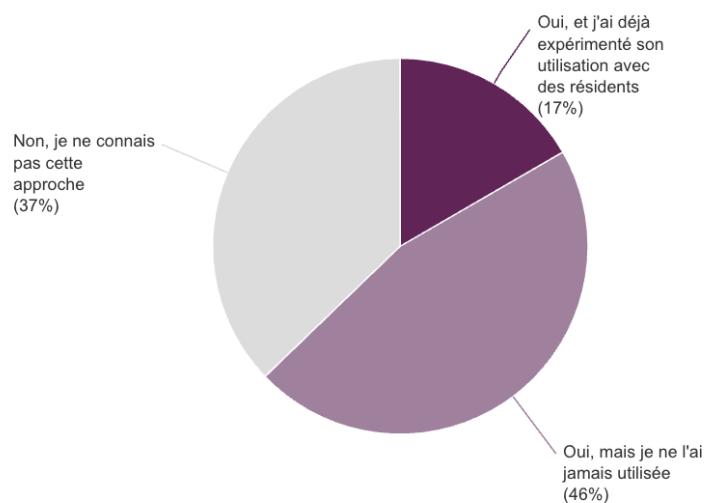


Figure 6. État de connaissance sur la réalité virtuelle

En ce qui concerne la perception de la RV comme outil pertinent pour la prise en charge du stress, les réponses ont majoritairement été positives : 18% ont estimé qu'elle pourrait l'être "tout à fait", tandis que 75% ont jugé qu'elle serait pertinente "dans certains cas". À l'inverse, 4% ont exprimé des doutes quant à son utilité, et 3% ne l'ont pas jugé pertinente.

Du point de vue des avantages, les ergothérapeutes pouvaient sélectionner plusieurs réponses. Les principaux avantages perçus par les ergothérapeutes dans l'utilisation de la RV sont :

- L'immersion dans un environnement apaisant (84%)
- La distraction face aux sources de stress (73%)
- La stimulation cognitive et sensorielle adaptée (61%)
- La possibilité de proposer des interventions individualisées (55%)

Un répondant a également mentionné la possibilité d'adapter les séances aux centres d'intérêt du résident pour favoriser son adhésion.

### 4.3. Obstacles rencontrés

Les principaux freins identifiés par les répondants à l'utilisation de la réalité virtuelle en EHPAD concernent le coût et l'accessibilité des équipements (87%), les réactions négatives potentielles chez les résidents (64%), les contraintes organisationnelles (62%) et le manque de formation des professionnels (55%). Le manque de recul sur l'efficacité de cette technologie a également été cité (19%).

À cela s'ajoutent des obstacles spécifiques, comme le choc générationnel, la méconnaissance des technologies, des contraintes physiques (plaies, refus du casque), ainsi que les habitudes de vie et capacités cognitives limitées des résidents, rendant parfois l'adhésion difficile.

Afin d'identifier les freins en fonction de l'usage actuel des technologies par les ergothérapeutes, un croisement a été réalisé.

17. QUELS FREINS IDENTIFIEZ-VOUS À L'UTILISATION DE LA RÉALITÉ VIRTUELLE EN EHPAD ? (PLUSIEURS RÉPONSES SONT POSSIBLES)	13. UTILISEZ-VOUS DES OUTILS TECHNOLOGIQUES POUR AIDER À GÉRER LE STRESS DES RÉSIDENTS ?				TOTAL
	OUI, RÉGULIÈREMENT	NON, MAIS J'AIMERAIS EN UTILISER	OUI, OCCASIONNELLEMENT	NON, ET CELA NE M'INTÉRESSE PAS	
Coût et accessibilité des équipements	4%	69%	21%	6%	100%
Manque de formation des professionnels	0%	70%	23%	7%	100%
Réactions négatives possibles chez certains résidents (vertiges, confusion...)	4%	66%	22%	8%	100%
Contraintes organisationnelles (temps, personnel disponible)	6%	60%	25%	8%	100%
Manque de recul sur l'efficacité de cette technologie	0%	67%	20%	13%	100%
Autre : précisez	0%	45%	36%	18%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>4%</b>	<b>68%</b>	<b>21%</b>	<b>8%</b>	

Tableau 3. Freins identifiés en fonction de l'usage actuels des technologies

Le croisement avec l'usage actuel des technologies a révélé une certaine ambivalence dans les réponses. Les freins ont été également exprimés par ceux qui n'avaient jamais utilisé la réalité virtuelle, notamment le coût, le manque de formation, les réactions négatives et les contraintes organisationnelles. À l'inverse, les répondants utilisant occasionnellement ou régulièrement la technologie ont rapporté ces freins de manière moins marquée.

## Discussion

---

Cette dernière partie vise à interpréter les résultats obtenus à la lumière des objectifs fixé, en les confrontant aux données de la littérature. Cela, afin d'évaluer la pertinence des hypothèses formulées et d'en dégager les implications pour la pratique en ergothérapie.

### 1. Objectifs de l'étude

L'analyse des pratiques professionnelles réalisée à l'aide d'un questionnaire autoadministré avait plusieurs objectifs. En effet, elle avait pour objectif d'explorer comment les ergothérapeutes exerçant en EHPAD identifient les sources de stress chez les résidents. Ainsi que de comprendre comment les ergothérapeutes adaptent leur intervention en conséquence et perçoivent le potentiel de la réalité virtuelle comme outil thérapeutique.

L'enjeu principal était de comprendre si l'identification des sources de stress chez les résidents en EHPAD permettrait de concevoir des interventions en réalité virtuelle réellement adaptées aux besoins spécifiques de chaque personne âgée. Cette réflexion s'inscrit dans un contexte où le stress en institution est à la fois multifactoriel et hétérogène, rendant complexe l'élaboration d'interventions ciblées et personnalisées.

L'ensemble de ces objectifs a pu être atteint grâce au questionnaire transmis aux ergothérapeutes, permettant de collecter des données précises sur leurs pratiques, leurs perceptions et les défis qu'ils rencontrent dans l'accompagnement des personnes âgées. Les résultats obtenus seront analysés dans les sections suivantes afin de valider ou non les hypothèses formulées et de répondre à la problématique posée.

### 2. Réponse à la problématique

Pour rappel, la problématique de cette étude interroge la capacité de l'identification des sources de stress chez les personnes âgées en EHPAD à permettre la conception d'interventions en réalité virtuelle (RV) ciblées et adaptées aux besoins spécifiques des résidents. Elle est formulée de la manière suivante :

**« *Chez les personnes âgées résidant en EHPAD, l'identification des sources de stress permet-elle de concevoir des interventions en réalité virtuelle (RV) ciblées et adaptées aux besoins spécifiques des résidents ?* »**

L'ergothérapeute, en tant qu'acteur central dans le maintien et l'amélioration de la qualité de vie joue un rôle clé en santé mentale. Grâce à une évaluation des besoins individuels, il cible et adapte ses interventions pour favoriser une prise en charge efficace des résidents. Leur expertise au sein de cette étude est donc pertinente et intéressante à explorer.

L'analyse des questionnaires a permis de comprendre comment les ergothérapeutes perçoivent, identifient et adaptent leurs interventions face au stress. Elle a également mis en lumière leur rapport aux technologies, notamment la réalité virtuelle, en pointant les freins à son utilisation en EHPAD. Les résultats apportent des réponses aux hypothèses tout en ouvrant la réflexion sur les pratiques et les axes d'amélioration possibles.

## 2.1. Identification des sources de stress par les ergothérapeutes

L'identification des sources de stress chez les résidents en EHPAD constitue un enjeu central pour les ergothérapeutes. En effet, ces derniers, par leur expertise en analyse de l'activité et en adaptation de l'environnement, jouent un rôle clé dans l'évaluation des facteurs susceptibles de générer du stress chez les personnes âgées institutionnalisées.

Selon le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), le bien-être de l'individu est intimement lié à son équilibre occupationnel, c'est-à-dire à sa capacité à réaliser des activités signifiantes et adaptées à ses capacités et à son environnement (Kielhofner, 2002). Lorsqu'une personne âgée est confrontée à des situations stressantes, telles que la perte d'autonomie, l'isolement social ou les transitions de vie, cet équilibre peut être compromis, impactant ainsi sa qualité de vie (Eileen M. Wong, 2023).

L'analyse des résultats du questionnaire a permis de confirmer l'hypothèse 1 :

**« Les ergothérapeutes parviennent à identifier les sources de stress récurrentes chez les résidents en EHPAD. »**

Les ergothérapeutes interrogés ont su identifier les principales sources de stress rencontrées par les résidents, telles que l'isolement, les pertes sensorielles, la douleur physique ou encore l'éloignement familial. Ces éléments rejoignent les constats établis dans la littérature, qui décrit l'entrée en institution comme un bouleversement majeur, associé à des pertes de repères et à un sentiment de rupture sociale (Smith et al., 2020). L'aptitude des ergothérapeutes à repérer ces sources de stress permet d'envisager des interventions ciblées, adaptées aux besoins spécifiques des résidents.

Cependant, bien que les ergothérapeutes soient capables d'identifier les sources de stress chez les résidents, l'utilisation d'outils standardisés pour objectiver cette évaluation demeure limitée. En effet, 82 % des répondants ont indiqué ne pas recourir à des méthodes spécifiques pour évaluer le stress des résidents. Parmi ceux qui en utilisent, les outils mentionnés restent rares et souvent partagés avec la psychologue de l'établissement. Concernant l'évaluation de l'impact du stress, cette tendance se confirme : seuls 6 % des ergothérapeutes déclarent utiliser des outils dédiés, les autres se fiant à des observations cliniques et aux échanges pluridisciplinaires.

Cette absence d'outils spécifiques et partagés au sein de l'équipe pluridisciplinaire peut limiter la capacité à objectiver l'intensité et l'impact du stress chez les résidents, freinant ainsi l'optimisation des interventions proposées. Ce constat fait écho à la littérature, qui souligne que les troubles de santé mentale, notamment l'anxiété, restent fréquemment sous-diagnostiqués chez les personnes âgées en institution. (Cléry-Melin, 2015) Cela met en lumière un manque potentiel de repérage de ces situations de stress, même si l'ergothérapeute n'est pas un médecin, car l'évaluation de l'impact émotionnel et du bien-être psychologique fait partie de ses compétences.

Concernant l'influence de l'expérience professionnelle dans l'identification des sources de stress, les résultats ont également suggéré un lien entre ces deux notions. L'hypothèse 2 fait référence à cette influence :

**« L'expérience professionnelle des ergothérapeutes influence leur capacité à identifier les sources de stress chez les résidents en EHPAD. »**

Les résultats de l'étude montrent que les praticiens en poste depuis plus de 5 ans identifient plus fréquemment les sources de stress liées à la perte d'autonomie, l'organisation des soins, et le sentiment de perte d'utilité ou d'identité. Ces aspects, plus subtils et parfois moins visibles, demandent une connaissance fine de l'évolution des résidents et une observation prolongée dans le temps. En comparaison, les ergothérapeutes ayant entre 1 et 3 ans d'expérience parviennent également à identifier ces sources, mais avec des proportions légèrement inférieures. À l'inverse, les professionnels ayant moins d'un an d'expérience en EHPAD semblent davantage concentrer leur attention sur des éléments plus visibles comme les chutes ou blessures (62 %) et le sentiment de solitude (51 %). Cette différence pourrait traduire une sensibilité accrue aux manifestations physiques et immédiates du stress, probablement plus accessibles pour un professionnel débutant.

Enfin, les professionnels ayant entre 3 et 5 ans d'expérience se situent de manière intermédiaire dans l'identification des sources de stress, citant fréquemment les mêmes éléments que leurs collègues plus expérimentés, mais avec des proportions légèrement inférieures.

Ainsi les résultats confirment que l'expérience professionnelle des ergothérapeutes joue un rôle déterminant dans leur capacité à identifier les sources de stress en EHPAD, validant les hypothèses 1 et 2.

## **2.2. Personnalisation des interventions**

Les résultats de l'étude ont permis d'explorer l'hypothèse 3 :

**La diversité des situations stressantes complique la mise en place d'interventions ciblées, nécessitant une adaptation fine pour répondre aux besoins individuels.**

La diversité des sources de stress identifiées chez les résidents en EHPAD interroge directement la capacité des interventions à être véritablement ciblées et personnalisées. En effet, les résultats montrent que les situations stressantes sont multiples et variées, incluant la perte d'autonomie, l'isolement, les chutes, ou encore les troubles cognitifs. Cette pluralité rend complexe l'idée de concevoir une intervention unique ou standardisée qui pourrait répondre efficacement aux besoins de chaque résident. Ces constats rejoignent les observations de la littérature qui démontrent que les programmes de RV, bien que prometteurs, s'appuient majoritairement sur des protocoles standardisés (par exemple, relaxation immersive ou voyages virtuels) qui ne prennent pas en compte les spécificités individuelles de chaque patient. Cela pose une véritable question quant à l'efficacité de ces approches pour répondre aux sources de stress diverses et hétérogènes rencontrées en EHPAD.

Cependant, si les ergothérapeutes s'efforcent de personnaliser leurs interventions, les résultats de l'étude montrent que cette adaptation n'est pas systématique. En effet, 67 % des répondants affirment adapter leurs interventions "lorsque cela est possible", tandis que seulement 29 % le font de manière systématique. Cette nuance est essentielle, car elle démontre que, malgré une volonté de personnalisation, des obstacles subsistent, rendant l'adaptation parfois difficile. Parmi ces difficultés, le manque de temps, les troubles cognitifs des résidents, l'intensité du stress ou encore les contraintes matérielles et organisationnelles sont souvent cités.

De plus, les résultats indiquent que la taille de l'établissement influence les modalités d'adaptation des interventions. Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, les EHPAD de plus de 100 résidents montrent un taux d'adaptation relativement élevé, partagé entre adaptations systématiques (45 %) et occasionnelles (45 %), avec une minorité (5 %) utilisant des interventions standardisées. À l'inverse, dans les plus petites structures (moins de 50 résidents), bien que l'adaptation systématique ne soit pas rapportée (0 %), 100 % des ergothérapeutes affirment ajuster leurs interventions dès que cela est possible. Ces données soulignent qu'au-delà de la taille de l'établissement, c'est surtout l'organisation interne et les ressources disponibles qui semblent jouer un rôle dans la capacité des ergothérapeutes à personnaliser leurs interventions.

En parallèle, l'hypothèse 4, selon laquelle **la personnalisation des interventions est une priorité pour les ergothérapeutes**, se vérifie dans les résultats. La majorité des professionnels interrogés affirment tenir compte de l'état émotionnel (93 %), des capacités cognitives et physiques (81 %), des préférences et habitudes de vie (83 %), ainsi que de l'environnement du résident (64 %) pour ajuster leurs interventions. Cette approche s'inscrit parfaitement dans les principes fondamentaux de l'ergothérapie, qui placent le résident au centre de l'intervention, avec un accompagnement adapté à ses besoins spécifiques (Kielhofner, 2002). Cependant, malgré cette priorité affichée, l'adaptation reste conditionnelle, ce qui suggère que la personnalisation idéale demeure parfois difficile à mettre en œuvre dans le contexte institutionnel.

Ainsi l'hypothèse 3 et 4 sont validées.

### **2.3. Technologies et réalité virtuelle : un potentiel encore peu exploité**

Les résultats ont permis de confirmer l'hypothèse 5 :

**Les technologies, et en particulier la réalité virtuelle, encore peu utilisées en EHPAD, pourraient représenter des outils pertinents pour adapter les interventions en fonction des sources de stress identifiées.**

Les résultats obtenus confirment cette hypothèse : 68 % des ergothérapeutes interrogés ont déclaré ne pas utiliser d'outils technologiques dans leur pratique, bien qu'ils expriment un intérêt pour ces dispositifs. Seuls 21 % les employaient de manière occasionnelle et 4 % régulièrement, tandis que 8 % n'y voyait pas d'intérêt. Ces données montrent un décalage entre l'intérêt théorique pour les technologies et leur mise en pratique effective.

En ce qui concerne spécifiquement la réalité virtuelle, seulement 17 % des répondants ont déjà expérimenté cette technologie avec des résidents. Par ailleurs, 46 % en avaient entendu parler sans l'avoir testée, et 37 % ne connaissaient pas cette approche. Ces chiffres témoignent d'un usage encore précaire de la RV en EHPAD, malgré une perception globalement positive de son potentiel. En effet, 18 % des ergothérapeutes ont estimé qu'elle pourrait être "tout à fait" pertinente pour la gestion du stress, et 75 % ont jugé qu'elle serait intéressante "dans certains cas". À l'opposé, seuls 7 % ont exprimé des réserves quant à son utilité. Ces résultats suggèrent un intérêt non négligeable pour l'intégration de la RV, tout en révélant un manque de familiarité et d'expérience pratique avec cet outil.

De plus, les ergothérapeutes ont identifié plusieurs bénéfices de la RV, notamment :

- L'immersion dans un environnement apaisant (84 %)
- La distraction face aux sources de stress (73 %)
- La stimulation cognitive et sensorielle adaptée (61 %)
- La possibilité de proposer des interventions individualisées (55 %)

Ces données montrent une reconnaissance des bénéfices thérapeutiques potentiels de la RV, alignés avec les objectifs de gestion du stress. Toutefois, la question de l'individualisation reste un point délicat. Si 55 % des répondants estiment que la RV pourrait permettre des interventions adaptées, cela entre en contradiction avec l'usage encore limité de cette technologie. Ce décalage peut s'expliquer par les freins importants identifiés :

- Le coût et l'accessibilité des équipements (87 %)
- Les réactions négatives potentielles des résidents (64 %)
- Les contraintes organisationnelles (62 %)
- Le manque de formation des professionnels (55 %)

À cela s'ajoutent des obstacles spécifiques, tels que le choc générationnel, la méconnaissance des technologies, les contraintes physiques (plaies, refus du casque), ainsi que les limitations cognitives des résidents. Ces éléments complexifient l'implémentation de la RV dans les pratiques quotidiennes en EHPAD, malgré une reconnaissance de son potentiel.

Un point intéressant ressort de l'analyse des réponses : les freins semblent davantage exprimés par ceux qui n'ont jamais utilisé la RV, en particulier le coût, le manque de formation, les contraintes organisationnelles et les réactions négatives. À l'inverse, les ergothérapeutes ayant déjà expérimenté cette technologie évoquent ces freins de manière moins marquée. Ce constat peut s'expliquer par une appréhension liée à l'inconnu : sans expérience concrète, les professionnels se projettent davantage dans les difficultés potentielles, alors que les utilisateurs ponctuels ont déjà une certaine prise en main et une vision plus nuancée des obstacles.

Ces résultats soulèvent une réflexion intéressante sur la possibilité de normaliser l'usage de la RV dans les pratiques d'intervention en EHPAD. L'intérêt exprimé par les ergothérapeutes, associé à une perception positive des bénéfices, montre un terrain favorable pour un développement futur. Toutefois, les freins identifiés constituent des obstacles importants à surmonter pour une intégration réussie. Ce paradoxe entre perception positive et faible utilisation semble indiquer que le développement de formations ciblées, ainsi qu'un

soutien institutionnel (financement, accessibilité au matériel), seraient nécessaires pour permettre une adoption plus large de la RV dans les interventions.

### **3. Implication pour la pratique des ergothérapeutes**

Les résultats de cette étude mettent en lumière plusieurs constats essentiels pour les pratiques en ergothérapie en EHPAD. Ils montrent une volonté d'adapter les interventions, bien que cela reste dépendant de multiples contraintes. La personnalisation, bien qu'essentielle en ergothérapie, semble parfois difficile à mettre en œuvre de manière systématique. L'usage de technologies comme la réalité virtuelle pourrait offrir un soutien précieux, mais nécessite des ajustements concrets dans les pratiques professionnelles : formation des équipes, accessibilité du matériel et intégration dans le quotidien des soins. Ainsi, renforcer les outils d'évaluation, favoriser l'accès aux technologies et adapter les interventions aux réalités institutionnelles apparaissent comme des pistes concrètes pour améliorer la prise en charge du stress en EHPAD.

### **4. Limites**

Concernant les limites de cette étude, plusieurs biais peuvent être observés.

Pour commencer, la diffusion du questionnaire s'est majoritairement limitée à la région Nouvelle-Aquitaine, ce qui restreint la portée des conclusions. Cette région présente une grande hétérogénéité en termes de moyens alloués aux EHPAD, notamment en raison de la présence de la "diagonale du vide" caractérisée par des zones rurales sous-dotées. Cela peut avoir influencé les pratiques des ergothérapeutes, en accentuant les contraintes de moyens ou les difficultés d'accès aux technologies comme la réalité virtuelle. Une diffusion plus large, incluant des régions plus urbanisées ou mieux équipées, aurait permis de saisir une plus grande diversité de pratiques.

Certaines questions du questionnaire, bien que pertinentes, auraient pu être formulées de manière à recueillir des données plus précises. Par exemple, il aurait été intéressant de poser une question spécifiquement adressée au panel de répondant qui utilisait la VR pour savoir s'ils personnalisaient leur intervention en VR et comment (voyages immersifs, stimulation cognitive ou activité motrice différenciées en fonction des sources de stress qui sont identifiées).

De plus, les questions sur l'adaptation des interventions auraient pu intégrer un volet plus qualitatif pour mieux comprendre les obstacles ressentis.

Enfin, les résultats montrent que la RV est encore peu utilisée, mais l'étude ne distingue pas si les établissements qui l'ont testée disposent de moyens spécifiques (financements externes, projets pilotes, etc.). Cette distinction aurait permis de mieux comprendre les conditions d'accès à ces technologies.

## 5. Perspectives

Dans le cas d'une poursuite de ce travail de recherche, il serait intéressant de réaliser une diffusion plus large du questionnaire à l'échelle nationale. Elle permettrait de mieux saisir les disparités régionales et les influences socio-économiques sur les pratiques des ergothérapeutes.

De futures recherches pourraient cibler spécifiquement les ergothérapeutes utilisant déjà la réalité virtuelle, afin d'approfondir les modalités de personnalisation mises en place, d'identifier les cas d'usage jugés pertinents et de recueillir des exemples concrets d'interventions adaptées aux besoins des résidents.

D'autre part, les résultats de cette étude ont mis en lumière l'importance de l'identification des sources de stress pour concevoir des interventions en réalité virtuelle (RV) adaptées aux besoins spécifiques des résidents en EHPAD. Comme énoncé précédemment, actuellement, cette identification repose majoritairement sur l'observation clinique et l'intuition des ergothérapeutes, ce qui introduit une part de subjectivité. Le développement futur d'outils d'évaluation plus objectifs et standardisés pourrait permettre une identification plus précise et reproductible de ces sources de stress, favorisant une adaptation plus fine des interventions.

L'intégration de la RV en EHPAD demeure limitée, freinée par des obstacles financiers, matériels, mais aussi organisationnels. Pour surmonter ces barrières, le déploiement de dispositifs plus accessibles, ainsi que des formations ciblées pour les professionnels, apparaissent nécessaires. Par ailleurs, les résultats interrogent sur la possibilité de développer des protocoles semi-standardisés, qui offriraient un cadre thérapeutique tout en permettant une personnalisation selon les besoins identifiés. Cette approche hybride pourrait représenter un compromis entre l'efficacité prouvée des protocoles standardisés et la nécessité de personnalisation propre à l'ergothérapie.

Au-delà des usages actuels en institution, la RV pourrait aussi s'intégrer dans des démarches plus préventives et innovantes. Dans un contexte où les politiques publiques évoluent vers des modèles d'EHPAD à domicile, la réalité virtuelle pourrait aussi être envisagée comme un outil d'anticipation des facteurs de perte d'autonomie, en simulant des situations de la vie quotidienne dans un environnement contrôlé. Cela ouvrirait de nouvelles perspectives en matière de prévention, d'évaluation fonctionnelle, et de repérage précoce des vulnérabilités chez les personnes âgées.

## Conclusion

---

Ce travail de recherche a permis d'explorer les sources de stress chez les résidents en EHPAD et d'évaluer dans quelle mesure leur identification pourrait orienter la conception d'interventions en réalité virtuelle (RV) adaptées. Les résultats ont révélé une grande diversité de ces sources de stress, rendant complexe l'idée d'une personnalisation complète des interventions. En effet, les obstacles rencontrés sur le terrain par les ergothérapeutes (manque de temps, ressources limitées, organisation des établissements) compliquent cette adaptation fine. À ce jour, les protocoles standardisés, déjà bien documentés dans la littérature, apparaissent comme la solution la plus viable pour proposer des interventions en RV, même si elles restent parfois moins personnalisées. Le questionnaire a ainsi permis d'apporter un éclairage pertinent sur ces pratiques et de répondre au questionnement initial, tout en soulevant des pistes de réflexion quant aux perspectives d'amélioration.

La réalisation de ce mémoire a représenté un véritable défi, tant sur le plan méthodologique que personnel. Ce travail s'est montré énergivore, nécessitant une organisation rigoureuse et un accompagnement constant pour ne pas se perdre dans l'ampleur des informations à traiter. Cependant, cette expérience a été particulièrement enrichissante. L'élaboration de la méthodologie et du questionnaire m'a permis de développer une compréhension plus fine de la recherche scientifique et des pratiques en EHPAD.

Enfin, ce mémoire représente mon tout premier travail de recherche, une première exploration du monde de la recherche clinique en ergothérapie. Il m'a permis de renforcer mes compétences en méthodologie, en analyse critique et en synthèse, tout en consolidant ma réflexion sur l'utilisation des technologies dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées en institution.

## Références bibliographiques

---

- Amber, M., Benkhaled, M., Pincemail, M., Verebi, E., & Claude, I. (2021). Apports et limites de la réalité virtuelle dans les pratiques médicales en 2020. *IRBM News*, 42(3), 100325. <https://doi.org/10.1016/j.irbmnw.2021.100325>
- Arluison, A. (2021). *RÉALITÉ VIRTUELLE EN GÉRIATRIE : L'accessibilité de la réalité virtuelle chez les personnes âgées chuteuses.*
- Barnhill, J. W. (2023). *Présentation des troubles anxieux—Troubles mentaux*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxiété-et-troubles-liés-au-stress/présentation-des-troubles-anxieux>
- Beaudreau, S. A., Petkus, A. J., Hantke, N. C., & Gould, C. E. (2021). Anxiety and Cognitive Functioning. In G. J. Byrne & N. A. Pachana (Éds.), *Anxiety in Older People : Clinical and Research Perspectives* (p. 117-138). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/9781139087469.008>
- Belon, J.-P. (2019). L'anxiété et les troubles anxieux. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(590), 18-22. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.09.005>
- Blanchet, S., Chikhi, S., & Maltais, D. (2018). The benefits of physical activities on cognitive and mental health in healthy and pathological aging. *Geriatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 16, 197-205.  
<https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0734>
- Bobillier Chaumon, M.-E., & Oprea Ciobanu, R. (2009). Les nouvelles technologies au service des personnes âgées : Entre promesses et interrogations – Une revue de questions. *Psychologie Française*, 54(3), 271-285.  
<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2009.07.001>
- Burdea, G., & Coiffet, P. (1993). La réalité virtuelle, Hermès-Paris, chapter 2, p. 243-251. In *La réalité virtuelle*.
- Carroll, J., Hopper, L., Farrelly, A. M., Lombard-Vance, R., Bamidis, P. D., & Konstantinidis, E. I. (2021). A Scoping Review of Augmented/Virtual Reality Health and Wellbeing

Interventions for Older Adults : Redefining Immersive Virtual Reality. *Frontiers in Virtual Reality*, 2. <https://doi.org/10.3389/frvir.2021.655338>

Charlet, O. (2023). *La réalité virtuelle comme médiation thérapeutique auprès des personnes âgées en institution.*

Charret, L., & Samson, S. T. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>

Chew, Q. H., Chia, F. L.-A., Ng, W. K., Lee, W. C. I., Tan, P. L. L., Wong, C. S., Puah, S. H., Shelat, V. G., Seah, E.-J. D., Huey, C. W. T., Phua, E. J., & Sim, K. (2020). Perceived Stress, Stigma, Traumatic Stress Levels and Coping Responses amongst Residents in Training across Multiple Specialties during COVID-19 Pandemic—A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), Article 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186572>

CISSS de la Montérégie-Centre. (2024). *La perte d'autonomie—Conséquences et prévention*. Portail Santé Montérégie. <https://www.santemonteregie.qc.ca/centre/la-perte-dautonomie-consequences-et-prevention>

Cléry-Melin, P. (2015). Spécificités des troubles anxieux avec l'avancée en âge. *European Psychiatry*, 30(8, Supplement), S53-S54.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.151>

Clinique E-santé. (2024). *Stress ou Anxiété : 5 différences majeures à connaître*.

<https://www.la-clinique-e-sante.com/blog/troubles-anxieux/differences-stress-anxiete>

Creighton, A. S., DPsych, T. E. D., & M.D, D. W. K. (2024, mars 2). Anxiety In Long-Term Care Facilities : A Hidden Problem. *Anxiety Disorders and Universal Health Care*.

<https://www.anxiety.org/anxiety-in-long-term-care-facilities>

Doussin, A. (2020). *Introduction au Modèle de l'Occupation Humaine*.

Dressaire, D., & Brouillet, D. (2006). Effets de la vie en institution des personnes âgées sur leurs stratégies de faire face et sur leur difficulté à verbaliser leurs émotions (alexithymie). *Bulletin de psychologie*, 486(6), 605-613.

<https://doi.org/10.3917/bopsy.486.0605>

- Dufeu, A. (2021). Comment combattre l'âgisme ? *Regards*, 59(1), 91-101.  
<https://doi.org/10.3917/regar.059.0091>
- Eileen M. Wong. (2023). *Seniors' anxiety: Underdiagnosed and undertreated*.
- El-Hage, W. (2021). Troubles anxieux · Inserm, La science pour la santé. *Inserm*.
- <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>
- Elies, C., & Serra, É. (2022). Réalité virtuelle et santé des personnes âgées institutionnalisées. Vers un EHPAD 2.0 ? *Pratiques Psychologiques*, 28(4), 191-207.  
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2022.01.004>
- Fournier, M. (2024). *Comment prévenir et gérer l'anxiété chez les résidents en EHPAD ?*  
<https://www.editionsmf.com/prevenir-gerer-anxiete-residents-ehpad.html>
- Hwang, N.-K., & Shim, S.-H. (2021). Use of Virtual Reality Technology to Support the Home Modification Process : A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11096. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111096>
- Jeoffrion, C., Hamard, J.-P., Barre, S., & Boudoukha, A.-H. (2014). Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : L'intérêt d'une méthodologie mixte et participative. *Le travail humain*, 77(4), 373-399. <https://doi.org/10.3917/th.774.0373>
- Jérôme, B. (2024). « *On meurt moins vite ici qu'ailleurs* » : À l'Ehpad de Kersalic, les soignants sont des « souffleurs de vie ».  
[https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/11/18/ehpad-au-village-de-kersalic-les-soignants-sont-des-souffleurs-de-vie\\_6399620\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/11/18/ehpad-au-village-de-kersalic-les-soignants-sont-des-souffleurs-de-vie_6399620_3224.html)
- Jingili, N., Oyelere, S. S., Nyström, M. B. T., & Anyshchenko, L. (2023). A systematic review on the efficacy of virtual reality and gamification interventions for managing anxiety and depression. *Frontiers in Digital Health*, 5.  
<https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1239435>
- Juruena, M. F., Eror, F., Cleare, A. J., & Young, A. H. (2020). The Role of Early Life Stress in HPA Axis and Anxiety. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1191, 141-153. [https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0\\_9](https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_9)

Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation : Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins.

Kwan, R. Y. C., Ng, F., Lam, L. C. W., Yung, R. C., Sin, O. S. K., & Chan, S. (2023). The effects of therapeutic virtual reality experience to promote mental well-being in older people living with physical disabilities in long-term care facilities. *Trials*, 24(1), 558. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07592-7>

L'Assurance Maladie AMELI. (2025). *Médicaments après 65 ans : Effets indésirables fréquents (iatrogénie)*. <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse>

Legrain, P. S. (2005). *Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé*.

Lépine, J.-P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G., & Gaudin, A.-F. (2005). Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : Résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*, 31(2), 182-194. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82385-1](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82385-1)

Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 304-306). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0304>

Lonjou, L., Augras, A. C., Grosboillot, N., & Perrochon, A. (2023). Évaluation de la charge cognitive et de la performance dans la réalité virtuelle immersive et non immersive : Une étude croisée dans le domaine de l'éducation à la santé. *Revue Scientifique Des Travaux de Fin d'étude En Rééducation et Réadaptation*, 1, Article 1.

<https://doi.org/10.25965/rse2r.240>

Manent, M., & Protat, V. (2011). *Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD : Etat de la connaissance bibliographique et situation en Languedoc Roussillon*. [https://pos-occitanie.fr/files/pmedia/public/r736\\_9\\_rapport\\_facteur\\_declenchant\\_31\\_mars\\_2011.pdf](https://pos-occitanie.fr/files/pmedia/public/r736_9_rapport_facteur_declenchant_31_mars_2011.pdf)

- Martin, N., Ferrand, C., Bailly, N., Joulain, M., & Maintier, C. (2024). Impact des activités sociales et de loisirs chez les personnes âgées sur la qualité de vie. *Revue québécoise de psychologie*. <https://hal.science/hal-04520321>
- Martinez Corada, J. (2021). *Le stress : Vu sous une perspective physiologique*. <https://neuronup.com/fr/neuropsychologie-et-information/stress/le-stress-vu-sous-une-perspective-physiologique/>
- Masson, E. (2020). *Évaluation qualitative des contraintes psychosociales du personnel en EHPAD*. <https://www.em-consulte.com/article/1391405/evaluation-qualitative-des-contraintes-psychosociales-du-personnel-en-ehpad>
- Matsangidou, M., Solomou, T., Frangoudes, F., Ioannou, K., Theofanous, P., Papayianni, E., & Pattichis, C. S. (2023). Affective Out-World Experience via Virtual Reality for Older Adults Living with Mild Cognitive Impairments or Mild Dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042919>
- Meditas Cardio. (s. d.). *Définitions et mesures du stress*. Consulté 11 février 2025, à l'adresse <http://www.meditas-cardio.fr/html/quoi/defin.html>
- Mental Health in Nursing Homes : Improving Seniors' Well-Being*. (2024, mai 28). LTC News. <https://www.ltcnews.com/articles/mental-health-nursing-homes-seniors-well-being>
- Meriadec, A. (2021). Réalité virtuelle et séniors : Accompagner le vécu psychoaffectif de personnes âgées en EHPAD par le voyage immersif pendant la période de confinement de la crise Covid-19. *La Revue de gériatrie*, 46, 289-299.
- Moreno, A., Wall, K. J., Thangavelu, K., Craven, L., Ward, E., & Dissanayaka, N. N. (2019a). A systematic review of the use of virtual reality and its effects on cognition in individuals with neurocognitive disorders. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 5(1), 834-850. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2019.09.016>
- Moreno, A., Wall, K. J., Thangavelu, K., Craven, L., Ward, E., & Dissanayaka, N. N. (2019b). A systematic review of the use of virtual reality and its effects on cognition in

individuals with neurocognitive disorders. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 5(1), 834-850.

<https://doi.org/10.1016/j.trci.2019.09.016>

Moussa, R. (2014). *Étude sur les perceptions des spécialistes quant à l'efficacité des alternatives non-médicamenteuses comparativement à la médication sur le TDAH*. <https://library-archives.canada.ca/eng/services/services-libraries/theses/Pages/item.aspx?idNumber=933209400>

Nedelec, P. (2021). *L'environnement architectural des EHPAD et son influence sur le bien-être des résidents et la satisfaction au travail des professionnels*. Rennes.

OMS Organisation Mondiale de la Santé. (2023a). *Stress*. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/stress>

OMS Organisation Mondiale de la Santé. (2023b). *Troubles anxieux*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

OMS Organisation Mondiale de la Santé. (2024). *Vieillissement et santé*.

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

Ormancey, M. (2024). *L'ergothérapie : Un atout dans l'amélioration de la qualité de vie de la personne présentant des troubles du sommeil associés à un trouble anxieux généralisé ?*

OROI. (2024). *Le réveil des émotions*. Oroi. <https://oroi.fr/inicio>

Ouramdane, N., Otmane, S., & Mallem, M. (2009). Interaction 3D en Réalité Virtuelle—Etat de l'art. *Revue des Sciences et Technologies de l'Information - Série TSI : Technique et Science Informatiques*, 28(8), 1017-1049. <https://doi.org/10.3166/tsi.28.1017-1049>

Pardini, S., Gabrielli, S., Olivetto, S., Fusina, F., Dianti, M., Forti, S., Lancini, C., & Novara, C. (2024). Personalized Virtual Reality Compared With Guided Imagery for Enhancing the Impact of Progressive Muscle Relaxation Training : Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 11(1), e48649. <https://doi.org/10.2196/48649>

Pelletier, L. (1992). *Vieillir en institution ou à domicile ? Les facteurs associés à l'hébergement des personnes âgées*. <https://doi.org/10.3406/espos.1992.1513>

Pépin, G. (2006). Le modèle des dimensions d'un programme (Gervais, 1998) et le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2002) : La théorie au service de la pratique de l'évaluation. *Mesure et évaluation en éducation*, 29(3), 97-112.

<https://doi.org/10.7202/1086396ar>

Perrin-Hayne, J., & Chazal, J. (2011). *Les personnes âgées en institution*.

Potvin, O., Bergua, V., Meillon, C., Goff, M. L., Bouisson, J., Dartigues, J.-F., & Amieva, H. (2011). Norms and associated factors of the STAI-Y State anxiety inventory in older adults : Results from the PAQUID study. *International Psychogeriatrics*, 23(6), 869-879. <https://doi.org/10.1017/S1041610210002358>

Psycom. (2021). *Santé mentale et vieillissement*. <https://www.ahbretagne.com/wp-content/uploads/2023/03/sante-mentale-et-vieillissement-2020.pdf>

Qu'est ce que l'ergothérapie. (2024). ANFE. [https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)

Ramos, K., & Stanley, M. A. (2021). Psychosocial Treatment of Anxiety in Later Life. In G. J. Byrne & N. A. Pachana (Éds.), *Anxiety in Older People : Clinical and Research Perspectives* (p. 173-188). Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/9781139087469.011>

Rigal, A., & Saïas, T. (2022). Étude du phénomène d'isolement social chez des aînés vivant en milieu rural : D'une inscription sociale à une solitude individuelle. *Enjeux et société: Approches transdisciplinaires*, 9(1), 239. <https://doi.org/10.7202/1087836ar>

Sebastien. (2021, mars 29). Retour sur l'étude d'impact de la réalité virtuelle en EHPAD.

*FeelU - Animation, Stimulation et Thérapie en Réalité Virtuelle*. <https://feelu.fr/etude-scientifique/retour-sur-letude-dimpact-de-la-realite-virtuelle-en-ehpad/>

Shirine Abdoul-Carime. (2020). *Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-tiers-des-personnes-agees-vivant-en-établissement-sont-dans-un?](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-tiers-des-personnes-agees-vivant-en-établissement-sont-dans-un-)

- Sillou, J.-M. (2016). Fiche 3. La thérapie assistée par le chien. In *Méthodologie des ateliers thérapeutiques auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées* (p. 31-40). In Press. <https://doi.org/10.3917/pres.engas.2016.01.0032>
- Somnifères, anxiolytiques : Attention aux effets secondaires des benzodiazépines. (2022, juillet 12). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/somniferes-anxiolytiques-attention-aux-effets-secondaires-des-benzodiazepines>
- Soyer, C. R., Dougados, M., Mawla, B. E., & Saboune, K. (2023). Le bien-être au travail en EHPAD. Une analyse par la théorie de la conservation des ressources. *Management & Sciences Sociales*, 34(1), 171-184. <https://doi.org/10.3917/mss.034.0171>
- Tanda, N., & Soyer, L. (2022). Fiche 35. Iatrogénie médicamenteuse. *Réussir tout le DEI*, 910-911.
- Tarrant, J., Viczko, J., & Cope, H. (2018). Virtual Reality for Anxiety Reduction Demonstrated by Quantitative EEG : A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01280>
- Tazarv, A., Labbaf, S., Reich, S. M., Dutt, N., Rahmani, A. M., & Levorato, M. (2021). *Personalized Stress Monitoring using Wearable Sensors in Everyday Settings* (arXiv:2108.00144). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2108.00144>
- Tison, P. (2023). 9. Vieillissement normal, pathologique et réussi. *Aide-mémoire de l'ingénieur*, 45-47.
- Toles, M., Barroso, J., Colón-Emeric, C., Corazzini, K., McConnell, E., & Anderson, R. A. (2012). Staff Interaction Strategies That Optimize Delivery of Transitional Care in a Skilled Nursing Facility : A Multiple Case Study. *Family & Community Health*, 35(4), 334. <https://doi.org/10.1097/FCH.0b013e31826666eb>
- Tran Huu, T. (2020). *Les casques de réalité virtuelle dans la relaxation Psychomotrice face à L'anxiété en EHPAD*.

VRmedia. (2024). Les bienfaits de la réalité virtuelle pour les seniors. *La Réalité Virtuelle Pour Les Seniors*. <https://vr-seniors.ch/les-bienfaits-de-la-realite-virtuelle-pour-les-seniors/>

Wood, C., Sakiroglu, O., & Cunin-Roy, C. (2007). Prise en charge de la douleur de l'enfant cancéreux : Les méthodes non médicamenteuses. *Psycho-Oncologie*, 1(2), 99-104. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0021-5>

## Annexes

---

Annexe I. Questionnaire .....	49
Annexe II. Croisement entre les principales sources de stress et les signes de stress observés .....	55

## Annexe I. Questionnaire

### **Présentation de l'étude**

Bonjour,

Je m'appelle Alexia SCHWEBEL, je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Institut Limousin de FOrmation aux MÉtiers de Réadaptation de Limoges.

Dans le cadre de mon mémoire, je mène une étude sur **l'identification des sources de stress** chez les **personnes âgées en EHPAD** et sur les **stratégies** mises en place par les ergothérapeutes pour y répondre.

Pour cela, je réalise un questionnaire destiné aux **ergothérapeutes exerçant en EHPAD**. Ce questionnaire vise à mieux comprendre comment les ergothérapeutes **identifient les situations stressantes** des résidents, **personnalisent leurs interventions** et **perçoivent l'apport potentiel des technologies**, dont la **réalité virtuelle**.

Les réponses sont **anonymes** et seront utilisées exclusivement dans le cadre de cette étude. Le temps de passation est estimé à **10 minutes**.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

## Partie 1/4 : Informations générales

Cette section vise à recueillir quelques informations générales sur votre profil et votre lieu d'exercice. Ces données permettent de mieux comprendre le contexte dans lequel vous intervenez et ainsi analyser les réponses en fonction des différentes réalités du terrain.

### 1. Depuis combien de temps êtes-vous diplômés ?

Moins de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Entre 10 et 20 ans

Plus de 20 ans

### 2. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute en EHPAD ?

Moins d'un an

Entre 1 et 3 ans

Entre 3 et 5 ans

Plus de 5 ans

### 3. Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

EHPAD public

EHPAD privé associatif

EHPAD privé commercial

Autre : précisez

Autre : précisez :

### 4. Combien de résidents compte votre EHPAD ?

Moins de 50

Entre 50 et 100

Plus de 100

## **Partie 2/4 : Identification des situations stressantes**

Cette section a pour objectif de comprendre comment vous identifiez les sources de stress des résidents en EHPAD. Elle permet de savoir, selon vous, les situations les plus stressantes pour les personnes âgées, comment vous les évaluez et quels outils vous utilisez pour mesurer leur impact sur la qualité de vie. Ces informations permettront d'explorer les stratégies mises en place et les possibilités d'adaptation des interventions.

### **4. Selon vous, quelles sont les principales sources de stress des résidents en EHPAD ? (plusieurs réponses sont possibles)**

- Environnement institutionnel (bruit constant, manque d'intimité)
- Perte d'autonomie
- Vie en collectivité
- Sentiment de solitude
- Conflit avec d'autres résidents ou le personnel
- Chute ou blessure
- Douleurs
- Organisation des soins (attentes, changement d'intervenant, pratique perçue comme intrusive, sentiment de ne pas être écouté)
- Maladie
- Mort
- Sentiment de perte d'utilité ou d'identité
- Autre : précisez

Autre : précisez :

### **5. Comment évaluez-vous l'impact du stress sur la qualité de vie des résidents ?**

Très impactant

Plutôt impactant

Peu impactant

Pas du tout impactant

### **6. Quels sont les signes de stress que vous observez le plus fréquemment chez les résidents ? (plusieurs réponses sont possibles)**

- Agitation / Agressivité
- Repli sur soi
- Évitement de certaines activités ou situations
- Irritabilité, impatience
- Pleurs fréquent, tristesse marquée
- Sentiment de détresse ou d'abandon
- Peur exprimée, inquiétude répétées
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'alimentation
- Manifestation physiques (douleurs, tension musculaire, tremblements, accélération rythme cardiaque)
- Difficultés de concentration
- Désorientation de concentration
- Augmentation des troubles mnésiques
- Autre : Précisez

Autre : Précisez :

**7. Avez-vous des outils ou méthodes spécifiques pour évaluer le stress des résidents ?**

Oui

Non

**Lesquels ?**

Tapez votre texte ici

---

**8. Avez-vous des outils ou méthodes spécifiques pour évaluer l'impact du stress sur les résidents ?**

Oui

Non

**Lesquels ?**

Tapez votre texte ici

---

## **Partie 3/4 : Personnalisation des interventions**

Cette section vise à explorer comment vous adaptez vos interventions pour répondre aux situations de stress des résidents en EHPAD. L'objectif et de comprendre si la prise en charge est individualisé et si elle l'est en fonction des besoins et des réactions des patients, ainsi que les outils que vous utilisez pour personnaliser vos interventions.

### **9. Adaptez-vous vos interventions en fonction des sources de stress identifiées chez un résident ?**

- Oui, systématiquement
- Oui, lorsque cela est possible
- Non, je propose des interventions standardisées
- Non, ce n'est pas dans mon champ d'action

### **10. Quels éléments prenez-vous en compte pour adapter vos interventions face au stress d'un résident ? (Plusieurs réponses sont possibles)**

- Son état émotionnel du moment
- Ses capacités cognitives et physiques
- Ses préférences et habitudes de vie
- Son histoire personnelle et expériences passées
- L'environnement dans lequel il évolue
- Les retours de l'équipe soignante et/ou de la famille
- Autre : précisez :

### **11. Quels outils utilisez-vous pour adapter vos interventions face au stress d'un résident ?**

Tapez votre texte ici

---

### **12. Rencontrez-vous des difficultés pour adapter vos interventions face aux situations de stress ?**

- Oui, Souvent
- Oui, Parfois
- Non, Rarement
- Non, Jamais

#### **• Si oui, quelles sont les principales difficultés rencontrées ?**

Tapez votre texte ici

---

## Partie 4/4 : Technologies et réalité virtuelle dans la gestion du stress

Cette section explore votre utilisations des technologies dans la prise en charge du stress des résidents en EHPAD. L'objectif est de comprendre quels outils sont déjà utilisés, votre perception de leur efficacité et votre avis sur l'intégration de la réalité virtuelle comme moyen de gestion du stress.

### 13. Utilisez-vous des outils technologiques pour aider à gérer le stress des résidents ?

- Oui, régulièrement
- Oui, occasionnellement
- Non, mais j'aimerais en utiliser
- Non, et cela ne m'intéresse pas

#### Si oui, quels outils utilisez-vous ?

Tapez votre texte ici

---

### 14. Avez-vous déjà entendu parler de l'utilisation de la réalité virtuelle dans la gestion du stress en EHPAD ?

- Oui, et j'ai déjà expérimenté son utilisation avec des résidents
- Oui, mais je ne l'ai jamais utilisée
- Non, je ne connais pas cette approche

### 15. Selon vous, la réalité virtuelle pourrait-elle être un outil pertinent pour la prise en charge du stress des résidents ?

- Oui, tout à fait
- Oui, dans certains cas
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

### 16. Quels avantages potentiels voyez-vous dans l'utilisation de la réalité virtuelle pour la gestion du stress ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Immersion dans un environnement apaisant
- Distraction face aux sources de stress
- Stimulation cognitive et sensorielle adaptée
- Possibilité de proposer des interventions individualisées
- Autre : Précisez

Autre : Précisez :

### 17. Quels freins identifiez-vous à l'utilisation de la réalité virtuelle en EHPAD ? (Plusieurs réponses sont possibles)

- Coût et accessibilité des équipements
- Manque de formation des professionnels
- Réactions négatives possibles chez certains résidents (vertiges, confusion...)
- Contraintes organisationnelles (temps, personnel disponible)
- Manque de recul sur l'efficacité de cette technologie
- Autre : précisez

Autre : précisez :

## Annexe II. Croisement entre les principales sources de stress et les signes de stress observés

Croisement : 4. Selon vous, quelles sont les principales sources de stress des résidents en EHPAD ? (plusieurs réponses sont possibles) / 6. Quels sont les signes de stress que vous observez le plus fréquemment chez les résidents ? (plusieurs réponses sont possibles)

6. QUELS SONT LES SIGNES DE STRESS QUE VOUS OBSERVEZ LE PLUS FRÉQUENTMENt CHEZ LES RÉSIDENTS ? (PLUSIEURS RÉPONSES SONT POSSIBLES)										
4. SELON VOUS, QUELLES SONT LES PRINCIPALES SOURCES DE STRESS DES RÉSIDENTS EN EHAD (PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES)										
MANIFESTATIONS PHYSIQUES (DOULEURS, TENSION, MUSCULATURE, MALADIE, ETC.)										
AGITATION / AGRESSIVITÉ	REPRI SUR SOI	ÉVÉNEMENTS D'URGENCE / ACTIVITÉS / SITUATIONS	IRRITABILITÉ / IMPATIENCE	PIEGE FREQUENT, TRESSESSÉ MARQUÉE	SENTIMENT DE DÉTRESSE OU D'ÉNANCIATION	PEUR EXPRIMÉE INQUIÉTUE / FERTE	TRROUBLES DU SOMMEIL	TRROUBLES DE L'ALIMENTATI...	DÉSORDRENT... DE CONCENTRAT...	AUGMENTATION DES TROUBLÉS MÉNAGE
ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL (bruit constant, manque d'intimité)	92%	57%	62%	65%	51%	32%	57%	68%	46%	51%
Perte d'autonomie	85%	53%	56%	66%	44%	39%	56%	61%	46%	41%
Vie en collectivité	92%	61%	56%	83%	39%	25%	64%	67%	56%	53%
Sentiment de solitude	90%	55%	53%	65%	48%	45%	50%	65%	43%	35%
Conflit avec d'autres résidents ou le personnel	96%	38%	63%	83%	42%	33%	58%	71%	46%	50%
Chute ou blessure	83%	52%	60%	69%	44%	33%	63%	60%	44%	44%
Douleurs	87%	55%	55%	68%	55%	42%	71%	68%	53%	45%
Organisation des soins (attentes, changement d'intervenant, pratique perçue comme intrusive, sentiment de ne pas être écouté)	88%	46%	56%	75%	38%	27%	58%	58%	40%	38%
Maladie	90%	48%	61%	61%	48%	48%	65%	65%	42%	52%
Mort	92%	68%	60%	68%	52%	48%	72%	76%	52%	48%
Sentiment de perte d'utilité ou d'identité	86%	55%	57%	63%	41%	39%	55%	53%	41%	39%
Autre : précisez	88%	50%	63%	63%	63%	50%	88%	50%	63%	38%

## De l'identification des sources de stress à la personnalisation des interventions de réalité virtuelle en EHPAD : une approche ergothérapeutique

---

**Contexte :** Avec le vieillissement de la population, les EHPAD sont devenus une étape fréquente du parcours de vie des personnes âgées, où l'adaptation à un nouveau cadre de vie peut être source de stress et affecter le bien-être. Face aux limites des approches traditionnelles, la réalité virtuelle (RV) apparaît comme un outil innovant pour réduire l'anxiété. Si la littérature actuelle présente principalement des interventions en RV standardisées, cette étude vise à explorer la possibilité de concevoir des interventions plus personnalisées en s'appuyant sur l'identification des sources de stress propres à chaque résident.

**Méthode :** Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des ergothérapeutes exerçant en Nouvelle-Aquitaine. Ce questionnaire a permis d'identifier les pratiques actuelles, les obstacles rencontrés, ainsi que les opportunités perçues pour l'intégration de la RV dans les interventions.

**Résultats :** Les résultats ont révélé une grande diversité des sources de stress chez les résidents, complexifiant la personnalisation des interventions. Les ergothérapeutes ont exprimé un intérêt marqué pour les technologies, notamment la RV, mais ont souligné des freins liés au coût, au manque de formation et aux contraintes organisationnelles.

**Conclusion :** Cette étude met en lumière le potentiel de la RV pour adapter les interventions aux besoins spécifiques des résidents en EHPAD, mais souligne aussi la difficulté d'adapter ces pratiques face à la grande diversité des situations. La personnalisation semble souhaitée mais reste un défi sur le terrain, invitant à poursuivre les recherches pour développer des outils flexibles et adaptés.

---

Mots-clés : Personnes Âgées, Anxiété, EHPAD, stress, réalité virtuelle, ergothérapie, personnalisation, nouvelles technologies

## From Identifying Sources of Stress to Personalizing Virtual Reality Interventions in Nursing Homes: An Occupational Therapy Approach

---

**Context:** With an aging population, the nursing home has become a frequent step in the life course of older people, where adapting to a new living environment can be stressful and affect well-being. Faced with the limitations of traditional approaches, virtual reality (VR) appears as an innovative tool to reduce anxiety. While the current literature mainly presents standardized VR interventions, this study aims to explore the possibility of designing more personalized interventions based on the identification of stress sources specific to each resident.

**Method:** A questionnaire survey was conducted among occupational therapists in Nouvelle-Aquitaine. The questionnaire identified current practices, barriers and opportunities for integrating VR into interventions.

**Results:** The results revealed a wide variety of sources of stress among residents, making it more difficult to personalize interventions. Occupational therapists expressed strong interest in technologies, including VR, but pointed to cost constraints, lack of training and organizational constraints.

**Conclusion:** This study highlights the potential of VR to adapt interventions to the specific needs of residents in nursing homes, but also highlights the difficulty of adapting these practices in the face of the great diversity of situations. Personalization seems desirable but remains a challenge in the field, inviting further research to develop flexible and adapted tools. While questioning the feasibility of standardization given the heterogeneity of needs.

---

Keywords : Seniors, Anxiety, Nursing home, stress, virtual reality, occupational therapy, personalization, new technologies

